

OBSAN BERICHT
02/2024

Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Sylvie Füglistler-Dousse, Fabienne B. Fischer, Manuela Spiess,
Alexandre Tuch, Sacha Roth, Reto Jörg



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern

Autoren

- Sylvie Füglistler-Dousse, Fabienne B. Fischer, Alexandre Tuch, Sacha Röth, Reto Jörg (Obsan)
- Manuela Spiess (socialdesign ag)

Unter Mitarbeit von

- Isabelle Sturny, Lucas Haldimann (Obsan)

Begleitgruppe

- Cornel Kaufmann, Alexander Duss, Caroline Kaplan, David Dürr, Eva Spieler, Roberto Parisi (Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern)
- Michael Vetter (spitalplanung.swiss AG)

Projektleitung Obsan

Sylvie Füglistler-Dousse

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 02/2024

Zitierweise

Füglistler-Dousse, S., Fischer, F.B., Spiess, M., Tuch, A., Roth, S. & Jörg, R. (2024). *Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern* (Obsan Bericht 02/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Karten

Obsan

Titelbild

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://iStock.com/MatjazSlanic)

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2024

Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2402

ISBN

978-2-940670-40-6

[Korrigierte Version vom 04.03.2024. Berichtigungen siehe Erratum letzte Seite](#)



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Autorinnen und Autoren Sylvie Füglistler-Dousse, Obsan
Fabienne B. Fischer, Obsan
Manuela Spiess, socialdesign ag
Alexandre Tuch, Obsan
Sacha Roth, Obsan
Reto Jörg, Obsan

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2024

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4	2.5	Analysen auf Ebene der Luzerner Wahlkreise	25
<hr/>		2.6	Berechnung einzelner Kennzahlen	27
1	Einleitung	8	2.6.1	Aufenthaltsdauer
			2.6.2	Standardisierte Hospitalisierungsraten
<hr/>				
1.1	Grundlagen	8	3	Akutsomatik
				28
1.1.1	Rahmbedingungen infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung	9	3.1	Bedarfsanalyse
1.1.2	Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung	10		28
1.2	Prozess der kantonalen Spitalplanung	10	3.1.1	Inanspruchnahme
			3.1.2	Versorgungsangebot
1.2.1	Bedarfsermittlung	11	3.1.3	Patientenströme
1.2.2	Angebotsbestimmung	11	3.1.4	Analysen auf Ebene Luzerner Wahlkreise
1.2.3	Sicherung des Angebots (Spitalliste)	11		47
1.2.4	Überprüfung der Planung	12	3.2	Bedarfsprognose
1.2.5	Interkantonale Koordination	12		49
2	Daten und Methoden	13	3.2.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf
			3.2.2	Effekte einzelner Einflussfaktoren
<hr/>			3.2.3	Prognostizierte Patientenströme
2.1	Datenquellen	13	4	Psychiatrie
				58
2.1.1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	13	4.1	Bedarfsanalyse
2.1.2	Krankenhausstatistik (KS)	13		58
2.1.3	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	13	4.1.1	Inanspruchnahme
2.1.4	Bevölkerungsszenarien	13	4.1.2	Versorgungsangebot
2.1.5	Weitere Datenquellen	15	4.1.3	Patientenströme
2.2	Falldefinition und Abgrenzung der Versorgungsbereiche	15		68
			4.2	Bedarfsprognose
2.3	Gruppierung der Fälle	15		74
			4.2.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf
2.3.1	Akutsomatik	15	4.2.2	Effekte einzelner Einflussfaktoren
2.3.2	Psychiatrie	16	4.2.3	Prognostizierte Patientenströme
2.3.3	Rehabilitation	16		79
2.4	Prognosemodell	17	5	Rehabilitation
				80
2.4.1	Prognosetechnik	17	5.1	Bedarfsanalyse
2.4.2	Demographische Entwicklungen	18		80
2.4.3	Epidemiologische Entwicklungen	21	5.1.1	Inanspruchnahme
2.4.4	Medizintechnische Entwicklungen	21	5.1.2	Versorgungsangebot
2.4.5	Ökonomische Entwicklungen	22	5.1.3	Patientenströme
2.4.6	Bedarf und Inanspruchnahme	24	5.1.4	Analysen auf Ebene der Luzerner Wahlkreise
2.4.7	Der Einfluss der Covid-19-Pandemie	24		95
			5.2	Bedarfsprognose
				96
			5.2.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf
			5.2.2	Effekte einzelner Einflussfaktoren
			5.2.3	Prognostizierte Patientenströme

6	Ambulante Gesundheitsversorgung	103
6.1	Angebot und Inanspruchnahme	104
6.1.1	Grundversorgung (Hausarztmedizin)	104
6.1.2	Gruppenpraxen	106
6.1.3	Pädiatrie	107
6.1.4	Gynäkologie	107
6.1.5	Psychiatrie	108
6.1.6	Kinder- und Jugendpsychiatrie	108
6.1.7	Ophthalmologie	109
6.1.8	Chirurgie	109
6.1.9	Dermatologie	110
6.1.10	Ambulante zahnmedizinische Versorgung	110
6.1.11	Spitalambulanter Bereich	110
6.1.12	Weitere ambulante Leistungsangebote	110
6.2	Patientenströme	113
6.2.1	Zuwanderung und Zustrom	113
6.2.2	Abwanderung und Abfluss	113
7	Literaturverzeichnis	115
8	Anhänge	118
9	Beilage	132

Zusammenfassung

Der vorliegende «Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern» bildet die Grundlage für die Gesamtrevision der Spitalplanung des Kantons Luzern für den Zeithorizont 2024–2035. Der Bericht beinhaltet einerseits eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation (Bedarfsanalyse) sowie die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs (Bedarfsprognose) für die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Ergänzt wird der Versorgungsbericht durch eine Übersicht über die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern.

Daten und Methoden

Datengrundlagen

Zentrale Grundlage für die Analysen im vorliegenden Versorgungsbericht bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik für die Jahre 2012 bis 2021. Für die Bedarfsprognose werden ausserdem die Bevölkerungsszenarien des BFS sowie diverse Studien und Gutachten verwendet, um die Entwicklungen der massgebenden Einflussfaktoren zu quantifizieren. Die Analysen zur ambulanten Gesundheitsversorgung basieren auf den Daten des Datenpools der SASIS AG.

Prognosemodell

Die Schätzungen des künftigen Leistungsbedarfs basieren auf dem Prognosemodell des Obsan. Das Modell berücksichtigt die massgeblichen demografischen, epidemiologischen, medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen. Als Prognosehorizont dient der Zeitraum bis 2035. Um die Bandbreite der möglichen Entwicklungen abzubilden, erfolgen die Prognosen des künftigen Leistungsbedarfs anhand von drei Prognoseszenarien (Basis-, Minimal- und Maximalszenario).

Akutsomatik

Bedarfsanalyse

Inanspruchnahme und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die Zahl der stationären Spitalaufenthalte in der Akutsomatik ist zwischen 2012 und 2021 um 12,4% gestiegen, wobei die Zu-

nahme insbesondere zwischen 2012 und 2016 stark war, anschliessend hat sich die die Zahl der Hospitalisierungen weitgehend stabilisiert. Die Zunahme der Fallzahlen ist somit grösser als das Bevölkerungswachstum (+8,9%), was sich auch in einem Anstieg der Hospitalisierungsrate ausdrückt (+3,2%). Im Gegensatz dazu nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Analysezeitraum kontinuierlich ab (-12,5% auf 5,0 Tage). Infolgedessen war – trotz des Anstiegs der Fallzahlen – die Summe der Pflegetage (Hospitalisierungen x Aufenthaltsdauer) rückläufig (-1,6%).

Mit einer standardisierten Hospitalisierungsrate von 125,1 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2021 wies der Kanton Luzern im Vergleich zur Gesamtschweiz (140,4) eine deutlich geringere Inanspruchnahme auf; die mittlere Aufenthaltsdauer war bei Luzerner Patientinnen und Patienten hingegen nur geringfügig kürzer (5,0 vs. 5,2 Tage im Jahr 2021). Rund die Hälfte aller Hospitalisierungen betrafen Personen zwischen 18 und 64 Jahren (51% im Jahr 2021). Weitere 40% der Hospitalisierungen waren auf Personen ab 65 Jahren zurückzuführen, während Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre nur gerade 8% der stationären Aufenthalte in der Akutsomatik ausmachten.

Versorgungsangebot und Versorgungssituation

Die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Luzern im Jahr 2021 umfasste 16 Leistungserbringer respektive Standorte, die Hälfte davon mit Standort im Kanton. Der Abdeckungsgrad der Luzerner Spitalliste (Anteil Hospitalisierungen von Luzernerinnen und Luzernern in Spitälern mit Leistungsauftrag in den betreffenden Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) gemäss kantonaler Spitalliste) betrug 2021 85%. In 17 SPLG mit mehr als 50 Fällen lag der Abdeckungsgrad für den Kanton Luzern unterhalb des Richtwerts der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) von 80%.

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

Einerseits war die Mehrheit der in den Spitälern mit Standort im Kanton Luzern behandelten Patientinnen und Patienten auch im Kanton wohnhaft (Market Share Index von 77,9% im Jahr 2021), andererseits wurden Luzerner Patientinnen und Patienten auch vor allem in ihrem Wohnkanton hospitalisiert (Lokalisationsindex von 85,4% im Jahr 2021). Der Zustrom und Abfluss blieben über die Jahre relativ konstant. Generell war der Kanton Luzern ein Importkanton, d.h. es wurden mehr ausserkantonale Personen im Kanton hospitalisiert als dass Luzernerinnen und Luzerner den

Kanton für stationären Behandlungen verlasst haben. Insbesondere das Schweizer Paraplegiker-Zentrum und das Kinderspital Luzern waren für ausserkantonale Patientinnen und Patienten von grosser Bedeutung. Der grösste Anteil der abwandernden Luzerner Patientinnen und Patienten war auf Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort in den Kantonen Zürich oder in den Aargau (je 20%) zurückzuführen. Innerhalb des Kantons waren die Patientenströme in den Wahlkreis Luzern-Stadt am grössten.

Bedarfsprognose

Das Basisszenario geht von einem Anstieg des Versorgungsbedarfs um 16% bis 2035 aus. Im Minimalszenario wird eine Zunahme von 10% und im Maximalszenario von 24% prognostiziert. Der grösste Anstieg wird im Basisszenario für die Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) Gastroenterologie (+32%), Rheumatologie (+32%) und Nephrologie (+31%) prognostiziert. Dagegen werden in den SPLB Ophthalmologie, Geburtshilfe und Neugeborene keine Zunahme des Leistungsbedarfs erwartet. Zentraler Treiber der prognostizierten Zunahme sind die demografischen Entwicklungen. Gemeint ist damit einerseits das erwartete Wachstum der Wohnbevölkerung im Kanton Luzern (+11%) sowie die demografische Alterung. Alleine die demografischen Entwicklungen führen im Basisszenario zu einem Anstieg des Leistungsbedarfs um 19%. Hemmend wirken die in der Bedarfsprognose angenommene Verlagerung in den ambulanten Bereich (-1,9%) sowie die Angleichung der Hospitalisierungsraten an die gesamtschweizerischen Raten (-1%).

In Bezug auf die Pflageage wird im Basisszenario eine Zunahme von +12% vorhergesagt. Die prognostizierte Zunahme der Pflageage ist geringer als bei den Fallzahlen, weil von einer Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer im Prognosezeitraum ausgegangen wird, was kohärent ist mit dem langfristigen Trend im Kanton Luzern wie auch in der Schweiz insgesamt.

Psychiatrie

Bedarfsanalyse

Inanspruchnahme und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie ist zwischen 2012 und 2021 um 15,2% auf 8,1 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner gestiegen. Aufgrund dieses Anstiegs der Hospitalisierungsrate war bei einem gleichzeitigen Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer (-15,1% auf 39,6 Tage) trotzdem ein leichter Anstieg der Pflageage auf 135 568 Tage im Jahr 2021 (+6,4%) zu verzeichnen. Besonders ausgeprägt war der Anstieg der Hospitalisierungsrate und der Fallzahlen zwischen 2020 und 2021. Differenziert nach Leistungsgruppen war die stärkste absolute Zunahme im Zeitraum zwischen 2018 und 2021 bei den Affektiven Störungen auszumachen (+195 Fälle, +20,5%). Verglichen mit der Schweiz war die Hospitalisierungsrate im Kanton Lu-

zern leicht tiefer (8,1 vs. 9,1), die mittlere Aufenthaltsdauer lag jedoch deutlich über dem Schweizer Durchschnitt (39,6 vs. 34,5 Tage).

Versorgungsangebot und Versorgungssituation

Auf der Spitalliste Psychiatrie des Kantons Luzern waren fünf innerkantonale und vier ausserkantonale Leistungserbringer aufgeführt. Gemessen an den Fallzahlen war der Standort St. Urban der Luzerner Psychiatrie (1640 Fälle im Jahr 2021) der grösste innerkantonale Leistungserbringer. Im Jahr 2021 verzeichneten die innerkantonalen Listenspitäler insgesamt einen Versorgungsanteil von 67%, d.h. zwei von drei stationären Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten erfolgten in einem Listenspital mit Standort im Kanton Luzern. Die Versorgungsanteile der Nicht-Listenspitäler waren in den Leistungsgruppen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (58%) und Affektive Störungen (39%) am höchsten, insgesamt lag der Versorgungsanteil von Nicht-Listenspitälern in sieben Leistungsgruppen über 10%.

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

Generell wurden in den Luzerner Spitälern in erster Linie Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Kanton behandelt (Market Share Index von 85,6% im Jahr 2021). Gleichzeitig erfolgte rund ein Drittel der stationären Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons (Lokalisationsindex von 67,1% im Jahr 2021). Der Abfluss war somit höher als der Zustrom, somit ist der Kanton Luzern im Bereich der Psychiatrie ein Exportkanton. In den Jahren von 2018 bis 2021 nahm die Abwanderung zudem leicht zu, während die Zuwanderung stabil blieb. Die meisten ausserkantonalen Hospitalisierungen waren auf Behandlungen im den Kantonen Bern (20%) und Obwalden (19%) zurückzuführen. Entsprechend den Versorgungsanteilen waren vor allem die Leistungsgruppen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (84,0%) und Affektive Störungen (50,4%) von der Abwanderung betroffen.

Bedarfsprognose

Im Basisszenario geht die Bedarfsprognose von einem Anstieg der Fallzahlen bis 2035 um 7% aus. Die Spanne der möglichen Entwicklungen gemäss Minimal- und Maximalszenario liegt zwischen +4% und +11%. Die stärkste Zunahme wird in den Leistungsgruppen Organische Störungen (+43%) und Nicht-F-Diagnosen (+31%) prognostiziert, lediglich in den Leistungsgruppen Psychische- und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (-1%) und Entwicklungsstörungen (-4%) wird von einem Rückgang ausgegangen. Sowohl im Basis- als auch im Maximalszenario wird ein Anstieg der Pflageage in gleichem Ausmass wie bei den Fallzahlen prognostiziert. Im Minimalszenario wird von einer Angleichung (hier: Verkürzung) der mittleren Aufenthaltsdauer an den schweizerischen Durchschnitt ausgegangen, was zu einer Reduktion in Bezug auf die prognostizierten Pflageage führt (-6%).

Auch im Bereich der Psychiatrie hat die demografische Entwicklung einen starken Einfluss auf die Prognosen (+8% der Fälle). Verglichen mit der Akutsomatik ist der Effekt aber deutlich geringer. Das kommt daher, dass die Hospitalisierungsraten in der Psychiatrie nicht in den obersten Altersgruppen am höchsten sind, entsprechend hat die demografische Alterung geringfügigere Implikationen auf den Leistungsbedarf in der Psychiatrie als in der Akutsomatik. Von der demografischen Alterung betroffen sind insbesondere die Leistungsgruppe Organische Störungen (+43%) und die Leistungsgruppen der Nicht-F-Diagnosen (+31%), welche die Demenz bzw. die Alzheimer-Erkrankungen beinhalten. Die Angleichung der Hospitalisierungsraten im Kanton Luzern an gesamtschweizerischen Raten wirkt sich nur geringfügig auf den prognostizierten Bedarf aus (-0,7%), Effekte sind dadurch vor allem in der Leistungsgruppe Entwicklungsstörungen zu erwarten.

Rehabilitation

Bedarfsanalyse

Inanspruchnahme und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die Hospitalisierungsrate für rehabilitative Behandlungen stieg zwischen 2012 und 2021 (+25,9%) auf 7,4 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die mittlere Aufenthaltsdauer blieb im selben Zeitraum relativ stabil (+2,9%), so dass auch die Anzahl der Pflgetage stark zunahm (+41%). Die meisten Fälle waren 2021 in der Muskuloskelettalen Rehabilitation zu verzeichnen (35,7%), gefolgt von der Neurologischen Rehabilitation (18,4%). Auffällig war auch ein starker Anstieg zwischen 2020 und 2021 im Bereich der Pulmonalen Rehabilitation (+72%), der wahrscheinlich auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist. Die Hospitalisierungsrate in der Rehabilitation lag im Kanton Luzern deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt (7,5 vs. 10,6 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner), die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war jedoch etwas länger (25,6 vs. 24,1 Tage).

Versorgungsangebot und Versorgungssituation

Der Kanton Luzern führte 2021 16 Leistungserbringer auf der kantonalen Spitalliste zur Rehabilitation, wovon fünf ihren Standort im Kanton hatten. Der grösste Leistungserbringer mit Standort im Kanton Luzern war das Schweizer Paraplegiker-Zentrum mit 1120 Hospitalisierungen im Jahr 2021, der Anteil der Luzerner Patientinnen und Patienten betrug im Schweizer Paraplegiker-Zentrum jedoch nur 11,2%. Insgesamt lag der Abdeckungsgrad der Luzerner Spitalliste in der Rehabilitation bei 62%. Der Richtwert von 80% gemäss Empfehlungen der GDK wurde für die Leistungsbereiche der Neurologischen Rehabilitation, der Paraplegiologischen Rehabilitation und der Psychosomatischen Rehabilitation erreicht.

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

In den Luzerner Spitälern wurde generell nur ein relativ geringer Anteil an Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Kanton behandelt, rund jede zweite Patientin und jeder zweite Patient stammten aus einem anderen Kanton (Market Share Index von 43,2% im Jahr 2021). Besonders hoch war der Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten im Cereneo Center for Neurology and Rehabilitation (94%) und im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (89%). Gleichzeitig wurden fast zwei Drittel der Luzerner Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons behandelt (Lokalisationsindex von 37,6% im Jahr 2021). Die Patientenströme über die Kantonsgrenzen hinweg waren also gross, die Abwanderung war dabei leicht höher als die Zuwanderung (Nettoabwanderung von -405 Fällen im Jahr 2021), was den Kanton Luzern in der Rehabilitation zu einem Exportkanton machte. In der Psychosomatischen Rehabilitation (98,2%), der Pulmonalen Rehabilitation (96,3%) und der Kardialen Rehabilitation (94,3%) erfolgten fast alle stationären Behandlungen zugunsten von Luzerner Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons. Die grössten Patientenströme waren in die Kantone Wallis (22%), Zug (21%) und Aargau (21%) zu verzeichnen. Innerhalb des Kantons liessen sich die meisten Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in den Wahlkreisen Luzern-Stadt und Entlebuch im eigenen Wahlkreis behandeln (27,4% bzw. 25,1%), dennoch bedeutet dies, dass auch fast drei Viertel der Patientinnen und Patienten aus diesen Wahlkreisen ausserhalb der Wohnregion behandelt wurden.

Bedarfsprognose

Bis 2035 wird im Basisszenario ein Anstieg des Versorgungsbedarfs um 30% prognostiziert. Im Minimal- und im Maximalszenario beträgt die prognostizierte Zunahme 25% bzw. 34%. Auch hier ist die demografische Entwicklung der wichtigste Treiber für den steigenden Bedarf. So werden in allen drei Szenarien für die Leistungsbereiche Geriatriische Rehabilitation und Muskuloskelettale Rehabilitation die grössten Zuwächse prognostiziert. Dies sind auch die Leistungsbereiche mit dem ältesten Patientenkollektiv, dementsprechend sind hier die Effekte der demografischen Alterung am stärksten spürbar. Da der Kanton Luzern generell tiefere Hospitalisierungsraten aufweist als die Gesamtschweiz, ist der Effekt der Angleichung nach unten gering (-0,7%). Infolge der medizintechnisch bedingten Zunahme des Bedarfs in der Akutsomatik in Bezug auf Revisionen von Hüft- und Knieprothesen wird auch in der Rehabilitation mit einer Zunahme gerechnet (+1,7%). In der Bedarfsprognose wird zudem von einer Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer ausgegangen, so dass die Zahl der prognostizierten Pflgetage weniger stark ansteigt als die Zahl der Fälle (+17%).

Ambulante Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich nicht Bestandteil der Spitalplanung. Natürlich bestehen aber Abhängigkeiten zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. In Ergänzung zur Bedarfsanalyse der stationären Versorgung enthält der Versorgungsbericht deshalb auch deskriptive Analysen zur ambulanten Versorgung.

Angebot und Inanspruchnahme

Im Jahr 2021 kamen im Kanton Luzern auf jede versicherte Person 1,7 Konsultationen in der Grundversorgung. Die Inanspruchnahmerate (ohne Gruppenpraxen) unterschied sich damit deutlich vom Schweizer Durchschnitt von 2,1 Konsultationen pro Person. Generell hat die Inanspruchnahmerate der Grundversorgung sowie die Anzahl der Grundversorger zwischen 2012 und 2021 abgenommen, während die Anzahl der Gruppenpraxen und deren Inanspruchnahmerate stark zugenommen haben. Auffällig ist auch der Rückgang der Leistungserbringer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei gleichbleibender Inanspruchnahmerate.

Patientenströme

Der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten (Zustrom) war je nach Fachgebiet sehr unterschiedlich. Im spitalambulantem Bereich, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der (Erwachsenen-)Psychiatrie betrug der Zustrom ca. 20%, in der Grundversorgung und in der Pädiatrie ca. 5%. Der Zustrom blieb in allen Bereichen zwischen 2012 und 2021 weitgehend stabil. Der Anteil ausserkantonaler Behandlungen von Luzernerinnen und Luzernern (Abfluss) war in der (Erwachsenen-)Psychiatrie am höchsten (24%), gefolgt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Gynäkologie (je 16%). In der Gynäkologie und in der Pädiatrie blieb der Abfluss zwischen 2012 und 2021 stabil. Eine Zunahme des Abflusses war in Bezug auf die Erwachsenen-, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Grundversorgung und die ambulante Spitalversorgung zu verzeichnen.

1 Einleitung

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) am 1. Januar 1996 werden die Kantone gemäss Art. 39 KVG dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung zu erstellen und, darauf abgestützt, eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen. Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte eine Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung mit dem Ziel verabschiedet, die Kostenentwicklung zu bremsen. Das zentrale Element dieser Teilrevision war die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung, beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem. Als Folge dieser Revision mussten die kantonalen Spitalplanungen und die Spitallisten an die neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen angepasst werden. Der Kanton Luzern erfüllte diesen gesetzlichen Auftrag mit der Spitalplanung 2015 für die stationäre Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation, die auf den Daten von 2013 basierte (Kanton Luzern, 2015). Der Versorgungsbericht 2015 des Kantons Luzern deckte den Planungshorizont bis 2023 ab. Der vorliegende Versorgungsbericht 2024 umfasst den Zeitraum 2023–2035 und bildet den Ausgangspunkt für die vollständige Überarbeitung der Spitalplanung des Kantons Luzern. Der im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartementes des Kantons Luzern verfasste Versorgungsbericht 2024 umfasst eine Analyse von Angebot und Nachfrage der stationären Versorgung im Zeitraum zwischen 2018 bis 2021 (Bedarfsanalyse) sowie eine Aktualisierung der Bedarfsprognosen unter Berücksichtigung der massgebenden Einflussfaktoren. Zentrale Grundlage für die vorliegenden Analysen zur Spitalplanung bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). In Kapitel 6 wird zudem ein Überblick über die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern auf der Basis des Datenpools der SASIS AG gegeben.

1.1 Grundlagen

Gestützt auf das KVG sind die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) konkretisiert (vgl. Kasten K 1.1). Die Bestimmungen im KVG und in der KVV werden ergänzt durch die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM, BGS 812.13, vgl. Kasten K 1.2). Auf kantonomer Ebene

K 1.1 Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlagen Bund:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102

Interkantonale Vereinbarungen:

- Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM)
- Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (Beitritt des Kantons Luzern am 4. Februar 2021)

Rechtliche Grundlagen Kanton Luzern^{a)}:

- Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13.09.2005, SRL 800 (Stand 1. September 2021)
- Spitalgesetz vom 11. September 2006, SRL 800a (Stand 1. September 2021)

Verordnung zum Spitalgesetz vom 22.11.2011, SRL 800b (Stand 1. Juli 2022)

^{a)} Vgl. <https://srl.lu.ch/app/>

stellt das Gesundheitsgesetz (GesG) eine der wichtigsten rechtlichen Grundlagen im Bereich der Spitalplanung dar (vgl. auch Kasten K 1.1).

Nebst den erwähnten gesetzlichen Grundlagen stützt sich der vorliegende Bericht insbesondere auf die Empfehlungen der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Zwecks Konkretisierung der Bestimmungen aus KVG und KVV formulierte die GDK Empfehlungen zur Spitalplanung (GDK, 2022a), zur Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik (GDK, 2018), zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (GDK, 2019a) und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Psychiatrie und Rehabilitation (GDK, 2019b). Diese Empfehlungen sind für die Kantone nicht verbindlich, fördern aber ein gemeinsames Verständnis der kantonalen Spitalplanung und unterstützen die interkantonale Koordination. Die Empfehlungen wurden zwar ausgehend von der Problematik der Akutversorgung erarbeitet, gelten

aber grundsätzlich auch für die Planung psychiatrischer und rehabilitativer Leistungen. Die GDK stützte sich dabei insbesondere auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) und des Bundesgerichts (BGer)¹.

Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die Spitalplanung von den Katastrophen- und Krisenplänen unterscheidet. Die Kantone sind verpflichtet, sich auf allfällige neue Covid-19-Wellen vorzubereiten und sicherzustellen, dass die Behandlungskapazitäten vorübergehend substantiell erhöht werden können. Die GDK hat dazu eine Empfehlung herausgegeben (GDK, 2022b). Auf diese besonderen Anforderungen wird im vorliegenden Bericht nicht eingegangen.

1.1.1 Rahmbedingungen infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Mit der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 wurde von der Objektfinanzierung zur leistungsorientierten Subjektfinanzierung gewechselt. So werden seit 2012 alle auf der Spitalliste aufgeführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)-System entschädigt. Die Tarifstruktur TARPSY wurde für die Erwachsenenpsychiatrie zum 1. Januar 2018 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zum 1. Januar 2019 eingeführt. Diese basiert auf leistungsorientierten Tagespauschalen und deckt alle stationären Leistungsbereiche der Psychiatrie ab. Für die stationäre Rehabilitation wurde die neue Tarifstruktur ST Reha am 1. Januar 2022 eingeführt.

Auch das revidierte KVG verpflichtet die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Qualität zu fördern und die Kosten zu dämpfen. Somit sind auch die kantonalen Spitalplanungen an sich kein neues Instrument, sondern wurden bereits seit 1996 erarbeitet. Änderungen der Spitalplanung infolge der KVG-Revision sind hauptsächlich auf die Änderung von Art. 39 KVG zurückzuführen. Darin wird festgehalten, dass die Kantone ihre Planungen koordinieren müssen (Abs. 2) und dass der Bundesrat unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Qualität einheitliche Kriterien für die Spitalplanung festlegt (Abs. 2ter). Diese drei Kriterien werden in Art. 58b KVV konkretisiert:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: Effizienz der Leistungserbringung, Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien;
- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtungen zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

¹ Eine Übersicht der Entscheide des BVGer und des BGer im Kontext kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten kann der Webseite der GDK entnommen werden (vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de>).

K 1.2 Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) als Sonderregelung

Gemäss Art. 39 Abs. 2bis KVG ist im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die IVHSM unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen fest und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten.

Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin folgt den Grundsätzen der Bedarfsdeckung, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung. Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM haben die Kantone Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin vereinbart. Die Entscheide der IVHSM und die vom Beschlussorgan der hochspezialisierten Medizin (HSM) verabschiedete interkantonale Spitalliste für hochspezialisierte Medizin werden auf der Webseite der GDK veröffentlicht.^{b)}

^{b)} Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin>

Um für die Leistungserbringung zulasten der Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen zu werden, müssen Spitäler und Pflegeheime gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG der kantonalen Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und demgemäss auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sein. In Art. 39 verpflichtet das KVG die Kantone somit indirekt, eine Spitalplanung vorzunehmen (vgl. auch Kasten K 1.3). Mit der KVG-Revision wurde auch die inner- und ausserkantonale freie Spitalwahl gefördert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen. Darüber hinaus haben sich die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen aufgrund von weiteren Neuerungen im Zuge der KVG-Revision geändert. Die Unterscheidung der Spitäler erfolgt nicht mehr entlang der Linie privat-öffentlich, sondern es wird zwischen Listen- und Vertragsspitälern unterschieden. Damit verbunden ist die Gleichstellung öffentlicher und privater Trägerschaften in Bezug auf die Finanzierung. Die Leistungen der Listenspitäler werden nach einem dual-fixen Modus finanziert, wobei die Kantone mindestens 55% und die OKP maximal 45% vergüten. Bei den Vertragsspitälern fällt der kantonale Anteil der Finanzierung weg. Mit den im Rahmen der Revision neu eingeführten Instrumenten sollte mitunter

der Wettbewerb verstärkt, jedoch gleichzeitig die Versorgungssicherheit gewährleistet und die hohe Qualität der Leistungserbringung aufrechterhalten werden. In diesem Spannungsfeld kommt der öffentlichen Hand weiterhin eine wesentliche Steuerungsfunktion zu, die massgeblich durch die kantonale Spitalplanung wahrgenommen wird.

1.1.2 Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung

Der Gegenstand der Planung, namentlich die bedarfsgerechte Spitalversorgung gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, ist in Art. 58a Abs. 1 KVV (vgl. Kasten K 1.3 und Anhang 1) konkretisiert. Die Planung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohner/innen der Kantone, welche die Planung erstellen. Obwohl die bedarfsgerechte Planung der Pflegeheime genannt wird, ist zu beachten, dass die Langzeitpflege nicht Teil der Spitalplanung, sondern Gegenstand einer separaten Planung ist, die hier nicht thematisiert wird.

Die Anforderungen zur Art der Planung sind mit Bezug auf Art. 58c KVV je nach Versorgungsbereich unterschiedlich. Für die Akutsomatik und die Geburtshäuser bedarf es einer leistungsorientierten Planung. In der Psychiatrie und Rehabilitation kann die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen. Für die Pflegeheime sehen die gesetzlichen Grundlagen eine kapazitätsbezogene Planung vor. In Art. 58b KVV werden die Eckpunkte der kantonalen Planung unter dem Begriff «Versorgungsplanung» subsumiert, unter anderem weil die Bestimmungen nicht nur die Spitalversorgung, sondern – wie oben erwähnt – auch die Behandlung in einem Pflegeheim betreffen. Da sich der vorliegende Bericht aber ausschliesslich auf die stationäre Spitalversorgung beschränkt, wird nachfolgend der Begriff «(kantonale) Spitalplanung» verwendet.

1.2 Prozess der kantonalen Spitalplanung

Gestützt auf die Bestimmungen gemäss KVG und KVV kann der Prozess der kantonalen Spitalplanung – wie in Abbildung G 1.1 idealtypisch dargestellt – zusammengefasst werden. Mit der Spitalplanung 2015 hat der Kanton Luzern den Prozess der Neuplanung bereits vor 8 Jahren durchlaufen. Die aktuell gültige Spitalliste ist am 22. März 2016 (mit Änderungen bis 15. März 2022) in Kraft getreten und wurde seither mehrmals angepasst, unter anderem an die Entwicklungen des Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept (SPLG-Konzept) und an die interkantonale Planung im Bereich der HSM.

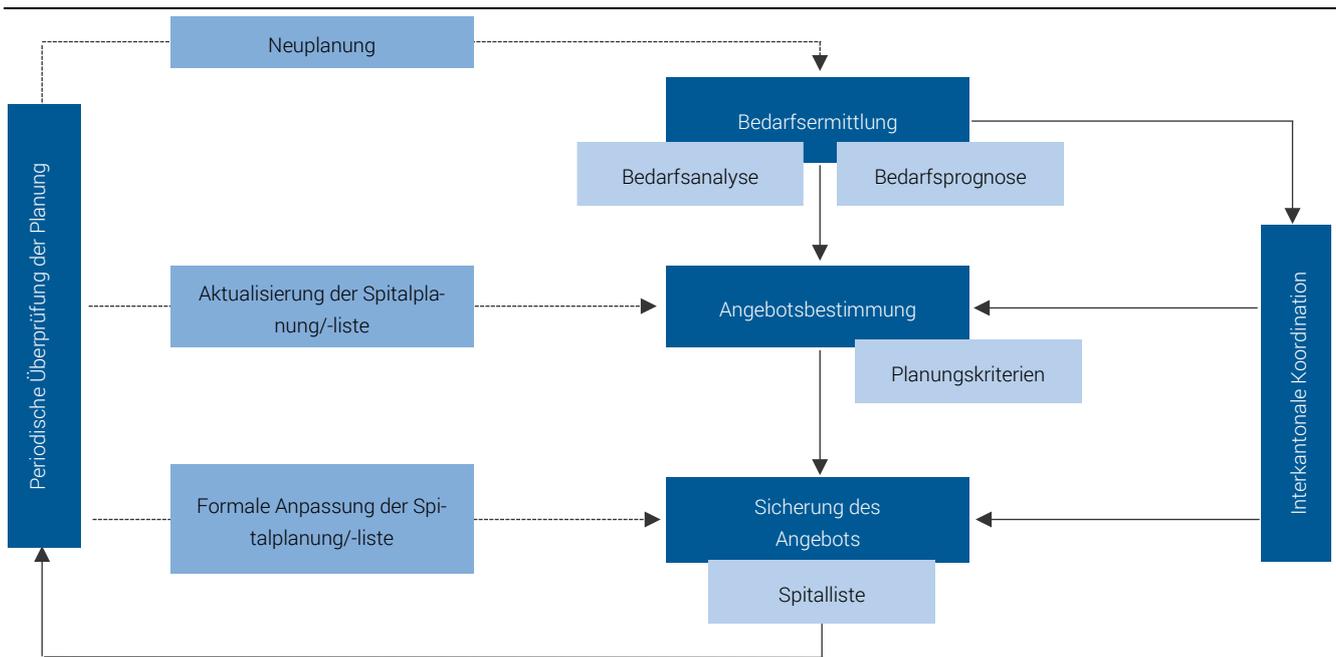
Analog zur letzten Planung lässt sich die aktuelle Neuplanung in drei Phasen unterteilen: (a) die Ermittlung und Bestimmung des Versorgungsbedarfs der Luzerner Bevölkerung (Bedarfsermittlung), (b) die notwendigen Arbeiten zur Erstellung des Spitalplanungsberichts (Angebotsbestimmung), und schliesslich (c) die Erstellung der neuen Spitalliste und die Erteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler (Angebotssicherung).

K 1.3 Art. 39 KVG – Spitäler und andere Einrichtungen

- ¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:
 - a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
 - b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
 - c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
 - d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
 - e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind;
 - f. sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anschliessen.
 - ² Die Kantone koordinieren ihre Planung.
 - ^{2bis} Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.
 - ^{2ter} Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.
 - ³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).
- Siehe auch 11. Abschnitt «Planungskriterien» (Art. 58a-f) KVV, im Anhang 1.

Der vorliegende Versorgungsbericht bildet den Ausgangspunkt für die vollständige Überarbeitung der Spitalplanung des Kantons Luzern. Er dient als Referenz für die Periode 2024–2035 und schafft die statistischen Grundlagen für die neue Planung. Der Zweck des Berichts ist es insbesondere, den künftigen Versorgungsbedarf der Luzerner Wohnbevölkerung zu ermitteln. Gleichzeitig sollen dabei die bestehenden Versorgungsstrukturen sowie die interkantonalen Patientenströme und die damit verbundenen Abhängigkeiten mit den Versorgungsstrukturen in anderen Kantonen analysiert werden.

G 1.1 Idealtypischer Spitalplanungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung Obsan basierend auf KVG, KVV sowie GDK (2022a)

© Obsan 2024

1.2.1 Bedarfsermittlung

Die Kantone ermitteln ihren Versorgungsbedarf in nachvollziehbaren Schritten. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV müssen sie sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung sind gemäss Art. 58b Abs. 2 KVV auch jene Leistungen zu identifizieren, die in Einrichtungen beansprucht werden, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

K 1.4 Das Verfahren im Kanton Luzern

Der vorliegende Bericht dient als Grundlage für die neue Planung 2024–2035 des Kantons Luzern in den Bereichen Akut-somatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Gestützt auf die aktuellsten verfügbaren Daten umfasst der Bericht einerseits eine umfassende Analyse des Leistungsbedarfs mit Bezug auf die stationäre Spitalversorgung. Andererseits enthält der Bericht ausserdem eine Prognose des künftigen Bedarfs unter Berücksichtigung demografischer, epidemiologischer, medizintechnischer und weiterer Einflussfaktoren.

1.2.2 Angebotsbestimmung

Basierend auf dem ermittelten Versorgungsbedarf bestimmen die Kantone das Angebot gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV, welches durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen (Listenspitäler) zu sichern ist, damit die Versorgung der

(kantonalen) Wohnbevölkerung gewährleistet ist. Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebots bzw. der konkreten Leistungserbringer berücksichtigen die Kantone insbesondere die Planungskriterien gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV, namentlich die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität gelten die Bestimmungen von Art. 58d KVV. Gemäss Art. 58d Abs. 4 KVV haben die Kantone bei der Beurteilung der Spitäler insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten. Ausserdem sind gemäss Art. 39 Abs. 1. lit. d KVG private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen.

1.2.3 Sicherung des Angebots (Spitalliste)

Zur Sicherung des Angebots gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV erstellen die Kantone eine Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Letztere Bestimmung sowie Art. 58f Abs. 3 KVV verpflichten sie, auf der Spitalliste für jede Einrichtung die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen aufzuführen. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so wird gemäss Art. 58f Abs. 2 KVV im Leistungsauftrag festgelegt, für welchen Standort er gilt.

1.2.4 Überprüfung der Planung

Art. 58a Abs. 2 KVV verpflichtet die Kantone zur periodischen Überprüfung ihrer Planung. Bei allfälligen Anpassungen der kantonalen

Spitalplanung werden in Anlehnung an die Empfehlungen der GDK (GDK, 2022a) unterschiedliche Ebenen von Planungseingriffen unterschieden:

Formelle Anpassung der Spitalliste: Als Änderungen der Spitallisten formeller Natur gelten insbesondere

- Nachvollzug von IVHSM-Beschlüssen;
- Nachvollzug von Anpassungen der SPLG sowie der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) und der «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblemen (ICD);
- Korrektur von Fehlern;
- Nachvollzug weiterer formeller Änderungen wie zum Beispiel bei Namenswechseln von Leistungserbringern.

Aktualisierung der Spitalliste ohne Neuplanung: Solange sich die in der vorherigen Spitalplanung ermittelte Bedarfsprognose als nach wie vor korrekt erweist und auch die übrigen Planungsgrundlagen noch gültig sind, ist innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Spitalplanungs-Periodizität keine umfassende neue Spitalplanung notwendig. Es gibt verschiedene Gründe, warum eine bestehende Spitalliste zwischenzeitlich ohne neue Spitalplanung überprüft und aktualisiert wird, insbesondere bei:

- Entzug eines Leistungsauftrags (gesamthaft oder für eine oder mehrere Leistungsgruppen);
- Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen bei Ablauf der Befristung: Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrages;
- Kündigung eines Leistungsauftrages durch ein Listenspital;
- Erteilung eines Leistungsauftrags in einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungsportfolios;
- Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung;
- Kleinere Anpassungen an die Anforderungen.

Wird eine Spitalliste innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität aktualisiert, sollen die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist, bezogen auf die von der Aktualisierung direkt betroffenen Leistungserbringer, beurteilt werden. Im Unterschied zu einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers innerhalb der Spitalplanungsperiodizität nicht in Frage gestellt.

Neuplanung: Bei einer umfassenden Neuplanung werden grundsätzlich alle Prozessschritte gemäss Abbildung G 1.1 durchlau-

fen. Dies beinhaltet namentlich die Bedarfsermittlung, die Angebotsbestimmung einschliesslich Beurteilung und Auswahl des Angebots sowie den Erlass einer neuen Spitalliste. Das Verfahren einer Spitalplanung muss den Vorgaben der KVV folgen. Ein Bewerbungsverfahren, welches alle interessierten Leistungserbringer einbezieht, ist integraler Bestandteil der Angebotsauswahl (vgl. auch Bundesverwaltungsgerichtsentscheid C-6266/2013). Unter Berücksichtigung der Bedeutung längerfristiger Leistungsaufträge in Bezug auf Planungs- und Investitionssicherheit der Leistungserbringer erscheint eine Neuauflage der Planung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge nur in längeren zeitlichen Abständen sinnvoll, oder wenn grössere Abweichungen zwischen der Bedarfsprognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Die Festlegung der Periodizität solcher umfassenden Planungen mit Neuausschreibungen liegt im Ermessen der Kantone.

1.2.5 Interkantonale Koordination

Aufgrund der nach Art. 39 Abs. 2 KVG bestehenden Koordinationspflicht haben die Kantone die in Art. 58e lit. a–b KVV aufgeführten Aufgaben wahrzunehmen: (a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.

Die interkantonale Koordination ist umso wichtiger, als ausserkantonale Leistungserbringer für eine bedarfsgerechte Versorgung potenziell relevant sind. Die Kantone haben inner- und ausserkantonale Spitäler in ihre Spitallisten aufzunehmen, soweit dies für die Sicherstellung der Versorgung notwendig ist (Art. 58b KVV). Im Rahmen der Bedarfsanalyse der kantonalen Wohnbevölkerung (Art. 58a KVV) setzt die Erstellung einer kantonalen Spitalliste voraus, dass die Kantone den Anteil ihrer Wohnbevölkerung kennen, der Spitalbehandlungen in anderen Kantonen in Anspruch nimmt. Dazu sind sowohl Patientenzuwanderungen in den Kanton als auch Patientenabwanderungen aus dem Kanton zu analysieren.

Mit dem Inkrafttreten der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung wurde per 1. Januar 2012 – nebst anderen Reformen – auch die freie Spitalwahl eingeführt. Dies geschah mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen den Spitälern durch den Abbau von Mobilitätsbeschränkungen zu stärken. Seit der Einführung der freien Spitalwahl können die Patientinnen und Patienten in der Schweiz grundsätzlich frei wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen möchten, unabhängig davon, ob dieses Spital den Standort in ihrem Wohnkanton hat oder nicht. Die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone übernehmen die Kosten für Behandlungen in jedem Spital, das von mindestens einem Kanton einen Leistungsauftrag für die benötigte Behandlung hat, allerdings höchstens zum Referenztarif des Wohnkantons. Eine allfällige Differenz zum fakturierten Tarif des behandelnden Spitals muss weiterhin von den Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Zusatzversicherung übernommen werden.

2 Daten und Methoden

Dieses Kapitel informiert über das methodische Vorgehen sowie die für die Erstellung des vorliegenden Versorgungsberichts verwendeten Datenquellen. In Bezug auf die Methodik werden insbesondere das Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs sowie die berücksichtigten Einflussfaktoren erläutert.

2.1 Datenquellen

Zentrale Datengrundlage für die Analysen zur aktuellen Versorgungssituation sowie als Basis für die Bedarfsprognosen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Zur Berechnung der Hospitalisierungsraten wurden die Bevölkerungsdaten gemäss der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS verwendet. Als Grundlage für die Modellierung der demografischen Entwicklungen wurden die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS verwendet.

2.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

Die MS² erfasst jedes Jahr die Daten aller Spitalaufenthalte in den Schweizerischen Krankenhäusern. An der Erhebung nimmt jedes Krankenhaus bzw. jede Klinik und jedes Geburtshaus teil. Das BFS erhebt sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart, Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.

2.1.2 Krankenhausstatistik (KS)

Die KS³ des BFS dient in erster Linie der Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser in der Schweiz und gibt Auskunft über die Spitaltypologie. Kombiniert mit der MS ermöglichen die Daten der KS die Zuordnung der Spitalaufenthalte zu einzelnen Spitälern sowie die Abgrenzung der

Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Das genaue Verfahren zur Kategorisierung der Versorgungsbereiche ist im Kasten K 2.1 auf Seite 14 beschrieben.

2.1.3 Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Die STATPOP⁴ ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres. Anhand der Bevölkerungszahlen gemäss STATPOP werden im vorliegenden Bericht die standardisierten Hospitalisierungsraten im Rahmen der Ist-Analyse sowie Raten pro Alters- und Leistungsgruppe als Grundlage für die Bedarfsprognosen berechnet.

2.1.4 Bevölkerungsszenarien

Hinsichtlich der demografischen Entwicklung stützen sich die Bedarfsprognosen im vorliegenden Bericht auf die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS (2020a).⁵ Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet, weshalb durch das BFS drei unterschiedliche Bevölkerungsszenarien berechnet werden. Auf der Basis bestimmter Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit, der Ein- und Auswanderung, der Binnenwanderung und des Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts, werden für jedes zukünftige Jahr die Zahl der Geburten, der Todesfälle, der Einbürgerungen sowie des Wanderungssaldo vorausgeschätzt und mit Hilfe der Fortschreibungsmethode (Bevölkerungsbilanz) der prognostizierte jährliche Bevölkerungsstand ermittelt. Das Referenzszenario schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Das «hohe» Szenario beruht auf einer Kombination von Annahmen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen, während das «tiefe» Szenario Annahmen kombiniert, die das Bevölkerungswachstum begrenzen. Mittels der drei Szenarien wird der plausible Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abgedeckt.

² Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ms.html>.

³ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ks.html>.

⁴ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/enquetes/statpop.html>.

⁵ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-cantons.html>.

Die Bevölkerungsprognosen des BFS basieren auf der Bevölkerung des Jahres 2018. Im Jahr 2021 war die Bevölkerung im Kanton Luzern um etwas mehr als 500 Personen höher als im prognostizierten Referenzszenario. Bei älteren Menschen waren die Prognosen hingegen höher als die effektiven Bevölkerungszahlen, was mitunter auf die Übersterblichkeit durch Covid-19 in diesen

Altersgruppen zurückzuführen ist. Um diese tatsächliche Entwicklung besser zu berücksichtigen, wurden die vom BFS berechneten alters- und geschlechtsspezifischen Wachstumsraten für die Jahre 2022 bis 2035 auf die tatsächliche Bevölkerung im Jahr 2021 angewandt.

K 2.1 Abgrenzung der Versorgungsbereiche und Falldefinition

Falldefinition: Ein Fall entspricht einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, welche während eines Jahres aus dem Spital entlassen werden (A-Fälle). In der Psychiatrie werden zusätzlich Fälle, die das gesamte Jahr in der Klinik verbringen, berücksichtigt (C-Fälle). Seit der Einführung von SwissDRG (2012) werden die Fälle in der Akutsomatik bzw. seit der Einführung von TARPSY (2018) die Fälle in der Psychiatrie neu definiert: Fälle, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen rehospitalisiert werden, werden neu unter derselben Fallnummer zusammengeführt.

Abgrenzung der Versorgungsbereiche: Zur Unterscheidung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation werden die Fälle in der MS anhand des in der KS enthaltenen Spitaltyps gemäss Krankenhaustypologie, der Hauptkostenstelle (Variable 1.4.V01) und dem Abrechnungstarif (Variable 4.8.V01) abgegrenzt. Das geschieht in vier Schritten:

1. Zuerst erfolgt auf Basis der Hauptkostenstelle eine Zuweisung zur Psychiatrie (M500) bzw. zur Rehabilitation (M950).
2. Unter den übrigen Fällen werden anhand des Spitaltyps weitere Psychiatrie- (K211, K212) bzw. Rehabilitationsfälle (K221) identifiziert.
3. Fälle in geriatrischen Spezialkliniken (K234) bzw. Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) werden anschliessend auf Basis des Abrechnungstarifs der Akutsomatik oder der Rehabilitation zugewiesen.
4. Zuletzt werden bei einzelnen Spitälern Anpassungen hinsichtlich der Abgrenzung vorgenommen, die sich auf die Ergebnisse der Daten-Plausibilisierung, Erfahrungen des Obsan aus früheren Studien sowie Abklärungen bei den zuständigen Kantonen stützen und in einem zentralen System (ObsanSITE) dokumentiert werden.

Folgende Definitionen werden angewendet:

	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Definition des Falls ¹⁾	A	A, C	A
Hauptkostenstelle (HKST) ²⁾	Übrige	M500	M950
Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie ³⁾	Übrige	K21	K221
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Komb. mit HKST M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif≠SwissDRG
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Komb. mit Spitaltyp K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif≠SwissDRG
Spital- und standortspezifische Anpassungen	ja ⁵⁾	ja	ja

1) A=Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C=Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt.

2) M500=Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatrie; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation.

3) K21=Psychiatrische Kliniken; K221=Rehabilitationskliniken; K234=Geriatrische Kliniken.

4) Abrechnungstarif: 1=Behandlungsfall wurde über SwissDRG abgerechnet.

5) Das Kinderspital Luzern ist in den Daten Teil des Luzerner Kantonsspitals Standort Luzern (LUKS Luzern). Fälle im Kinderspital Luzern werden folgendermassen identifiziert: Fälle, die im LUKS Luzern behandelt werden, unter 18 Jahre alt sind und deren Kostenstelle nicht M300 (Gynäkologie und Geburtshilfe) entspricht.

2.1.5 Weitere Datenquellen

Punktuell wurden auch andere Datenbanken genutzt. So wurde als zusätzliche Datenquelle für die Analysen im vorliegenden Versorgungsbericht die kantonale Spitalliste verwendet. Die kantonale Spitalliste dient als Grundlage für die Klassifikation der Leistungserbringer in Listenspitäler und Nicht-Listenspitäler sowie für die Berechnung des Abdeckungsgrads der Spitalliste. Konkret wurde die Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. März 2016 mit folgenden Änderungen als Referenz verwendet: Änderungen vom 28. Juni 2016; 20. Dezember 2016; 21. März 2017; 17. April 2018; 5. Februar 2019; 10. Dezember 2019; 15. September 2020; 5. Januar 2021; 23. Februar 2021; 2. November 2021 und 15. März 2022.

Für die Annahmen in Bezug auf die Ambulantisierung wurde die Liste des BAG gemäss Anhang 1a KLV vom 1. Januar 2023 benutzt. In Bezug auf die epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen stützt sich der vorliegende Versorgungsbericht ausserdem auf die Studien und Gutachten im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) (ISPM, 2009; Hess et al., 2009; Hess et al., 2016; Höglinger et al., 2019; GDZH, 2021). Schließlich wurde für Kapitel 6 zur ambulanten Versorgung der Datenpool der SASIS AG verwendet.

2.2 Falldefinition und Abgrenzung der Versorgungsbereiche

Die Analysen im vorliegenden Versorgungsbericht umfassen jeweils sämtliche Spitalaufenthalte unabhängig vom Kostenträger (OKP, Invalidenversicherung (IV), Militärversicherung (MV), Unfallversicherung (UV), Selbstzahler), wobei die OKP im Jahr 2021 bei 92,5% der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern als Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen fungierte.

Die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stützt sich im Wesentlichen auf die Variablen zum Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie, zur Hauptkostenstelle sowie zum angewendeten Abrechnungstarif (BFS, 2006). Das Vorgehen zur Unterscheidung der Versorgungsbereiche ist im Kasten K 2.1 detailliert beschrieben.

2.3 Gruppierung der Fälle

Für die Analyse und Prognose des Bedarfs sowie als Grundlage für eine leistungsorientierte Spitalplanung werden die Fälle aus der MS nach Leistungsgruppen gruppiert. Das Ziel von Leistungsgruppen ist es, ähnliche Leistungen zusammenzufassen und so fassbar zu machen. Dabei sollen die organisatorischen Realitäten in den Spitälern und die unterschiedlichen Anforderungen an Infrastrukturen und Personal möglichst adäquat abgebildet werden. Die im vorliegenden Bericht verwendeten Leistungsgruppen sind nachfolgend je nach Versorgungsbereich dargelegt.

K 2.2 Das Verfahren im Kanton Luzern

Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK, 2018) stützt sich der Kanton Luzern für die Spitalplanung in der Akutversorgung auf die SPLG, die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) für die Akutversorgung erstellt wurden. Für die neue Planung 2024–2035 verwendet der Kanton Luzern das für die Spitalplanung 2023 der GDZH aktualisierte SPLG-Konzept, in der die Fälle in rund 140 Leistungsgruppen zusammengeführt sind. In den Bereichen der Psychiatrie und der Rehabilitation bestehen noch keine schweizweit einheitlichen Leistungsgruppen. Aus diesem Grund verwendet der Kanton Luzern für die Rehabilitation eine leicht angepasste Gruppierung des SPLG Rehabilitation SPLG der GDZH und für die Psychiatrie eine eigene Gruppierung auf der Grundlage der Diagnosen.

2.3.1 Akutsomatik

Die Analysen zur Akutsomatik nutzen die Systematik der SPLG, entwickelt von der GDZH. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 hat die GDZH unter Beizug von über 100 Fachexperten ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 130 SPLG für die Akutsomatik erarbeitet. Die SPLG können anhand von Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) zusammengefasst werden. Jede SPLG ist eindeutig anhand von Diagnose-(ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) definiert. Zudem sind für jede SPLG spezifische Anforderungen festgelegt, welche die Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungsaufträgen bestimmen. Diese leistungsgruppenspezifischen Anforderungen betreffen zum Beispiel die notwendigen Fachärzte, die Notfallstation, Mindestfallzahlen etc. Die GDK beurteilt das von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte und verwaltete SPLG-Konzept als gutes Instrument und empfiehlt, dieses für die interkantonale Koordination der Spitalplanung zu verwenden. Die SPLG wird jedes Jahr aktualisiert, insbesondere um Änderungen der Behandlungscodes (CHOP) zu berücksichtigen. Im Rahmen der Spitalplanung 2023 des Kantons Zürich fand eine vollständige konzeptionelle Überarbeitung statt (SPLG-spl23).

Für die Analysen im vorliegenden Bericht wurden die Daten 2019 bis 2021 mit dem SPLG-Grouper Version 2023.0.57 und anhand der aktualisierten SPLG-Systematik (SPLG-spl23) gruppiert. Die Gruppierung der Daten 2018 erfolgte mit der Grouper-Version 10.0.35 nach der im betreffenden Jahr gültigen SPLG-Definition. Die SPLG lassen sich zu 25 SPLB zusammenfassen (vgl. auch Kasten K 2.3). Die Ergebnisse im Kapitel zur Akutsomatik werden nach SPLB dargestellt. Die Ergebnisse nach SPLG befinden sich in separaten Excel-Tabellen (vgl. Beilage 1). Die Leistungsgruppen zwischen dem bisherigen SPLG-Konzept und den SPLG-spl23 sind nur bedingt vergleichbar, die SPLB blieben jedoch grundsätzlich unverändert. Die Interpretation der zeitlichen Entwicklungen auf Ebene SPLB ist somit grundsätzlich über den gesamten Zeitraum möglich, auch wenn auf den Wechsel des Groupers zwischen 2018 und 2019 hingewiesen ist.

K 2.3 Spitalplanungs-Leistungsbereiche für die Akutsomatik (SPLB)	
	Basispaket
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie
	Hals-Nasen-Ohren
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Ophthalmologie
Innere Organe	Endokrinologie
	Gastroenterologie
	Viszeralchirurgie
	Hämatologie
	Gefässe
	Herz
	Nephrologie
	Urologie
	Pneumologie
	Thoraxchirurgie
	Transplantationen
Bewegungs-apparat	Bewegungsapparat
	Rheumatologie
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie
	Geburtshilfe
	Neugeborene
Übrige	(Radio-) Onkologie
	Schwere Verletzungen

Quelle: GDZH (2021)

K 2.4 Leistungsgruppen Psychiatrie	
F00-F09	Organische Störungen
F10	Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11-F19	Psychische- und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörungen
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
Nicht-F Diagnosen	Andere Diagnosen

2.3.2 Psychiatrie

Für die Psychiatrie gibt es noch keine für die ganze Schweiz einheitlichen Leistungsgruppen für die Spitalplanung. Der Kanton Luzern hat deshalb für seine Spitalplanungs-Leistungsgruppen auf der Grundlage der Diagnosegruppen definiert, wie sie in Kasten K 2.4 beschrieben sind. Die Ergebnisse werden im Kapitel zur Psychiatrie nach Gruppen für die Jahre 2018 - 2021 dargestellt. Zusätzliche Auswertungen sind in einem separaten Excel-Dokument enthalten (vgl. Beilage 2).

2.3.3 Rehabilitation

Der Kanton Luzern stützt sich auf die Empfehlungen der GDK zur Musterplanungssystematik Rehabilitation und darin definierten Rehabilitationsbereiche (GDK, 2022c). Konkret werden für den vorliegenden Bericht die Leistungsgruppen und Leistungsbereiche gemäss Kasten K 2.5 verwendet. Diese Leistungsgruppen und Leistungsbereiche sind weitgehend identisch mit der SPLG-Systematik der GDZH. Deshalb wird für die Gruppierung der Fälle in einem ersten Schritt der SPLG-Grupper der GDZH (Version

2023.0.57) verwendet. Anschliessend wurden folgenden Anpassungen vorgenommen:

- Die Geriatrie Rehabilitation sowie die Pädiatrische Rehabilitation bilden eigenständige Leistungsbereiche (nicht zusammengefasst als Querschnittsbereiche). Der Geriatrie Rehabilitation werden alle Spitalaufenthalte in der Rehabilitation mit dem CHOP-Code «BA.8 - Geriatrie Rehabilitation» zugeordnet. In der Pädiatrischen Rehabilitation sind alle Fälle subsumiert, die gemäss SPLG-Gruppierung dem Querschnittsbereich Pädiatrie zugewiesen sind.
- Die Paraplegiologische Rehabilitation konstituiert ebenfalls einen eigenständigen Leistungsbereich. Diesem werden sämtliche Fälle zugeordnet, die gemäss SPLG-Systematik in der Leistungsgruppe «NER6 – Querschnittlähmung» klassifiziert sind.
- Die Leistungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation wird als Leistungsgruppe innerhalb des gleichnamigen Leistungsbereichs ergänzt. Dieser Leistungsgruppe werden alle Rehabilitationsfälle zugeordnet, die gemäss SPLG-Grupper «nicht zuteilbar» sind, jedoch eine Hauptdiagnose aus dem Kapitel F gemäss ICD (Psychische und Verhaltensstörungen) aufweisen.

Da die neue Systematik für die Spitalplanung 2023 des Kantons Zürich erst ab 2019 gültig ist, wird für das Datenjahr 2018 auf eine Gruppierung verzichtet. Die Analysen zur Rehabilitation beschränken sich somit auf den Zeitraum zwischen 2019 und 2021. Die Ergebnisse werden im Kapitel Rehabilitation nach Leistungsbereich dargestellt. Die Aufschlüsselung nach Leistungsgruppen befindet sich in separaten Excel-Tabellen (vgl. Beilage 3).

K 2.5 Leistungsbereiche und Leistungsgruppen Rehabilitation	
Muskuloskelettale Rehabilitation	Allgemein muskuloskelettal
Nervensystem & Sinnesorgane	Entzündliches Rheuma
	Polytrauma ohne neurologische Verletzungen
	Amputationen
	Verbrennungen
Neurologische Rehabilitation	Allgemein neurologisch
	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
	Multiple Sklerose (Spätphase)
	Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)
	Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
Paraplegiologische Rehabilitation	Paraplegiologische Rehabilitation
Kardiale Rehabilitation	Allgemein kardiovaskulär
	Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz
Pulmonale Rehabilitation	Allgemein pulmonal
	Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation
Internistische und onkologische Rehabilitation	Internistisch
	Onkologisch
Psychosomatische Rehabilitation	Somatiforme Störungen und chronische Schmerzen
	Psychosomatische Rehabilitation
Geriatrische Rehabilitation	Geriatrische Rehabilitation
Pädiatrische Rehabilitation	Pädiatrische Rehabilitation
Quellen: GDZH (2021), GDK (2022c)	

1. Identifikation der für die Bedarfsprognose relevanten Leistungen: Entscheidend ist hierbei vor allem die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation innerhalb der MS.
2. Berechnung der Fallzahlen pro Wohnkanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsgruppe im Referenzjahr.
3. Berechnung der Hospitalisierungsraten im Referenzjahr ausgehend von den Fallzahlen pro Wohnkanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsgruppe unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen.
4. Schätzung der Hospitalisierungsraten im Prognosezeitraum unter Berücksichtigung der ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
5. Schätzung der Fallzahlen im Prognosezeitraum anhand der Hospitalisierungsraten und der Szenarien zur demografischen Entwicklung.
6. Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) pro Leistungsgruppe im Referenzjahr.
7. Schätzung der MAHD für den Prognosezeitraum unter Berücksichtigung der ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
8. Schätzung der Pflégetage im Prognosezeitraum ausgehend von den geschätzten Fallzahlen und der geschätzten MAHD pro Leistungsgruppe.

Aus dem Prognosemodell geht also der geschätzte Leistungsbedarf der Wohnbevölkerung in der Planungsregion im Sinne der erwarteten Anzahl Fälle und der erwarteten Anzahl Pflégetage hervor. Im Gegensatz zur sogenannten Trendfortschreibung oder zu Zeitreihenmodellen, bei denen die Prognose zukünftiger Entwicklungen anhand der beobachteten Trends in der Vergangenheit erfolgt, geht das Prognosemodell des Obsan lediglich vom aktuellsten Datenjahr (Referenzjahr) aus. Trendfortschreibungen erfordern stabile Zeitreihen, was im Kontext der Spitalplanung nicht gegeben ist. Die medizinischen Klassifikationssysteme zur Kodierung der Diagnosen und Behandlungen – namentlich der ICD- und der CHOP-Katalog – werden laufend an veränderte Rahmenbedingungen angepasst. Dementsprechend werden auch die der Planung zugrundeliegenden SPLG jährlich aktualisiert. Diese Anpassungen sind essentiell, führen allerdings dazu, dass auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen nicht zwingend stabile Zeitreihen vorliegen. Folglich macht es Sinn, sich bei den Prognosen auf das aktuellste Jahr abzustützen.

Auch in Bezug auf die massgebenden Einflussfaktoren für den künftigen Bedarf, stützt sich die Prognose nicht auf retrospektive Zeitreihen. Am Beispiel der Medizintechnik: Es wäre wenig aussagekräftig, die medizintechnischen Innovationen der Zukunft und deren Auswirkungen auf den Leistungsbedarf aus den Entwicklungen in der Vergangenheit abzuleiten. Im Prognosemodell des Obsan werden lediglich jene Einflussfaktoren und Entwicklungen integriert, für die eine gesicherte empirische Evidenz oder ein breiter Konsens unter Fachpersonen vorliegt. Die Quantifizierbarkeit der prognostizierten Entwicklungen ist eine weitere

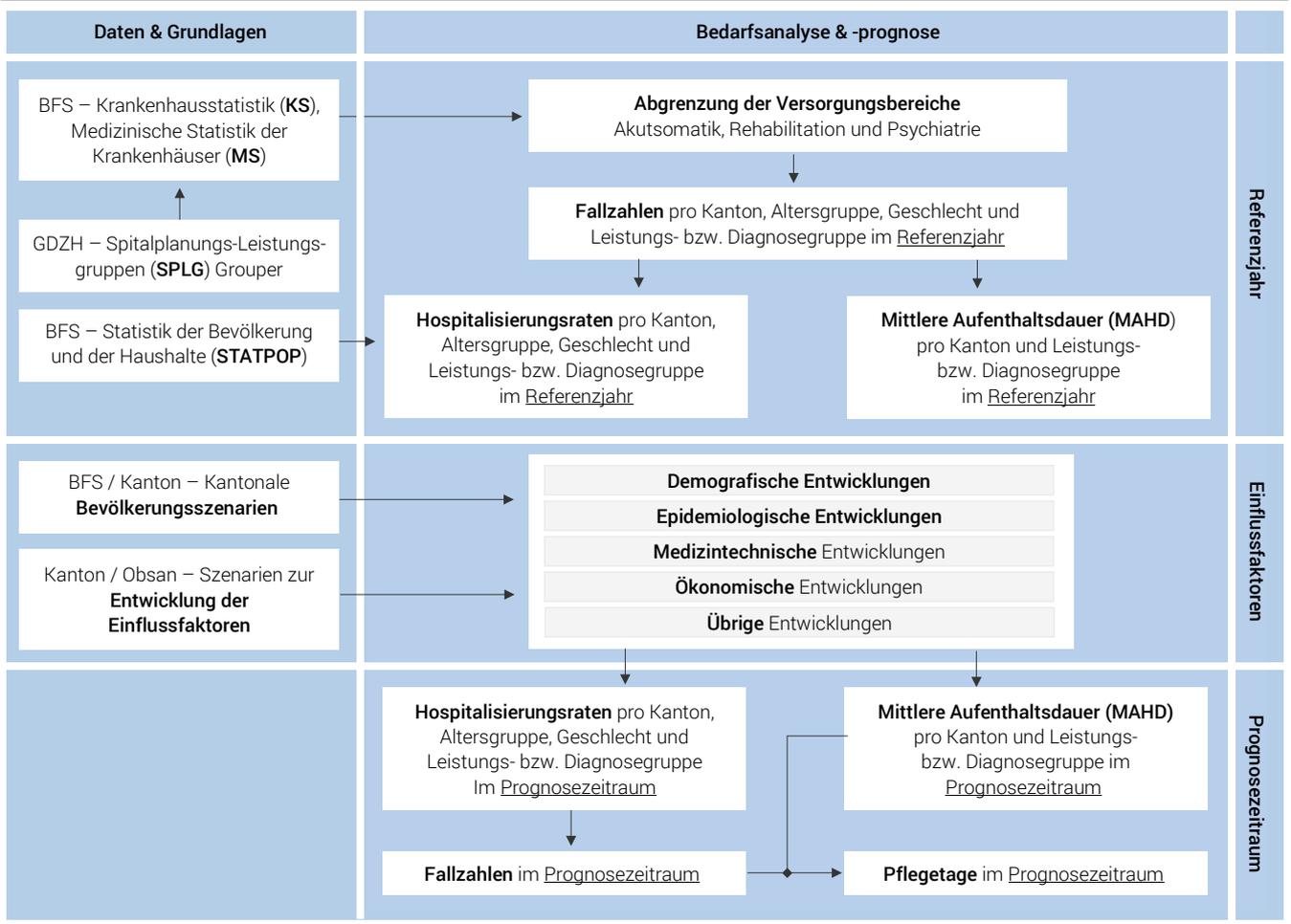
2.4 Prognosemodell

Im Hinblick auf die Einführung der Spitalfinanzierung 2012 hatte das Obsan ein Modell zur Prognose des stationären Versorgungsbedarfs erarbeitet. Im Obsan-Dossier Nr. 32 (Weaver et al., 2009) findet sich eine ausführliche Dokumentation zum Modell sowie zur zugrundeliegenden Methodik. Beim aktuell verwendeten Modell handelt es sich um eine überarbeitete Version dieses Modells. Abbildung G 2.1 zeigt eine schematische Darstellung des Prognosemodells. Nachfolgend sind die Prognosetechnik sowie die massgebenden Einflussfaktoren erläutert.

2.4.1 Prognosetechnik

Das Vorgehen für die Schätzung des Versorgungsbedarfs lässt sich anhand der folgenden Schritte zusammenfassen:

G 2.1 Obsan-Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs



Quelle: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2024

Voraussetzung für die Aufnahme in das Prognosemodell. Die einzelnen Einflussfaktoren, welche im Prognosemodell berücksichtigt sind, werden nachfolgend im Einzelnen beschrieben.

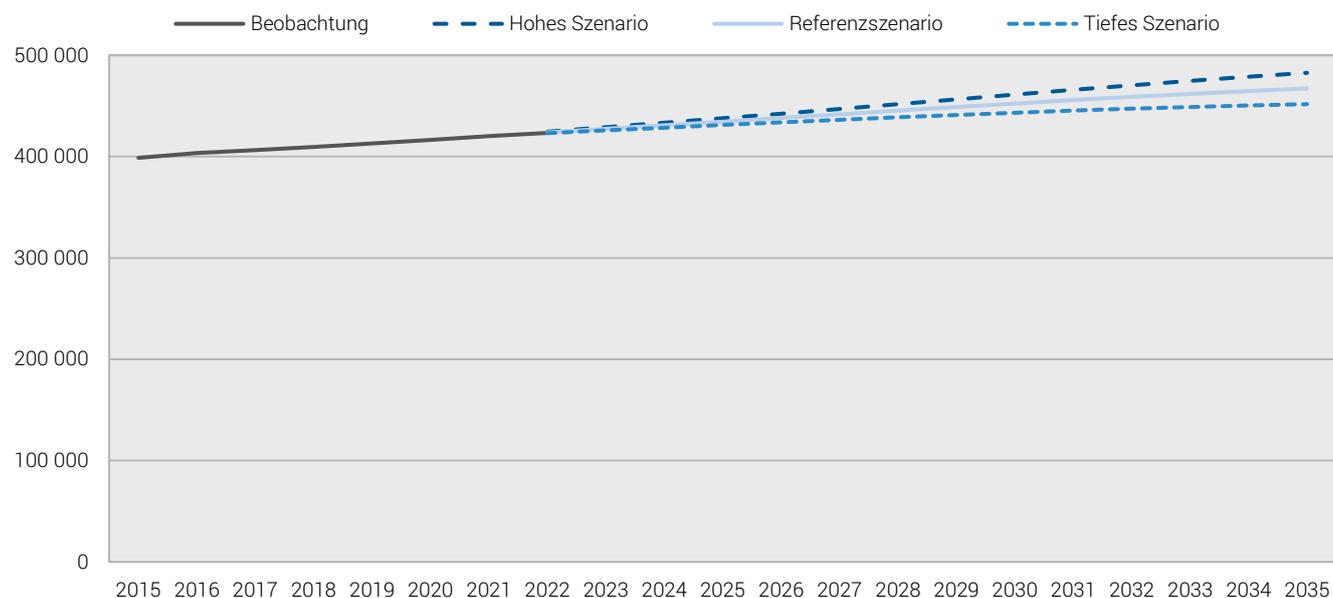
2.4.2 Demographische Entwicklungen

Die Bevölkerungsstruktur stellt eine zentrale Rahmenbedingung für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft – und damit für die Schaffung,

Verteilung und den Erhalt von Wohlfahrt – dar. Der Altersaufbau und seine Veränderungen wirken sich auf die Rahmenbedingungen einer Gesellschaft (System der sozialen Sicherheit, insbesondere Altersvorsorge, und Gesundheitssystem), das Humankapital und die Bereitstellungsaktivitäten (Zahl der Erwerbstätigen und unbezahlte Arbeit) aus. Aus den demografischen Entwicklungen ergeben sich ebenfalls weitreichende Folgen für die Gesundheitsversorgung, weshalb Prognosen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung eine wichtige Grundlage für die Bedarfsprognosen im vorliegenden Bericht darstellen. Dem Modell zur Prognose

des Versorgungsbedarfs des Obsan liegen die Bevölkerungsszenarien des BFS zugrunde (vgl. Kapitel 2.1.4). Gemäss dem Referenzszenario des BFS wächst die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Luzern zwischen 2021 und 2035 um durchschnittlich +0,8% pro Jahr (CAGR, Compound Annual Growth Rate), was einer Zunahme von 420 326 auf 467 282 Personen entspricht (vgl. Abbildung 2.2). Das erwartete Bevölkerungswachstum ist somit im Referenzszenario nur geringfügig niedriger als im Zeitraum zwischen 2015 und 2021 (+0,9%). Beim «tiefen» bzw. beim «hohen» Szenario beläuft sich die prognostizierte Zunahme der Wohnbevölkerung auf durchschnittlich +0,5% bzw. +1,0% pro Jahr. Für den Prognosezeitraum zwischen 2021 bis 2035 ist für den Kanton Luzern im Referenzszenario insgesamt von einem Bevölkerungswachstum um +11% auszugehen (vgl. Abbildung G 2.2). Die Bevölkerungszunahme im Kanton Luzern in diesem Zeitraum ist somit identisch mit derjenigen der Schweiz insgesamt.

G.2.2 Beobachtete und prognostizierte ständige Wohnbevölkerung des Kantons Luzern, 2015–2035



Bevölkerungsentwicklung, 2015–2021

Kanton	Anzahl Einwohner/innen		Δ 2015–2021		
	2015	2021	n	%	CAGR
Luzern	398 762	420 326	+21 564	+5,4%	+0,9%

Bevölkerungsprognose, 2021–2035

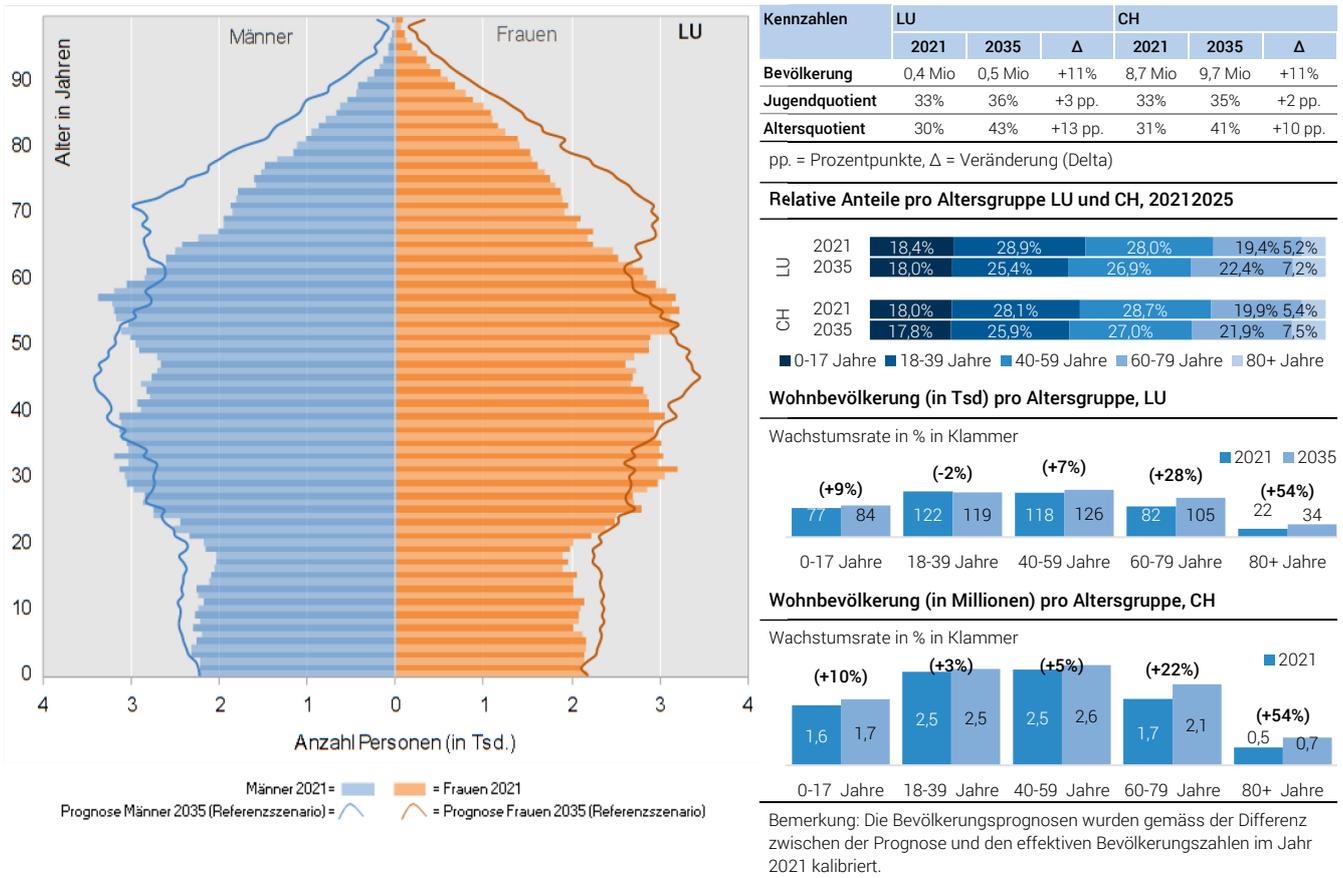
Bevölkerungsszenario	Anzahl Einwohner/innen		Δ 2021–2035		
	2021	2035	n	%	CAGR
Tief	420 326	451 753	+31 427	+7,5%	+0,5%
Referenz	420 326	467 282	+46 956	+11,2%	+0,8%
Hoch	420 326	482 659	+62 333	+14,8%	+1,0%

Bemerkung: Die Bevölkerungsprognosen basieren auf den Bevölkerungsszenarien des BFS, wurden allerdings durch das Obsan anhand der Differenz zwischen der Prognose und den effektiven Bevölkerungszahlen im Jahr 2021 kalibriert, um die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung zwischen dem Referenzjahr der Bevölkerungsszenarien und dem Referenzjahr der Bedarfsprognose besser zu reflektieren. CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quellen: BFS – STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

G 2.3 Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung im Kanton Luzern, 2021–2035



Quellen: BFS – STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

Zur demografischen Entwicklung gehört nebst dem Bevölkerungswachstum auch die demografische Alterung. Aus der Bevölkerungspyramide in Abbildung G 2.3 wird die Bevölkerungsstruktur der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern ersichtlich. Für die Wohnbevölkerung des Kantons Luzern ist der – insgesamt für die Schweiz typische – Altersaufbau erkennbar, bei welchem die Babyboom-Generation hervorsteicht. Als Babyboom bezeichnet wird der starke Anstieg der Geburtenraten in vielen Industrieländern zwischen dem Ende des Zweiten Weltkrieges und dem sogenannten Pillenknick Mitte der 1960er-Jahre. Ihr steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration gegenüber (Bucher 2008). Aus dem Vergleich von Ist-Zustand und Prognose wird der Prozess der demografischen Alterung offensichtlich, von welchem die Schweiz – wie die meisten modernen Industrie- und Dienstleistungsstaaten – betroffen ist. Die demografische Alterung wird als die Zunahme des Anteils älterer Menschen in einer Bevölkerung definiert. Sie ist sowohl eine Folge der niedrigeren Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung. Dadurch verändert sich das Verhältnis zwischen alter und junger Bevölkerung gewissermaßen zweimal, einmal an der Basis und einmal an der Spitze der Alterspyramide. Das Ausmass der Alterung einer Bevölkerung

wird oft durch den Altersquotienten dargestellt, der das Verhältnis der 65-jährigen und älteren Personen zu den 20- bis 64-Jährigen ausdrückt.⁶

Aktuell ist für den Kanton Luzern – wie auch für die Schweiz insgesamt – vor allem der Alterungseffekt an der Spitze der Alterspyramide massgebend. So ist, mit Bezug auf das Referenzszenario, von der stärksten Bevölkerungszunahme in den Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen (+28%) und der 80-Jährigen und Älteren (+54%) auszugehen, während in den jüngeren Altersgruppen ein geringeres Wachstum zu erwarten ist. Dementsprechend steigt bis 2035 auch der Altersquotient im Kanton Luzern von 30% auf 43%, also um 13 Prozentpunkte an. Für die Schweiz insgesamt steigt der Altersquotient im selben Zeitraum lediglich um 10 Prozentpunkte.

Die erwarteten demografischen Entwicklungen im Kanton Luzern lassen sich demnach wie folgt zusammenfassen: Das erwartete Bevölkerungswachstum im Kanton Luzern beträgt 11% und entspricht den prognostizierten Entwicklungen für die Schweiz insgesamt, die demografische Alterung dürfte sich allerdings im Zeitraum bis 2035 im Kanton Luzern etwas ausgeprägter auswirken als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

⁶ Vgl. auch <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/quer-schnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/altersquotient.html>.

2.4.3 Epidemiologische Entwicklungen

Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Verbreitung und Ursachen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Populationen. Untersucht werden die vielfältigen Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit von Individuen und Populationen beitragen. Als epidemiologische Entwicklungen zählen demgemäss zeitliche Trends, welche dazu führen, dass sich der Bedarf gewisser im Spital durchgeführter Behandlungen oder Interventionen künftig verändern wird. Ein Beispiel dazu: Geht man von einem rückläufigen Anteil Raucher unter den erwachsenen Männern aus, so kann von einem abnehmenden Trend in Bezug auf Behandlungen von Lungenkrebs in dieser Population ausgegangen werden.

Grundsätzlich ermöglicht es das Prognosemodell des Obsan, epidemiologische Entwicklungen zu berücksichtigen. Solche Annahmen über epidemiologische Entwicklungen können basierend auf Trends in der Vergangenheit abgeleitet werden. So hat beispielsweise der Kanton Genf im Rahmen der Spitalplanung 2020–2023 in Bezug auf Herzinsuffizienz bei Patientinnen und Patienten ab 80 Jahren und metastasierten Krebserkrankungen bei Patientinnen und Patienten im Alter über 40 Jahren konkrete Hypothesen aus der Entwicklung in den Vorjahren hergeleitet, die anschliessend ins Prognosemodell integriert wurden (DSES, 2019). Im vorliegenden Bericht wird die demografische Alterung als zentraler epidemiologischer Einflussfaktor über die Bevölkerungsszenarien des BFS in die Bedarfsprognose integriert. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz, welche eine Quantifizierung epidemiologischer Effekte erlauben würde, sowie in Anlehnung an die Arbeiten der GDZH (2021) wird darauf verzichtet, zusätzliche epidemiologische Entwicklungen ins Modell einfließen zu lassen.

Die folgenden Abschnitte gehen etwas detaillierter auf die theoretischen Überlegungen zum Thema ein: Zu einem wesentlichen Ausmass werden die Auswirkungen epidemiologischer Entwicklungen bereits über die Bevölkerungsszenarien in die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs einbezogen. Zum einen ist das Alter einer der zentralen «Risikofaktoren» für die meistverbreiteten Krankheiten in westlichen Industrieländern wie Krebs sowie kardiovaskuläre und neurodegenerative Erkrankungen (Niccoli & Partridge, 2012; Meijer et al., 2013). Zum anderen treten gewisse Risikofaktoren in bestimmten Altersgruppen häufiger auf. Dazu gehören beispielsweise gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie der Konsum suchterzeugender Substanzen (z. B. Tabak und Alkohol) oder ungeschützter Geschlechtsverkehr, die für einen wesentlichen Anteil der Gesundheitsprobleme jüngerer Erwachsener verantwortlich sind (vgl. WHO, 2009). Weil viele Krankheitsbilder und Risikofaktoren alters- und geschlechterabhängig sind, ergibt sich ein enges Wechselverhältnis zwischen Epidemiologie und Demografie (Löwel & Meisinger, 2006). Im Prognosemodell werden die Hospitalisierungsraten für verschiedene Krankheitsbilder bzw. Leistungsgruppen nach Geschlecht und Altersgruppe separat berechnet. So werden die Effekte aus der Wechselwirkung der alters- und geschlechterspezifischen Krankheitsbilder

und Risikofaktoren und der Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur bei der Prognose des künftigen Leistungsbedarfs berücksichtigt.

Angesichts der steigenden Lebenserwartung könnte man intuitiv einen Rückgang der Hospitalisierungsraten in den höheren Altersgruppen erwarten, so dass es angebracht wäre, die Hospitalisierungsraten des Referenzjahres für diese Altersgruppen für die Prognosen entsprechend zu verringern. Ein solcher Zusammenhang wird durch die diesbezüglichen Analysen des Obsan jedoch nicht bestätigt: Vielmehr ist in den letzten Jahren eine leicht steigende Tendenz der Hospitalisierungsraten in den Altersgruppen ab ca. 70 Jahren und eine sinkende Tendenz in den Altersgruppen zwischen 40 und 65 Jahren zu beobachten. Berücksichtigt man, dass die steigende Lebenserwartung zu einem nicht unerheblichen Teil auf den medizintechnischen Fortschritt zurückzuführen ist, erscheinen diese festgestellte Trends wiederum plausibel. Insgesamt sind die beobachteten Tendenzen allerdings nicht ausreichend, um eine systematische Anpassung der Hospitalisierungsraten nach Altersgruppe aufgrund der steigenden Lebenserwartung zu rechtfertigen.

Eine weitere Möglichkeit, epidemiologische Entwicklungen in die Bedarfsprognose einzubeziehen, besteht darin, sich auf die empirische Evidenz aus der Fachliteratur zu stützen. Für die Spitalplanung 2012 mandatierte die GDZH das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM), ein Gutachten zum Effekt der epidemiologischen Entwicklung auf die stationären Fallzahlen zu erstellen. Das ISPM führte eine breite Literaturanalyse durch, um die relevanten Trendinformationen zu Interventionen, Krankheiten und Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz zu erfassen (ISPM, 2009). Die entstandenen quantifizierten Hypothesen verwendete die GDZH im Rahmen ihrer Spitalplanung 2012 (GDZH, 2009) sowie für die Aktualisierung der Bedarfsprognose in der Akutsomatik 2015–2025 (GDZH, 2017a). Im Zuge der Spitalplanung 2023 der GDZH wurden die Annahmen zu den epidemiologischen Entwicklungen erneut untersucht. Wiederum wurden kaum auffällige epidemiologische Entwicklungen identifiziert. Demzufolge verzichtete die GDZH in der Spitalplanung 2023 darauf, zusätzliche epidemiologische Entwicklungen – die über die Alterung der Bevölkerung hinausgehen – in der Bedarfsprognose zu berücksichtigen (GDZH, 2021). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Quantifizierung der Effekte epidemiologischer Entwicklungen äusserst schwierig ist. Dementsprechend gibt es in der Fachliteratur nur wenige Studien, die solche Prognosen anstellen. Noch weniger Studien sind auf die Schweiz anwendbar.

2.4.4 Medizintechnische Entwicklungen

Als medizintechnische Entwicklungen können die Einführung und Verbreitung neuer Technologien zur Diagnostik (z.B. bildgebende Verfahren), zur Therapie (z.B. minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (z.B. Sekundärprophylaxe) verstanden werden. Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden können die Fallzahlen erhöhen oder verringern. So können sie dazu führen,

dass mehr Patientinnen und Patienten eine Diagnose bzw. Behandlung erhalten und dementsprechend zu einem Anstieg der Fallzahlen führen. Andererseits kann der medizintechnische Fortschritt auch eine Reduktion der Komplexität von medizinischen Eingriffen und Behandlungen herbeiführen und dafür sorgen, dass bestimmte Leistungen nicht mehr (zwingend) stationär erbracht werden müssen. In diesem Fall können bisher stationär durchgeführte Leistungen durch ambulante Behandlungsformen substituiert werden, was zu einer Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich führt. Somit bergen medizintechnische Entwicklungen ein grosses Verlagerungspotenzial, zu dessen Ausschöpfung diese medizintechnischen Entwicklungen häufig durch regulatorische Massnahmen oder ökonomische Anreize begleitet werden. Demgemäss können massgebliche Wechselwirkungen zwischen medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen bestehen, was es erschwert, die betreffenden Effekte eindeutig zuzuordnen. Im Modell des Obsan werden die Verlagerungseffekte aufgrund medizintechnischer Entwicklungen mit Bezug auf die Einführung von Listen mit ambulant durchzuführenden Eingriffen in die Prognose integriert und dementsprechend im nachfolgenden Abschnitt zu den ökonomischen Entwicklungen näher beschrieben.

In Ergänzung zu den Verlagerungseffekten erlaubt das Prognosemodell des Obsan die Integration von weiteren medizintechnischen Entwicklungen. Voraussetzung ist jedoch, dass quantitative Annahmen zu den Auswirkungen dieser Entwicklungen vorliegen (z.B. auf Ebene einzelner Leistungsgruppen, Diagnosen oder Behandlungsarten). Die Quantifizierung der Auswirkungen medizintechnischer Entwicklungen auf den künftigen Leistungsbedarf ist allerdings schwierig, da sich diese Effekte – aufgrund ihrer technologischen Neuartigkeit – nicht aus den vorhandenen Routinedaten abgeschätzt und vielfältig wirken können. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Entwicklung in der Prognoseperiode tatsächlich eintritt, ist gering. Da es aber sehr viele mögliche Entwicklungen gibt, ist es in der Summe durchaus realistisch, dass eine von ihnen eintritt und zu substantziellen Veränderungen in einer oder mehreren SPLG führt. Es ist jedoch nicht vorhersehbar, was für eine Entwicklung eintritt und wie sie die Behandlung in den betroffenen SPLG verändern wird (GDZH, 2021).

Als Grundlage für die Quantifizierung medizintechnischer Entwicklungen eignen sich vor allem Expertenbefragungen, je nachdem gekoppelt mit einer systematischen Analyse der Forschungsliteratur. Auch im Rahmen der Planung in der hochspezialisierten Medizin (HSM) werden für die Bedarfsanalysen die wesentlichen Entwicklungen in der Medizintechnik identifiziert und deren Auswirkungen auf den künftigen Leistungsbedarf mittels Experteneinschätzungen quantifiziert (vgl. u.a. Wehrli, 2015).

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Vorarbeiten im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich (GDZH, 2021; Hess et al., 2009; Hess et al., 2016). Ausgehend davon lassen sich in der Akutsomatik für zwei Leistungsbereiche bedeutsame Effekte auf den prognostizierten Leistungsbedarf quantifizieren. Zum einen könnten in der Neurologie neue Techniken in Kombination mit neuartiger (MRI-)Diagnostik bei endovaskulären Behandlungen von Schlaganfällen zu einer Verschiebung von gewissen Fällen

von der SPLG NEU3 in die SPLG NEU3.1 führen. Es wird erwartet, dass in Zukunft 30 Prozent der Schlaganfälle in der SPLG NEU3.1 behandelt werden. Zum andern wird von einer Zunahme der Revisionen bei Knie- und Hüftprothesen (BEW7.1.1 und BEW7.2.1) in der Orthopädie ausgegangen. Gestützt wird diese Annahme durch den Anstieg dieser Operationen in den letzten Jahren, was bedeutet, dass eine Revision dieser Prothesen nach einer bestimmten Zeitdauer notwendig wird. Für die übrigen Leistungsbereiche der Akutsomatik werden keine medizintechnischen Entwicklungen mit Auswirkungen auf den künftigen Leistungsbedarf im Prognosemodell berücksichtigt.

Für die Psychiatrie und Rehabilitation scheint der Einfluss der medizintechnischen Entwicklungen auf die Fallzahlen aktuell nicht relevant zu sein. Die vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Rahmen der Zürcher Spitalplanung durchgeführten und auf eine Literaturrecherche und Expertengespräche gestützten Arbeiten legen nahe, dass die medizintechnischen Entwicklungen kaum einen Einfluss auf die Hospitalisierungsraten in der Rehabilitation und Psychiatrie haben werden (Höglinger et al., 2019). In Bezug auf die stationäre Rehabilitation werden zwar zu erwartende Innovationen erwähnt (z.B. Robotik, Exoskelett, assistierende Geräte, elektronische Prothesen, Elektrostimulation, Gehirn-Computer-Schnittstellen, Virtual-Reality-Anwendungen und telemedizinische Anwendungen), ohne dass dies zu einer signifikanten Veränderung der Fallzahlen der stationären Rehabilitation führt. Basierend auf diesen Arbeiten wurden im vorliegenden Bericht weder in der Psychiatrie noch in der Rehabilitation Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung berücksichtigt, mit Ausnahme der Auswirkungen, die sich aus den prognostizierten Entwicklungen in der Akutsomatik ableiten: Die Zunahme von Wechseloperationen bei Hüft- und Knieprothesen wird zu einer Zunahme der anschliessenden Aufenthalte in der Rehabilitation führen. Insgesamt haben die medizintechnischen Entwicklungen einen eher geringen Einfluss auf die vorliegende Bedarfsprognose.

2.4.5 Ökonomische Entwicklungen

Ökonomische Anreize können die Entwicklungen in der Erbringung und Inanspruchnahme bestimmter Versorgungsleistungen massgeblich beeinflussen. Im Kontext der stationären Versorgung sind vor allem die potenzielle Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Leistungen sowie die Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von Fallpauschalen von wesentlicher Bedeutung.

Ambulantisierung

In den letzten Jahren ist die Verlagerung von Gesundheitsdienstleistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu einem wichtigen gesundheitspolitischen Thema geworden. Grundsätzlich gilt, je unattraktiver die Vergütung nach stationärem Tarif ge-

genüber der Vergütung der korrespondierenden ambulanten Leistungen ist, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.

Behandlungen können sowohl komplett wie auch teilverlagert werden. Werden Behandlungen komplett vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert, so führt dies zu einer Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich. Bei Teilverlagerungen von Komponenten stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich könnte z.B. die Hauptbehandlung nach wie vor stationär im Spital erfolgen, ein Teil der Untersuchungen und Abklärungen würde jedoch in den ambulanten Bereich verlagert (Felder et al., 2014; Widmer et al., 2017). Während sich Gesamtverlagerungen stationärer Leistungen insbesondere auf die Fallzahlen bzw. die Hospitalisierungsraten auswirken, beeinflussen Teilverlagerungen in erster Linie die Dauer der stationären Aufenthalte.

Um die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern, haben mehrere Kantone, der erste davon Luzern im Jahr 2017, Listen mit chirurgischen Leistungen eingeführt, die, ausser bei begründeter medizinischer Kontraindikation, ambulant durchgeführt werden müssen. Auch der Bund hat mit der Anpassung der am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Verordnung über Leistungen der OKP entsprechende Vorschriften erlassen (vgl. auch BAG 2019). Diese Regeln «ambulant vor stationär» (AVOS) gelten auf gesamtschweizerischer Ebene und betrafen ursprünglich sechs Gruppen von chirurgischen Leistungen. Ende 2022 hat der Bund beschlossen, die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgrund eines vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Evaluationsberichts zu ändern und empfiehlt eine gesamtschweizerische Harmonisierung der verschiedenen Listen der Kantone und des Bundes. Die KLV hat deshalb per 1. Januar 2023 die Liste der ambulant zu erbringenden Eingriffe von ursprünglich 6 auf 18 Gruppen erweitert.

Nicht alle Fälle, bei denen grundsätzlich ambulant durchführbare Behandlungen kodiert sind, könnten de facto auch ambulant behandelt werden. Letzteres ist zum Beispiel der Fall, wenn schwere Nebenerkrankungen vorliegen oder wenn im Rahmen des in AVOS-gelisteten Eingriffes weitere Eingriffe vorgenommen werden, die eine stationäre Aufnahme des Patienten/der Patientin erfordern. Deshalb wird zusätzlich berücksichtigt, welche der zuvor identifizierten Fälle bestimmte Kriterien für eine stationäre Durchführung erfüllen. Dabei werden die Kriterien des BAG gemäss Anhang 1a KLV berücksichtigt. Trotz Einbezug dieser Kriterien ist es wahrscheinlich, dass immer noch zu viele Fälle als verlagerbar klassifiziert sind. Grund dafür ist vor allem, dass nicht alle Kriterien gemäss Anhang 1a KLV überhaupt in der MS kodierbar sind. Um dieser Situation Rechnung zu tragen, nimmt der Kanton eine Schätzung vor, um den Anteil der tatsächlich ambulant behandelten Fälle zu bestimmen.

Das Obsan hat das Thema ambulant vor stationär im Rahmen diverser Studien und Analysen aufbereitet und so wesentliche Grundlagen für die politische Diskussion geschaffen (vgl. v.a.

Roth & Pellegrini 2018a, 2018b, 2021). Die Änderung der KLV fördert die Ambulantisierung und sollte zu einer weiteren Abnahme der stationären und Zunahme der ambulanten Versorgung führen. Der internationale Vergleich lässt vermuten, dass in Bezug auf die Ambulantisierung durchaus noch Potential vorhanden ist. In Deutschland haben der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Vertrag über die Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe geschlossen (AOP-Vertrag). Die darin vereinbarte Liste ambulant durchzuführender Eingriffe (AOP-Katalog)⁷ ist deutlich umfassender als die AVOS-Listen in der Schweiz.

Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Im Zuge der Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik (Vergütung durch SwissDRG) wurde insbesondere eine Auswirkung auf die Aufenthaltsdauern aufgrund des ökonomischen Drucks erwartet. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (wie Tagespauschalen) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pauschal pro Behandlungsfall, wodurch aus Sicht der Leistungserbringer der Ertrag weitgehend unabhängig von der Dauer des Aufenthalts ist, gleichzeitig die (Opportunitäts-)Kosten aber mit jedem Aufenthaltstag massgeblich steigen. In Kohärenz mit diesen Annahmen war schliesslich in den Jahren nach Einführung der SwissDRG ein kontinuierlicher Rückgang der MAHD in fast allen Kantonen feststellbar. Allerdings ist festzuhalten, dass bereits vor Einführung der Fallpauschalen ein kontinuierlicher Rückgang der Aufenthaltsdauern zu beobachten war. Inwiefern und in welchem Ausmass die Einführung einheitlicher Fallpauschalen die Entwicklung der MAHD seit 2012 beeinflusst hat, kann nicht abschliessend geklärt werden (Tuch et al., 2018). Ungeachtet dessen stellt sich die Frage, inwiefern Annahmen zur Entwicklung der Aufenthaltsdauern zum aktuellen Zeitpunkt zweckmässig sind. Einerseits kann argumentiert werden, dass der Druck auf die Aufenthaltsdauer aufgrund der Opportunitätskosten in einem Fallpauschalensystem bestehen bleibt. Andererseits könnte auch argumentiert werden, dass das vor der Einführung der SwissDRG bestehende Potenzial zur Reduktion der MAHD heute weitgehend ausgeschöpft ist. Demgemäss wäre es nicht plausibel, die sinkende Tendenz der Aufenthaltsdauern seit Einführung SwissDRG im selben Ausmass fortzuschreiben.

In der Psychiatrie wurde mit der Einführung des Tarifsystems TARPSY im Jahr 2018 eine leistungsorientierte Vergütung auf Basis der PCG (psychiatric cost group) eingeführt. Das effektive Kostengewicht ist das Produkt aus der Aufenthaltsdauer und dem täglichen Kostengewicht, das jedem PCG zugeteilt ist und den

⁷ Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog), Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V. Stand: 01.01.2019, www.dkgev.de.

spezifischen Ressourcenverbrauch widerspiegelt (BFS, 2020b). Dieses neue System übt ebenfalls einen wirtschaftlichen Druck aus, da die täglichen Kostengewichte im Laufe der Zeit grundsätzlich rückläufig sind.

Um eine realistische Bandbreite der möglichen Entwicklung abzubilden, werden für die Bedarfsprognose im vorliegenden Bericht unterschiedliche Annahmen in verschiedenen Szenarien implementiert.

2.4.6 Bedarf und Inanspruchnahme

Wie bereits im Kapitel 2.1 erwähnt, verwendet das Prognosemodell die Hospitalisierungsraten im Referenzjahr (nach Leistungsgruppe, Wohnkanton sowie Geschlecht und Altersgruppe) als Grundlage für die Prognose des Leistungsbedarfs. Diese Hospitalisierungsraten resultieren aus der effektiven Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung im Referenzjahr. Es ist durchaus üblich, sich bei der Prognose des Versorgungsbedarfs auf die aktuelle Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu stützen (Carr-Hill et al., 1994). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass dies auf der vereinfachenden Grundannahme beruht, dass sich der legitime Versorgungsbedarf direkt in der Inanspruchnahme des Versorgungssystems niederschlägt (Schliwen, 2015). Jedoch ist die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen nicht eine alleinige Folge des Bedarfs (McGregor et al., 2008). Zu berücksichtigen sind unter anderem die regionalen Angebotskapazitäten sowie die Erreichbarkeit ebendieser Versorgungsangebote (vgl. auch Abbildung G 2.4). Die Variation der Inanspruchnahme spiegelt bei kleinräumiger Betrachtung somit nicht nur die Variation des Versorgungsbedarfs, sondern auch die Variation des regionalen Angebots und Zugangs wider (Sheldon et al., 1993). Anders ausgedrückt: Unterschiede in den kantonalen Hospitalisierungsraten haben unterschiedliche Ursachen. Dazu gehören:

- Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und damit einhergehend Unterschiede in der Morbiditätslast;
- Gesellschaftliche oder kulturelle Gründe wie unterschiedliche Arbeits- oder Ernährungsgewohnheiten;
- Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung.

Während Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur sowie gesellschaftliche oder kulturelle Gründe tatsächliche Unterschiede im Bedarf begründen, führen Unterschiede aufgrund von Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung dazu, dass der tatsächliche Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung in der Inanspruchnahme nicht adäquat abgebildet wird. Weil für die Prognose die kantonale bzw. die regionale Inanspruchnahme im Kanton Luzern im Referenzjahr verwendet wird, besteht somit das Risiko, dass zum

Ausgangzeitpunkt bestehende Über- oder Unterversorgungszustände weiter manifestiert werden (SVR, 2018). Wann genau regionale Unterschiede in einem spezifischen Leistungsbereich auf eine Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung zurückzuführen sind, ist allerdings schwierig zu bestimmen. Gleichzeitig fehlt es an fachlich-inhaltlichen Massstäben für die Ermittlung des absoluten Versorgungsbedarfs einer Bevölkerung, unabhängig von der Inanspruchnahme (Czaja et al., 2012). Dennoch erscheint es für die kantonale Planung sinnvoll, mögliche Verzerrungen in der Bedarfsschätzung zu berücksichtigen. Im Prognosemodell wird diesem Umstand anhand von unterschiedlichen Szenarien zur Angleichung der Hospitalisierungsraten Rechnung getragen. Je nach Szenario liegen unterschiedliche Annahmen bezüglich der Annäherung der kantonalen Raten an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten nach Geschlecht, Altersgruppe und SPLG zugrunde.

2.4.7 Der Einfluss der Covid-19-Pandemie

Schliesslich ist zu beachten, dass die Covid-19-Pandemie Folgen haben könnte, welche alle Versorgungsbereiche betreffen. Verschiedene Studien legen nahe, dass Covid-19 nicht nur das pulmonale Organsystem beeinträchtigt (Xie et al., 2022; Pavel et al., 2022; Katsoularis, 2022; Douaud et al., 2022; Liu et al., 2022; Al-Aly et al., 2021; Pérez-Gómez et al., 2021). Somit sind dauerhafte Auswirkungen auf fast alle Organe zu befürchten (vgl. Empfehlung zur Erfassung von Todesfällen⁸ der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC). Die Behandlung von Personen mit Covid-19-Folgeerkrankungen könnte sich auf den stationären Bereich und den ambulanten Bereich auswirken, aber es gibt noch nicht genügend Erfahrungswerte, um diese zusätzliche Beanspruchung in den Prognosen zu berücksichtigen.

Inwieweit das Auftreten neuer Varianten und wiederholter Infektionen in einer weitgehend geimpften und/oder bereits infizierten Bevölkerung wie der Schweiz Auswirkungen auf deren Gesundheit haben könnten, muss ebenfalls noch geklärt werden, bevor die Planung des Gesundheitssystems diesbezüglich verfeinert werden kann. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass Reinfektionen die Gesamtmortalität und die gesundheitliche Beeinträchtigung sowohl in der akuten als auch in der postakuten Phase erhöhen, und unterstreichen somit die Bedeutung der Prävention von Reinfektionen (Bowe et al., 2022; Kuang et al., 2023).

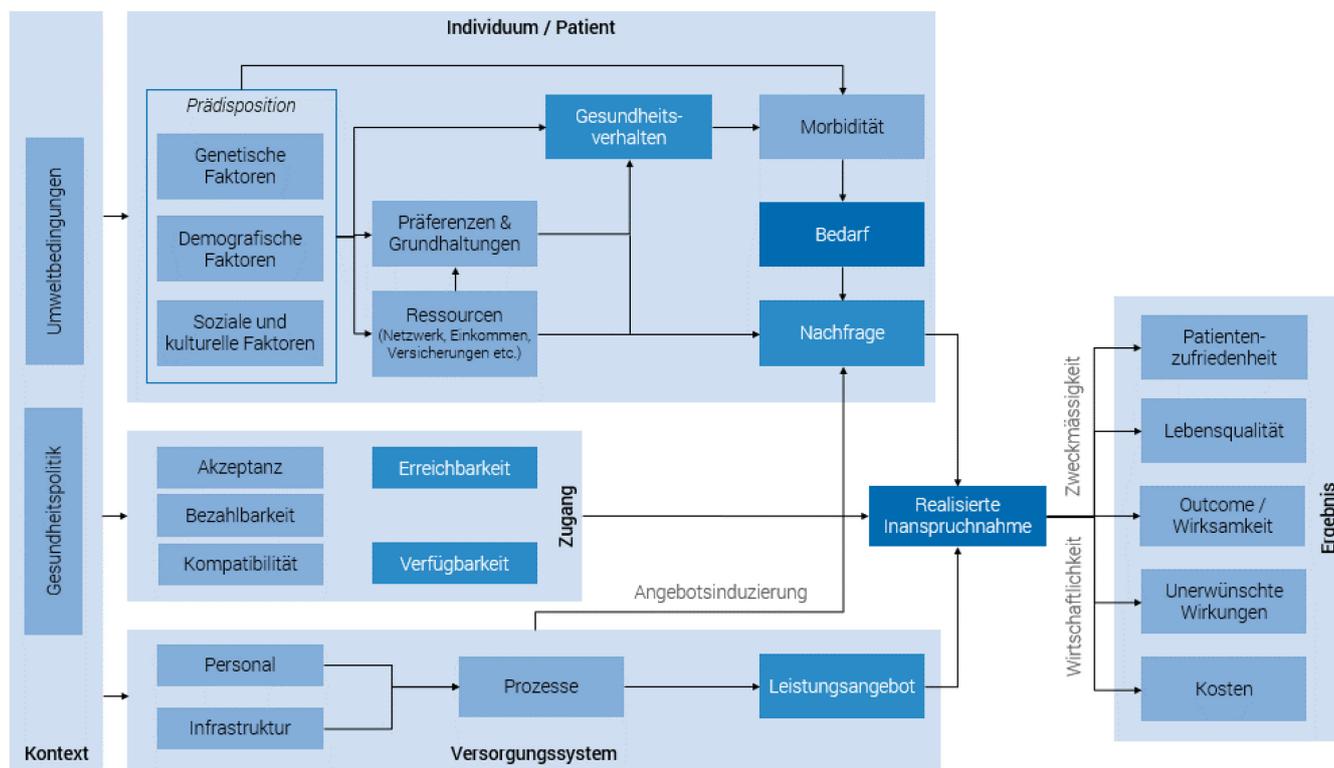
Die epidemiologischen Folgen von Covid-19 könnten durch medizintechnische Fortschritte (z.B. Entwicklung alternativer Impfstoffe, insbesondere eines nasalten Impfstoffs, der die Übertragung einschränkt, neue Medikamente) und/oder Investitionen in die Infektionsprävention (z.B. der Einsatz von Technologien zur

⁸ «Emerging evidence suggests that severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), the virus that causes COVID-19, can have lasting effects on nearly every organ and organ system of the body weeks, months, and potentially years after infection (11,12). Docu-

mented serious post-COVID-19 conditions include cardiovascular, pulmonary, neurological, renal, endocrine, hematological, and gastrointestinal complications (8), as well as death (13)» (Report No. 3, April 2020 - Erweitert Februar 2023.

<https://www.cdc.gov/nchs/data/nvss/vsrg/vsrg03-508.pdf>

G 2.4 Modell zum Bedarf, zur Nachfrage und Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Andersen (1968, 1995), Penchansky & Thomas (1981) und Donabedian (1980)

© Obsan 2024

Verbesserung der Luftqualität in geschlossenen Räumen⁹⁾ abgebildet werden. Jedoch erscheint die Erstellung mittelfristiger Hypothesen zu riskant. Auch die GDZH (GDZH, 2021) ist der Ansicht, dass allfällige langfristige Auswirkungen durch Covid-19 aktuell in den Prognosen nicht berücksichtigt werden können.

Im vorliegenden Bericht wird deshalb lediglich die Übersterblichkeit durch die Covid-19-Pandemie und die daraus resultierenden Folgen für die strukturelle Zusammensetzung der Bevölkerung berücksichtigt. Dazu werden die vom BFS berechneten – und aus dem Referenzjahr 2018 basierenden – Bevölkerungsszenarien gemäss den aktuellen Daten aus STATPOP korrigiert. So wird der Übersterblichkeit während der Covid-19-Pandemie sowie weiteren demografischen Entwicklungen Rechnung getragen.

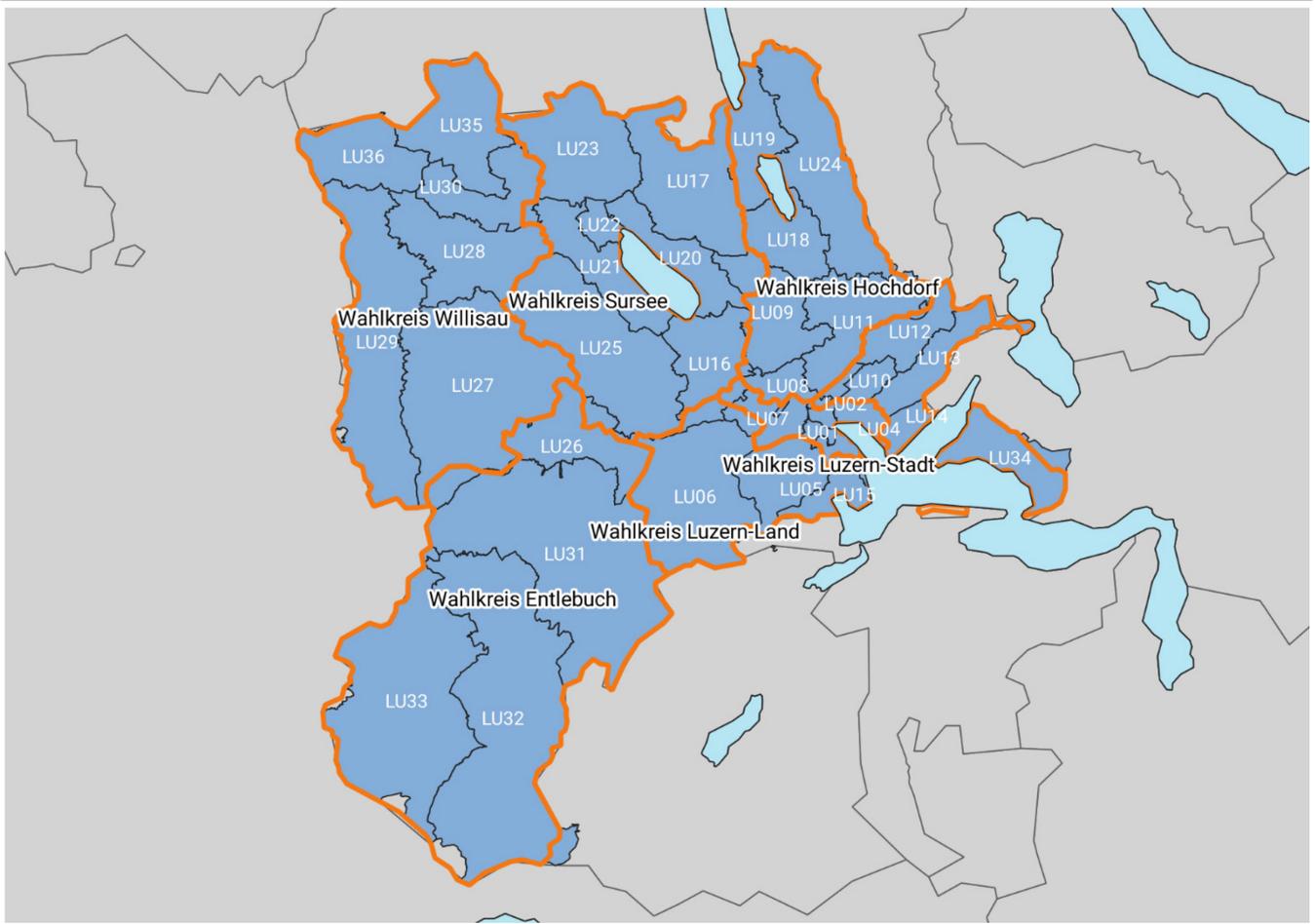
2.5 Analysen auf Ebene der Luzerner Wahlkreise

Der vorliegende Bericht enthält neben den Auswertungen auf Ebene Kanton auch Analysen auf Ebene der Wahlkreise des Kantons Luzern. Es ist allerdings zu erwähnen, dass die Wahlkreise in den Daten der MS nicht eins zu eins abbildbar sind. Die Wahlkreise basieren auf den Gemeindegrenzen. In der MS wird die Patientenherkunft auf Ebene der MedStat-Regionen¹⁰ erfasst, diese basieren auf den Postleitzahl-Regionen. Für die Analysen im vorliegenden Bericht wurden die MedStat-Regionen so zusammengefasst, dass sie die Luzerner Wahlkreise möglichst adäquat reflektieren (vgl. Kasten K 2.5). Karte G 2.5 zeigt die Übereinstimmungen zwischen den MedStat-Regionen (schwarz) und den Wahlkreisen (rot).

⁹ Vgl. https://www3.weforum.org/docs/AM23_Health_and_Safety_Measures.pdf

¹⁰ Die MedStat-Regionen bestehen aus geografischen Zonen, die genügend gross sind, damit man anonym für jede in der Schweiz hospitalisierte Person einen Wohnort angeben kann. Sie basieren auf den PLZ-Regionen.

G 2.5 Wahlkreise des Kantons Luzern und MedStat Regionen



Quelle: BFS – MS

© Obsan 2024

K 2.5 Wahlkreise und MedStat-Regionen	
Wahlkreise	MedStat-Regionen
Entlebuch	LU26, LU31, LU32, LU33
Hochdorf	LU08, LU09, LU11, LU18, LU19, LU24
Luzern-Stadt	LU01, LU02, LU03, LU04, LU07
Luzern-Land	LU05, LU06, LU10, LU12, LU13, LU14, LU15, LU34
Sursee	LU16, LU17, LU20, LU21, LU22, LU23, LU25
Willisau	LU27, LU28, LU29, LU30, LU35, LU36

Quelle: BFS – MS

2.6 Berechnung einzelner Kennzahlen

2.6.1 Aufenthaltsdauer

Im Allgemeinen werden die Aufenthaltsdauern im vorliegenden Bericht für jeden der drei Bereiche jeweils entsprechend der Definitionen der zugrundeliegenden Tarifsysteme berechnet.

Akutsomatik

Für die Akutversorgung (einschliesslich Akutgeriatrie) wird die Aufenthaltsdauer gemäss SwissDRG verwendet. Diese wird gemäss den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung berechnet (SwissDRG, 2019):

Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Unterbrüche – Urlaubstage

Unterbrüche entsprechen den Tagen ausserhalb des Spitals bei Fallzusammenführungen aufgrund von Wiedereintritten. Urlaubstage reflektieren Abwesenheiten von mindestens 24 Stunden und bei bleibender Reservierung eines Bettes. Bei Todesfällen und Überweisungen in ein anderes Spital mit Ein- und Austritt am gleichen Tag ist die Aufenthaltsdauer gleich ein Tag. Für die Berechnung der MAHD im vorliegenden Bericht ist die individuelle maximale Dauer auf 365 Tage beschränkt.

Psychiatrie

Für die Psychiatrie wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (gemäss der TARPSY-Definition (SwissDRG, 2019)) berechnet:

Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Unterbrüche – Urlaubstage + 1

Der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts gelten als abrechenbare Behandlungstage, mit Ausnahme eines allfälligen Verlegungstages. Unterbrüche werden in Abzug gebracht, sie entsprechen den Tagen ausserhalb des Spitals bei Fallzusammenführungen aufgrund von Wiedereintritten. Urlaubstage reflektieren Abwesenheiten von mindestens 24 Stunden und bei bleibender Reservierung eines Bettes. Für die Berechnung der MAHD im vorliegenden Bericht ist die individuelle maximale Dauer auf 365 Tage beschränkt.

Rehabilitation

Für die Rehabilitation wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss der ST-Reha-Definition (SwissDRG, 2022) berechnet:

Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Urlaubstage + 1

Die Definition entspricht der der Psychiatrie, mit der Ausnahme, dass es - noch - keine Fallzusammenführung gibt und daher Unterbrechungen nicht abgezogen werden. Für die Berechnung der

MAHD im vorliegenden Bericht ist die individuelle maximale Dauer auf 365 Tage beschränkt.

2.6.2 Standardisierte Hospitalisierungsraten

Standardisierte Hospitalisierungsraten ermöglichen einen Vergleich verschiedener Regionen oder Länder, ohne dass die abgebildeten Raten von demografischen Unterschieden verzerrt werden. Die in diesem Bericht dargestellten Raten sind nach Alter und Geschlecht standardisiert; das bedeutet, dass die Ergebnisse um die Variationen korrigiert werden, die in der demografischen Struktur der Kantone bestehen. Die Standardisierung erfolgt nach der direkten Methode und anhand der folgenden Berechnungsformel:

$$R_{IS} = \frac{\sum(N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

R_{IS} = Standardisierte Raten nach Alter und Geschlecht
 N_{ij} = Anzahl der Personen der Altersklasse i des Geschlechts j
 in der Standardbevölkerung
 r_{ij} = Spezifische Raten nach Alter i und Geschlecht j
 in der untersuchten Population

Als Standardbevölkerung wird die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet. Mit der Standardisierung erhält man die Rate, die die untersuchte Bevölkerung aufweisen würde, wenn sie die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die Standardbevölkerung hätte. Die 95%-Vertrauensintervalle wurden dabei auf der Grundlage einer Gamma-Approximation der Varianz der Rate berechnet (Tiwari et al., 2006). Das Vertrauensintervall ist ein Mass der Präzision der Schätzung und definiert die Grenzen, innerhalb derer der «wahre» Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt.

3 Akutsomatik

Kapitel 3 enthält die Analysen zur stationären Versorgung in der Akutsomatik und umfasst die Analyse der aktuellen Versorgungssituation im Kanton Luzern (Bedarfsanalyse, Kapitel 3.1) sowie die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs der Luzerner Wohnbevölkerung (Bedarfsprognose, Kapitel 3.2). Erläuterungen zur Abgrenzung der Akutsomatik in den Daten finden sich in Kasten K 2.1, auf Seite 14.

3.1 Bedarfsanalyse

Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Mit Bezug auf diese gesetzlichen Grundlagen umfasst das vorliegende Kapitel eine Analyse der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (Kapitel 3.1.1), eine Analyse des Versorgungsangebots (Kapitel 3.1.2) und eine Analyse der interkantonalen Patientenströme (Kapitel 3.1.3). In Bezug auf die Patientenströme wird nicht nur die kantonale, sondern auch die regionale Perspektive anhand der Luzerner Wahlkreise berücksichtigt (Kapitel 3.1.4). Die Analysen umfassen den Zeitraum zwischen 2018 bis 2021. Zentrale Grundlage für die Analysen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und die aktuell für die Akutsomatik gültige Spitalliste¹¹ des Kantons Luzern.

3.1.1 Inanspruchnahme

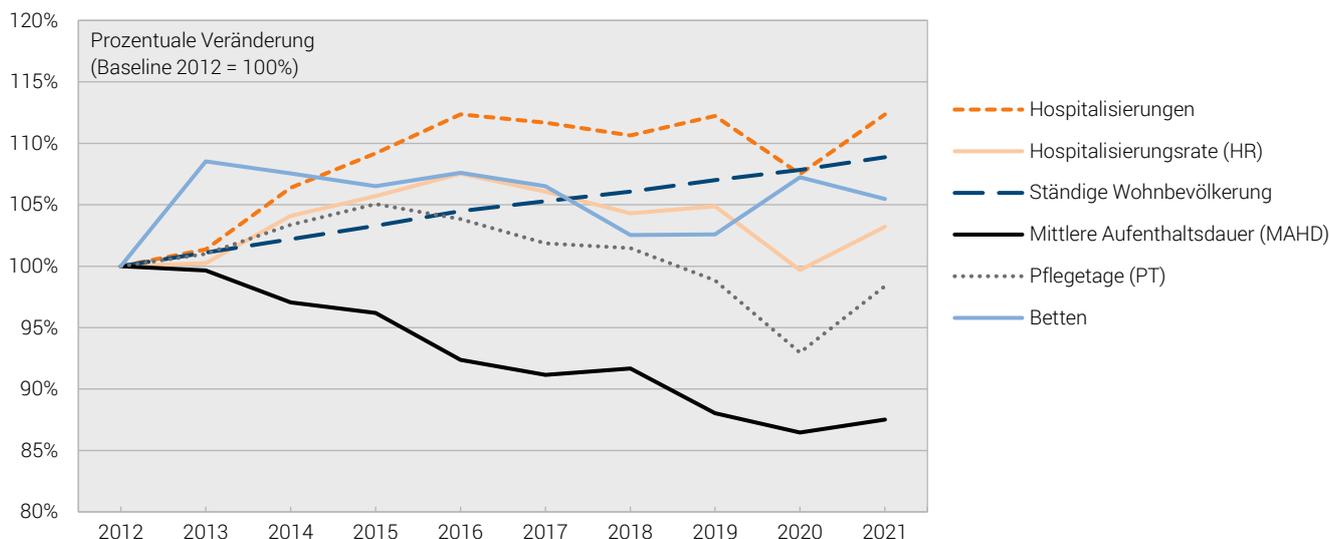
Die in Abbildung G 3.1 dargestellten Indikatoren geben einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der akutstationären Leistungen im Kanton Luzern. Die Zahl der Hospitalisierungen ist zwischen 2012 und 2016 deutlich angestiegen, bevor sich eine Stabilisierung der Spitalaufenthalte einstellte, mit

einem Knick nach unten während der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020: In der ersten Welle der Pandemie (Frühjahr 2020) wurden als Vorbeugung einer Überlastung der Spitäler Eingriffe ausgesetzt respektive verschoben (Wirth et al., 2022). Insgesamt ist die Zahl der Hospitalisierungen im Zeitraum 2012–2021 um 12,4% gestiegen. Dieser Anstieg war somit höher als die Zunahme der ständigen Wohnbevölkerung (+8,9%) im selben Zeitraum. Demgegenüber ist die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) zwischen 2012 und 2021 deutlich gesunken (-12,5%) und die Anzahl der Pflegetage (PT) leicht rückläufig (-1,6%). In Bezug auf die Spitalbetten war zwischen 2012 und 2021 eine Zunahme von +5,5% zu verzeichnen.

Abbildung G 3.2 zeigt die Verteilung der Fälle nach Hauptkostenträger für die Jahre 2018 bis 2021. Die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) war 2021 der mit Abstand grösste Hauptkostenträger für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern (92,5%). Deutlich seltener und zweithäufigster Kostenträger war die Unfallversicherung (5,7%), gefolgt von der Invalidenversicherung (1,4%). Die übrigen Kostenträger machten nur einen sehr geringen Teil der stationären Leistungen aus. Die prozentualen Anteile nach Hauptkostenträger sind zwischen 2018 und 2021 weitgehend stabil geblieben.

¹¹ Spitalliste 2016, mit Änderungen vom 28.6.2016, 20.12.2016, 21.3.2017, 17.4.2018, 5.2.2019, 10.12.2019, 15.9.2020, 5.1.2021, 23.2.2021, 2.11.2021 und 15.3.2022, <https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung/spitalliste>

G 3.1 Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern, 2012–2021



Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS

© Obsan 2024

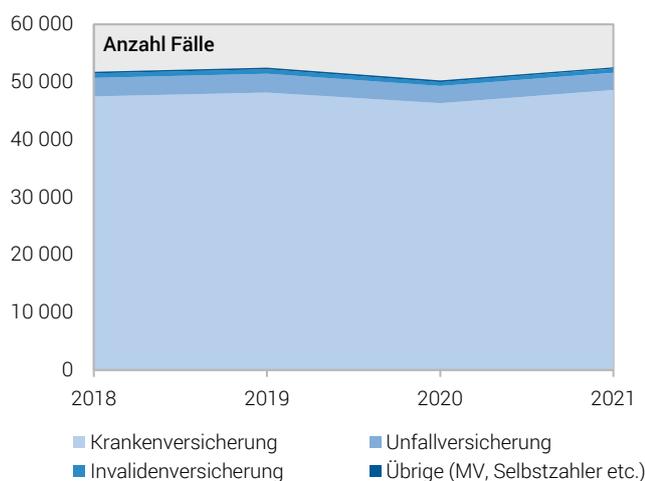
	2012	2021	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	386 082	420 326	+34 244	+8,9%	+0,9%
Hospitalisierungen	46 759	52 535	+5 776	+12,4%	+1,3%
Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einw. (HR)	121,1	125,0	+3,9	+3,2%	+0,4%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	5,8	5,0	-0,7	-12,5%	-1,5%
Pflegetage (PT)	269 181	264 792	-4 389	-1,6%	-0,2%
Betten	947	999	+52	+5,5%	+0,6%

Bemerkungen: Die Anzahl Betten entspricht der Bettenbetriebstage im Bereich «Akutpflege und Geburtshaus» gemäss KS dividiert durch 365. Die Ständige Wohnbevölkerung in der STATPOP bezieht sich jeweils auf den 31. Dezember des betreffenden Jahres. CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS

© Obsan 2024

G 3.2 Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Hauptkostenträger, 2018–2021



Hauptkostenträger	2021	
	n	%
Krankenversicherung (KV)	48 574	92,5%
Unfallversicherung (UV)	2 993	5,7%
Invalidenversicherung (IV)	724	1,4%
Selbstzahler	117	0,2%
Militärversicherung (MV)	75	0,1%
Andere	49	0,1%
Unbekannt	3	0,01%
Total	52 535	100%

Bemerkung: Die Variable Hauptkostenträger (Variable 0.1.V02 MS) kennzeichnet den Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im Wesentlichen aufkommt.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Fallzahlen

Tabelle T 3.1 zeigt die Entwicklung der Anzahl Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Leistungsbereich (SPLB) im Zeitraum zwischen 2018 und 2021. Der grösste Anteil der Fälle war dem Basispaket¹² (35,3% im Jahr 2021) zuzuschreiben. An zweiter Stelle war die Orthopädie (Bewegungsapparat) mit 15% der Behandlungen, gefolgt von den SPLB Geburtshilfe (9,4%), Neugeborene (8,3%), Herz (5,6%) und Urologie (4,3%). Insgesamt stieg die Zahl aller Fälle zwischen 2018 und 2021 von 51 736 auf 52 535 (+1,5%). Die Situation variierte jedoch je nach Leistungsbereich. Der grösste Anstieg innerhalb von vier Jahren betraf die Bereiche Neurochirurgie (+55,1%), Rheumatologie (+34,8%) und Gefässe (+27,0%). Die stärkste Abnahme war im Bereich Pneumologie (-38,8%) zu verzeichnen.

Hospitalisierungsraten

Abbildung G 3.3 zeigt die Entwicklung der Hospitalisierungsraten im Zeitraum zwischen 2018 und 2021 für den Kanton Luzern im

Vergleich zum Wert für die gesamte Schweiz. Da die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert sind (vgl. Kapitel 2.6.2), können Ergebnisse verglichen werden, ohne dass sie durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt werden. Mit einer standardisierten Hospitalisierungsrate von 125,1 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2021 wies der Kanton Luzern eine vergleichsweise niedrige Inanspruchnahme im Vergleich zur Schweiz insgesamt (140,4) auf. Im Bereich Hals-Nasen-Ohren war die Hospitalisierungsrate des Kantons Luzern sehr nahe an der Hospitalisierungsrate der Schweiz. Signifikant niedrigere Hospitalisierungsraten verzeichnete der Kanton Luzern in den SPLB Urologie, Gastroenterologie und Bewegungsapparat, wobei für die Gastroenterologie im Zeitraum zwischen 2018 und 2021 eine Angleichungstendenz bemerkbar war. Eine signifikant überdurchschnittliche Hospitalisierungsrate wies der Kanton Luzern innerhalb des SPLB Herz auf. In Abbildung G 3.3 sind lediglich die Hospitalisierungsraten für ausgewählte SPLB dargestellt. Eine komplette Übersicht mit allen SPLB befindet sich im Anhang 3.

T 3.1 Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach SPLB, 2018–2021

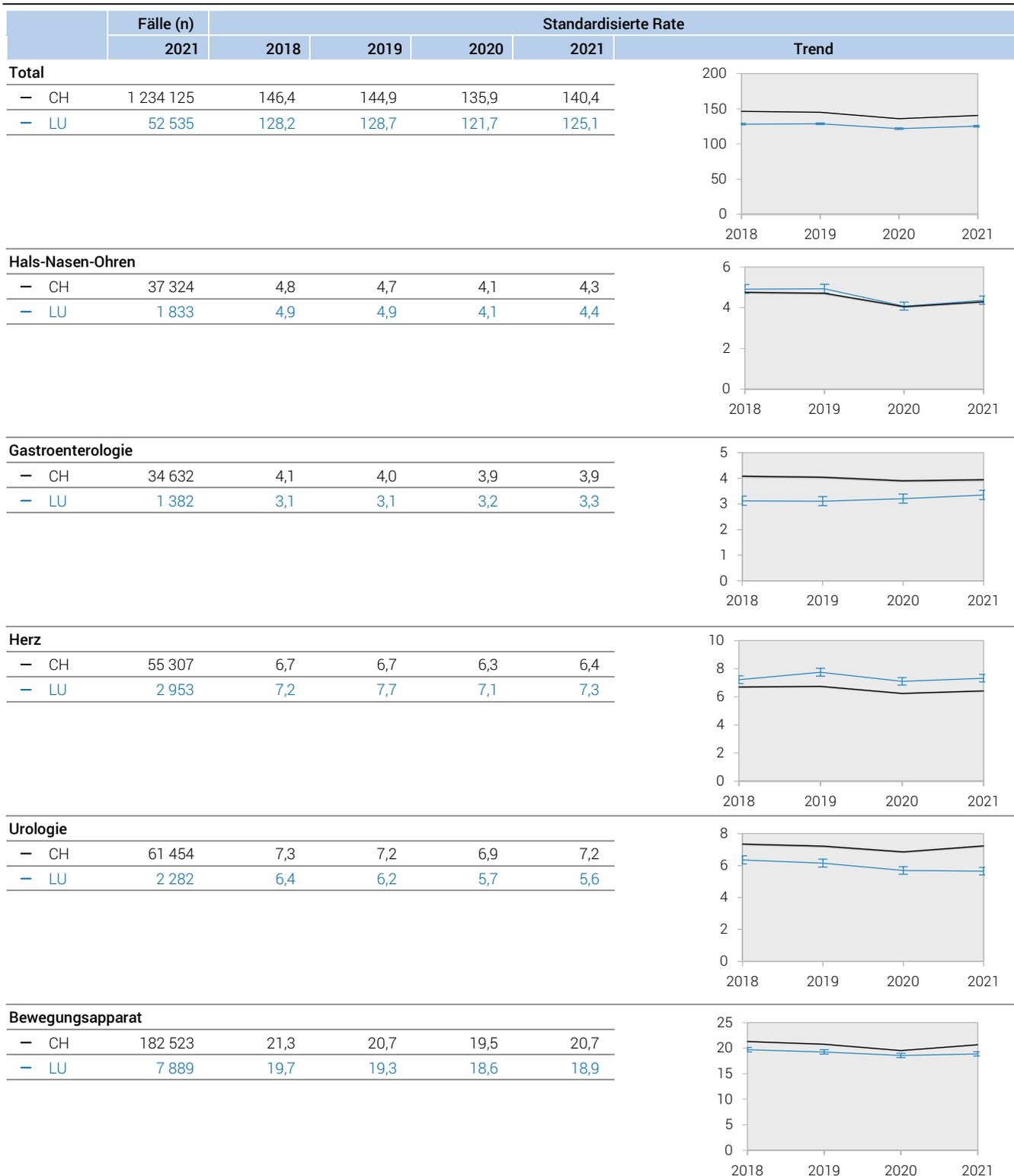
Bereich	SPLB	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Anteil 2021	
	Basispaket	18 214	18 809	17 736	18 532		+318	+1,7%	35,3%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	193	139	168	169		-24	-12,4%	0,3%	
	Hals-Nasen-Ohren	2 001	2 039	1 693	1 833		-168	-8,4%	3,5%	
	Neurochirurgie	265	365	313	411		+146	+55,1%	0,8%	
	Neurologie	1 130	1 040	1 215	1 275		+145	+12,8%	2,4%	
	Ophthalmologie	586	558	512	638		+52	+8,9%	1,2%	
Innere Organe	Endokrinologie	305	349	333	309		+4	+1,3%	0,6%	
	Gastroenterologie	1 222	1 231	1 292	1 382		+160	+13,1%	2,6%	
	Viszeralchirurgie	921	1 050	976	1 029		+108	+11,7%	2,0%	
	Hämatologie	598	568	571	601		+3	+0,5%	1,1%	
	Gefässe	741	915	975	941		+200	+27,0%	1,8%	
	Herz	2 750	3 000	2 818	2 953		+203	+7,4%	5,6%	
	Nephrologie	122	127	146	151		+29	+23,8%	0,3%	
	Urologie	2 435	2 406	2 253	2 282		-153	-6,3%	4,3%	
	Pneumologie	948	738	529	580		-368	-38,8%	1,1%	
	Thoraxchirurgie	114	153	162	118		+4	+3,5%	0,2%	
	Transplantationen	28	17	19	27		-1	-3,6%	0,1%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat	7 927	7 858	7 668	7 889		-38	-0,5%	15,0%
		Rheumatologie	112	155	139	151		+39	+34,8%	0,3%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 375	1 348	1 238	1 324		-51	-3,7%	2,5%	
	Geburtshilfe	4 872	4 813	4 740	4 956		+84	+1,7%	9,4%	
	Neugeborene	4 377	4 301	4 246	4 383		+6	+0,1%	8,3%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	362	360	381	439		+77	+21,3%	0,8%	
	Schwere Verletzungen	138	138	141	162		+24	+17,4%	0,3%	
Total		51 736	52 477	50 264	52 535		+799	+1,5%	100%	

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

¹² Alle medizinischen Leistungen, die nicht explizit einer der aufgeführten Leistungsgruppen zugewiesen werden, werden im Basispaket zusammengefasst.

G 3.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten nach Patientenherkunft und SPLB, 2018–2021



Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen. Dargestellt sind die Hospitalisierungsraten für das Total der Fälle sowie die häufigsten SPLB (exkl. Basispaket, Geburtshilfe und Neugeborene). Eine komplette Übersicht mit allen SPLB befindet sich im Anhang 3.

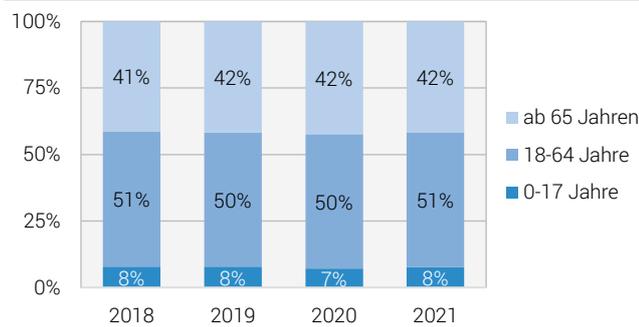
Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

Hospitalisierungen nach Altersklassen

In Abbildung G 3.4 ist die Anzahl Fälle von akutsomatisch hospitalisierten Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Altersklasse dargestellt. Es zeigt sich, dass die Hälfte aller Hospitalisierungen Personen zwischen 18 und 64 Jahren betraf (2021: 51% aller Hospitalisierungen). Rund 40% der Hospitalisierungen betrafen Personen ab 65 Jahren. Nur rund 8% der stationären Behandlungen betrafen Personen bis 17 Jahre. Die relative Verteilung der Altersklassen blieb im Zeitraum zwischen 2018 und 2021 nahezu unverändert.

G 3.4 Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Altersklasse, 2018–2021



Altersklasse	2018	2019	2020	2021
0-17 Jahre ¹⁾	3 750	3 792	3 305	3 734
18-64 Jahre	24 290	24 505	23 409	24 631
ab 65 Jahren	19 728	20 229	19 649	20 226
Total	47 768	48 526	46 363	48 591

¹⁾ Ausschluss der gesunden Neugeborenen anhand der DRG-Codes P66D und P67D.

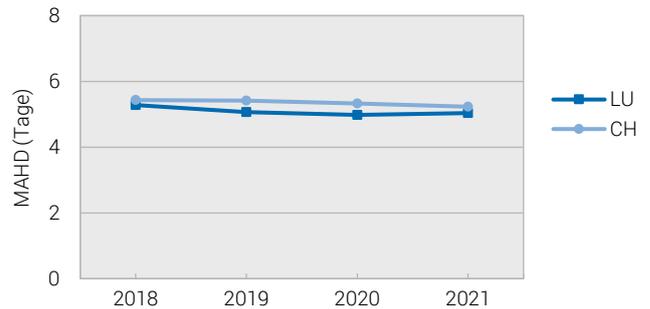
Quelle: BFS – MS, KS © Obsan 2024

Aufenthaltsdauer

Abbildung G 3.5 zeigt die Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) der akutsomatischen Spitalaufenthalte für den Kanton Luzern und die gesamte Schweiz zwischen 2018 und 2021. Sowohl im Kanton Luzern, wie in der Gesamtschweiz zeigte sich im Analysezeitraum eine rückläufige Tendenz, was die MAHD betrifft, wobei die MAHD für den Kanton Luzern jeweils geringfügig unterhalb der gesamtschweizerischen Werte lag.

In Tabelle T 3.2 ist die MAHD für die zehn häufigsten DRGs im Jahr 2021 detailliert dargestellt. Diese zehn DRGs entsprachen im Kanton Luzern (21,4%) und in der Schweiz (19,6%) rund ein Fünftel aller Hospitalisierungen. Die Differenz der Aufenthaltsdauer zwischen dem Kanton Luzern und der Gesamtschweiz betrug weniger als einen halben Tag für diese DRGs.

G 3.5 Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in Tagen (Luzern vs. Schweiz), 2018–2021



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

Quelle: BFS – MS, KS © Obsan 2024

3.1.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste des Kantons Luzern für den Akutbereich wies im Jahr 2021 insgesamt 16 Leistungserbringer auf. Davon waren acht mit Standort im Kanton Luzern. Ergänzt wurde das Versorgungsangebot gemäss Spitalliste mit Spitälern mit Standort in den Kantonen Aargau (1), Bern (1), Basel-Stadt (1), Nidwalden (1) und Zürich (4).

Fallzahlen und Patientenstruktur

Der Anteil an Luzerner Patientinnen und Patienten unterschied sich je nach Leistungserbringer stark (vgl. Tabelle T 3.3). Insbesondere die beiden Standorte des Luzerner Kantonsspitals (LUKS) in Sursee (91,9%) und Wolhusen (94,5%) behandelten fast ausschliesslich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern. Einen deutlich tieferen Anteil an innerkantonalen Patientinnen und Patienten wiesen das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (48,1%) und das Kinderspital Luzern (59,5%) auf, was die überkantonale Versorgungsrolle dieser Leistungserbringer verdeutlicht. Wenig überraschend machten die Luzerner Patientinnen und Patienten in den ausserkantonalen Listenspitälern insgesamt nur einen sehr geringen Anteil aus (weniger als 2% des gesamten Patientenkollektivs). Eine Ausnahme bildeten dabei das Kantonsspital Nidwalden mit einem Anteil von Luzerner Patientinnen und Patienten von 17,2% und in die Klinik Lenggen mit 7,2%.

Insgesamt ist die Anzahl der Spitalaufenthalte in den Spitälern mit Standort im Kanton Luzern zwischen 2018 und 2021 um 2% gestiegen (vgl. Tabelle T 3.4). Der grösste Leistungserbringer war dabei der Standort Luzern des LUKS mit 23 681 Fällen im 2021, wobei die Anzahl der Fälle an diesem Standort im Zeitraum 2018 bis 2021 leicht rückläufig (-3%) war. Die grösste prozentuale Zunahme war im Paraplegiker-Zentrum (+87%) und im Geburtshaus Terra Alta Oberkirch (+15%) zu beobachten, während dem die Hirslanden Klinik Meggen (-19%) im selben Zeitraum die stärkste Abnahme verzeichnete.

T 3.2 Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in den häufigsten DRG (Luzern vs. Schweiz), 2021

DRG	Code	Bezeichnung	CH				LU			
			Rang	n	%	MAHD	Rang	n	%	MAHD
P67D		Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g	1.	75 962	6,2%	3,0	1,	3 818	7,3%	3,2
O60D		Vaginale Entbindung	2.	26 979	2,2%	3,0	2,	1 364	2,6%	3,1
O60C		Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung	3.	23 705	1,9%	3,5	3,	1 211	2,3%	3,6
I46C		Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese	4.	22 868	1,9%	5,5	4,	1 093	2,1%	5,3
B86Z		Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ein Belegungstag	5.	19 148	1,6%	1,0	7,	639	1,2%	1,0
I43C		Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	6.	16 640	1,4%	6,0	6,	646	1,2%	5,9
I29C		Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter	7.	15 460	1,3%	2,4	5,	693	1,3%	2,7
I10C		Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre	8.	13 942	1,1%	4,6	9,	580	1,1%	4,4
G67C		Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung, mehr als ein Belegungstag	9.	13 495	1,1%	4,3	10,	569	1,1%	4,2
H07C		Cholezystektomie, Alter > 11 Jahre	10.	13 231	1,1%	3,1	8,	627	1,2%	3,3

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.3 Kennzahlen der Luzerner Listenspitäler gemäss kantonaler Spitalliste, 2021

KT	Spital	Fälle	%LU	%HP/P	%OKP	%Notfälle	Ø PCCL	Ø CMI	Ø Alter
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort innerhalb des Kantons									
LU	Geburtshaus Terra Alta, Oberkirch	1 022	79,0%	4%	100%	35%	0,05	0,35	31,8
	Hirslanden Klinik Meggen	845	73,6%	37%	72%	0%	0,11	0,67	47,4
	Hirslanden Klinik St. Anna Luzern	13 867	81,1%	44%	96%	33%	0,83	1,06	63,2
	Kinderspital Luzern	4 607	59,5%	18%	80%	69%	0,84	1,14	5,1
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	23 681	72,4%	21%	94%	47%	1,33	1,33	58,5
	Luzerner Kantonsspital, Sursee	8 255	91,9%	17%	94%	53%	1,03	0,90	56,2
	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen	4 671	94,5%	15%	92%	48%	0,96	1,00	57,9
	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	647	48,1%	17%	92%	7%	1,37	3,21	58,8
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort ausserhalb des Kantons									
AG	Kantonsspital Aarau	29 361	1,3%	17%	93%	56%	1,19	1,12	50,9
BE	Inselspital (Universitätsspital), Bern	49 399	0,7%	15%	91%	42%	1,69	1,47	51,2
BS	Universitätsspital Basel	39 151	0,5%	21%	93%	48%	1,56	1,34	59,9
NW	Kantonsspital Nidwalden	5 205	17,2%	22%	91%	45%	0,89	0,91	57,2
ZH	Kinderspital Zürich	8 030	1,0%	23%	68%	53%	1,01	1,49	5,3
	Klinik Lengg, Zürich	931	7,2%	13%	85%	7%	0,78	1,31	37,1
	Universitätsklinik Balgrist	6 176	1,9%	32%	76%	12%	0,77	1,42	53,4
	Universitätsspital Zürich	39 478	1,1%	19%	93%	43%	1,60	1,64	54,8

Bemerkungen: Fälle = Anzahl im Spital behandelte Fälle ungeachtet des Wohnkantons der Patient/innen; %LU = Anteil Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Luzern; %HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat; %OKP = Anteil Fälle, bei der die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Hauptkostenträger ist; %Notfälle = Anteil Fälle mit Eintrittsart «Notfall»; PCCL = Patient Complication and Comorbidity Level; CMI = Case Mix Index (netto); je dunkler die Färbung der Zelle (blau oder grau) desto höher ist der Wert in Bezug auf die anderen Werte der Variable. Für die Variable Alter wurden die gesunden Neugeborenen anhand der DRG-Codes P66D & P67D ausgeschlossen (BAG 2021).

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.4 Anzahl Fälle der Listenspitäler mit Standort innerhalb des Kantons Luzern, 2018–2021

Spital	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)
Geburtshaus Terra Alta, Oberkirch	890	892	937	1 022		+132	+15%
Hirslanden Klinik Meggen	1 040	1 169	961	845		-195	-19%
Hirslanden Klinik St. Anna Luzern	13 003	13 540	13 543	13 867		+864	+7%
Kinderspital Luzern	4 462	4 773	4 177	4 607		+145	+3%
Luzerner Kantonsspital, Luzern	24 302	24 748	22 875	23 681		-621	-3%
Luzerner Kantonsspital, Sursee	7 761	7 775	7 673	8 255		+494	+6%
Luzerner Kantonsspital, Wolhusen	4 797	4 710	4 526	4 671		-126	-3%
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	346	319	397	647		+301	+87%
Total	56 601	57 926	55 089	57 595		+994	+2%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Versorgungsanteile

Tabelle T 3.5 zeigt für jeden SPLB die Versorgungsanteile gemessen am Anteil der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern. Der Versorgungsanteil beschreibt demnach die Relevanz der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems bzw. zur Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung. In Tabelle T 3.5 werden die Versorgungsanteile nach Status des Spitals dargestellt, wobei unterschieden wird zwischen:

- Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status A)
- Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status B)
- Nicht-Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status C), existieren im Kanton Luzern keine
- Nicht-Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status D)

Als Listenspitäler werden dabei Leistungserbringer bezeichnet, die über einen Leistungsauftrag des Kantons Luzern für mindestens eine SPLG verfügen. Bei den meisten SPLB verzeichneten die Listenspitäler mit Standort im Kanton einen Versorgungsanteil von mehr als 80%. Leicht darunter war deren Versorgungsanteil für die SPLB Dermatologie (76%), Bewegungsapparat chirurgisch (79%) und Hals-Nasen-Ohren (79%). Deutlich geringer bzw. bei 0% lag der Versorgungsanteil der Listenspitäler mit Standort im Kanton Luzern nur im SPLB Transplantationen, der mehrheitlich über

die HSM geregelt ist (vgl. auch Kasten K 1.2) und dessen Leistungen in wenigen nationalen Zentren konzentriert waren.

Tabelle T 3.6 zeigt Versorgungsanteile nach SPLB und Leistungserbringer für das Jahr 2021. Gemäss den Empfehlungen der GDK gelten inner- bzw. ausserkantonale Spitäler als versorgungsrelevant, wenn sie einen Versorgungsanteil von 5% bzw. 10% in einer Leistungsgruppe erreichen und dabei gleichzeitig mindestens zehn Fälle aus dem planenden Kanton aufweisen. Ausnahmen können insbesondere zur Erreichung einer dezentralen Gesundheitsversorgung vorgesehen werden. Aus Tabelle T 3.6 geht nicht hervor, ob ein Leistungserbringer für die dargestellte Leistung über einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste verfügt, zumal die Tabelle nach SPLB gegliedert ist und die Leistungsaufträge nach SPLG vergeben werden. Nichtsdestotrotz zeigt die Tabelle einerseits die Bedeutung der einzelnen Leistungserbringer für die Sicherstellung der Versorgung in den einzelnen SPLB und gibt andererseits einen Überblick über die Leistungsspektren der einzelnen Spitäler. Deutlich wird daraus die zentrale Bedeutung des LUKS, v.a. des Standorts Luzern sowie des Standorts Luzern den der Hirslanden Klinik St. Anna. Nebst diesen Leistungserbringerstandorten wies nur noch das Kinderspital Luzern einen Versorgungsanteil von mindestens 5% auf. Tabelle T 3.6 macht auch die Bedeutung der ausserkantonalen Listenspitäler in spezialisierten SPLB wie Dermatologie und Transplantationen deutlich.

T 3.5 Versorgungsanteile nach SPLB und Status des Leistungserbringers gemäss Spitalliste, 2018–2021

Bereich		Versorgungsanteile (%)								Veränderung				
		2018				2021				in Prozentpunkten				
		Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D	
	Basispaket	87%	3%	0%	10%	87%	3%	0%	10%	-1			+1	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	87%	7%	0%	6%	76%	20%	0%	4%	-11	+13			
	Hals-Nasen-Ohren	86%	3%	0%	11%	79%	3%	0%	18%	-7			+7	
	Neurochirurgie	72%	23%	0%	5%	80%	14%	0%	6%	+8	-9			
	Neurologie	87%	8%	0%	5%	83%	11%	0%	5%	-4	+3			
	Ophthalmologie	94%	3%	0%	3%	95%	1%	0%	4%					
Innere Organe	Endokrinologie	96%	1%	0%	3%	94%	3%	0%	2%					
	Gastroenterologie	91%	3%	0%	7%	89%	4%	0%	7%	-2	+1			
	Viszeralchirurgie	84%	10%	0%	7%	81%	9%	0%	10%	-3			+3	
	Hämatologie	80%	15%	0%	5%	84%	11%	0%	5%	+4	-4			
	Gefässe	88%	7%	0%	5%	91%	5%	0%	4%	+2	-1			
	Herz	89%	5%	0%	6%	87%	6%	0%	7%	-2	+1		+1	
	Nephrologie	85%	11%	0%	4%	87%	5%	0%	8%					
	Urologie	85%	4%	0%	11%	88%	3%	0%	8%	+3	-0		-3	
	Pneumologie	88%	6%	0%	6%	83%	12%	0%	5%	-5	+6			
	Thoraxchirurgie	91%	4%	0%	4%	95%	3%	0%	3%					
	Transplantationen		96%	0%	4%		100%	0%	0%					
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	80%	4%	0%	16%	79%	5%	0%	17%	-2	+1		+1
		Rheumatologie	79%	10%	0%	12%	81%	5%	0%	13%				
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	84%	5%	0%	11%	87%	5%	0%	9%	+2			-2	
	Geburtshilfe	89%	5%	0%	7%	88%	6%	0%	6%	-1	+1		-0	
	Neugeborene	89%	5%	0%	6%	88%	6%	0%	6%	-1	+1		-1	
Übrige	(Radio-) Onkologie	81%	15%	0%	4%	84%	10%	0%	6%	+3	-5			
	Schwere Verletzungen	83%	12%	0%	6%	80%	12%	0%	9%					
Total		86%	4%	0%	9%	85%	5%	0%	10%	-1	+0		+0	

Bemerkung: SPLB = Spitalplanungs-Leistungsbereich. Status gemäss Spitalliste: A = Listenspital mit Standort innerhalb des Kantons; B = Listenspital mit Standort ausserhalb des Kantons; C = Nicht-Listenspital mit Standort innerhalb des Kantons; D = Nicht-Listenspital mit Standort ausserhalb des Kantons. Versorgungsanteil: Der Versorgungsanteil beziffert den Anteil der Fälle am Total der Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem Analysekanon. Die Spalten ganz rechts zeigen die Veränderung des Versorgungsanteils in Prozentpunkten (pp.). Ausgewiesen sind nur relevante Veränderungen, namentlich Veränderungen der Versorgungsanteile, die mindestens 10 Fälle betreffen.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Abdeckungsgrad der Spitalliste

Während die Analyse der Versorgungsanteile den relativen Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern in den einzelnen Einrichtungen ermittelt, gibt der Abdeckungsgrad den Anteil der Patientinnen und Patienten an, die in einem Spital behandelt werden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons für die betreffende Leistung verfügt. Mit anderen Worten: Der Abdeckungsgrad macht eine Aussage zur Angemessenheit des über die kantonale Spitalliste definierten Versorgungsangebots und somit über die Bedarfsgerechtigkeit der kantonalen Spitalplanung. Gemäss den Empfehlungen der GDK ist eine Spitalplanung

dann bedarfsgerecht, wenn einerseits in jeder Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben ist, d.h. alle relevanten Versorgungsleistungen von der Spitalliste abgedeckt sind. Andererseits ist eine Spitalplanung bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird. Da eine hundertprozentige Bedarfsdeckung unrealistisch ist, sollen die Leistungsaufträge der Spitalliste zudem in jeder Leistungsgruppe 80% der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung erreichen (oder 70% bei Kantonen mit weniger als 300 000 Einwohnerinnen und Einwohner).¹³ Kantone, die diesen Richtwert nicht erreichen, müssen dies – gemäss Empfehlungen der GDK – begründen (GDK, 2022b). In Tabelle T 3.7 ist der Abdeckungsgrad

¹³ Der Kanton Luzern zählte Ende 2021 insgesamt 420 326 Einwohner/innen, BFS (2022), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte.

pro SPLG für das Jahr 2021 dargestellt. Als Grundlage für die Auswertung diente dabei die Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. März 2016 (Stand: 15. März 2022). SPLGs mit weniger als 50 Luzerner Fällen sowie durch die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) geregelte SPLG sind nicht dargestellt. Im Total der berücksichtigten SPLG belief sich der Abdeckungsgrad der Spitalliste im Jahr 2021 auf insgesamt 85%. Der Schwellenwert von 80% wurde bei 17 SPLG unterschritten

(siehe orange hervorgehobene SPLG in Tabelle T 3.7), insbesondere betrifft dies SPLGs in den Bereichen Bewegungsapparat chirurgisch, Hals-Nasen-Ohren, (Radio-)Onkologie sowie Schwere Verletzungen. In den übrigen SPLG belief sich der Abdeckungsgrad auf über 80%, oftmals sogar auf über 90%. Letzteres betraf vor allem die Bereiche Neurologie, Endokrinologie, Ophthalmologie und Gastroenterologie.

T 3.6 Versorgungsanteile nach SPLB und Leistungserbringer, 2021

Bereich	SPLB	Kantonale Listenspitäler								Ausserkantonale Listenspitäler							Total			
		Geburts- haus Terra Alta, Ober- kirch	Hirs- landen Klinik Meggen	Hirs- landen Klinik St. Anna Luzern	Kinders- pital Luzern	Luzerner Kantonss- pital, Luzern	Luzerner Kantonss- pital, Sursee	Luzerner Kantonss- pital, Wolhusen	Schweizer Paraplegi- ker-Zentrum	Insels- pital (Universitäts- pital), Bern	Kantonss- pital Aarau	Kantonss- pital Nidwalden	Kinders- pital Zürich	Klinik Lengg, Zürich	Universitäts- klinik Balgrist	Universitäts- pital Basel		Universitäts- pital Zürich	Übrige Spitäler	
	Basispaket	1%	1%	18%	9%	28%	19%	10%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	18 532	
Nervensystem & Sinnesor- gane	Dermatologie	0%	1%	20%	6%	34%	11%	5%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	2%	15%	4%	169		
	Hals-Nasen-Ohren	0%	6%	15%	8%	35%	11%	3%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	18%	1 833		
	Neurochirurgie	0%	0%	17%	10%	53%	0%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	1%	7%	6%	411		
	Neurologie	0%	0%	10%	4%	58%	7%	5%	0%	1%	2%	0%	1%	5%	0%	0%	1%	5%	1 275	
	Ophthalmologie	0%	0%	0%	1%	93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	638	
Innere Organe	Endokrinologie	0%	0%	16%	9%	38%	22%	9%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	2%	309		
	Gastroenterologie	0%	0%	26%	2%	29%	19%	14%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%	7%	1 382		
	Viszeralchirurgie	0%	0%	26%	2%	29%	20%	4%	0%	1%	1%	5%	0%	0%	0%	1%	1%	1 029		
	Hämatologie	0%	0%	15%	11%	42%	10%	5%	0%	4%	1%	0%	0%	0%	4%	2%	5%	601		
	Gefässe	0%	0%	34%	0%	53%	2%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	4%	941		
	Herz	0%	0%	33%	0%	47%	4%	3%	0%	2%	1%	0%	1%	0%	0%	2%	7%	2 953		
	Nephrologie	0%	0%	26%	0%	60%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1%	8%	151		
	Urologie	0%	0%	30%	5%	37%	11%	6%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	8%	2 282		
	Pneumologie	0%	0%	17%	3%	35%	16%	10%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	8%	5%	580		
	Thoraxchirurgie	0%	0%	34%	6%	53%	2%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	3%	118		
	Transplantationen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	59%	33%	0%	27		
	Bewegungs- apparat	Bewegungsapparat chirurg.	0%	4%	30%	1%	19%	8%	12%	3%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	0%	0%	17%	7 889
		Rheumatologie	0%	0%	27%	4%	21%	17%	12%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%	13%	151
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	0%	0%	25%	1%	31%	20%	10%	0%	1%	2%	1%	0%	0%	1%	1%	9%	1 324		
	Geburtshilfe	8%	0%	16%	0%	37%	18%	8%	0%	0%	1%	5%	0%	0%	0%	0%	6%	4 956		
	Neugeborene	5%	0%	17%	7%	33%	18%	8%	0%	0%	1%	5%	0%	0%	0%	0%	6%	4 383		
Übrige	(Radio-) Onkologie	0%	0%	26%	7%	45%	6%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	7%	1%	6%	39		
	Schwere Verletzungen	0%	0%	5%	4%	57%	9%	4%	0%	3%	2%	1%	1%	0%	0%	1%	4%	9%	162	
Total		2%	1%	21%	5%	33%	14%	8%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	10%	52 535		

Bemerkung: Der Versorgungsanteil beziffert den Anteil der Fälle eines Leistungserbringers am Total der Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im planenden Kanton.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.7 Abdeckungsgrad (ADG) der kantonalen Spitalliste nach SPLG, 2021

SPLB	SPLG	Fälle LU	%ADG	SPLB	SPLG	Fälle LU	%ADG
Basispaket	BP	18 532	87%		BEW7	157	75%
Dermatologie	DER1	55	82%		BEW7.1	1 064	83%
	DER1.1	84	63%		BEW7.1.1	85	89%
	HNO1	555	88%		BEW7.2	893	81%
	HNO1.1	306	80%		BEW7.2.1	52	65%
Hals-Nasen-Ohren	HNO1.1.1	50	22%		BEW8	1 223	88%
	HNO1.2	509	67%		BEW8.1	312	85%
	HNO1.3	75	81%	Rheumatologie	RHE1	125	83%
	HNO2	238	92%		GYN1	867	86%
	KIE1	73	67%	Gynäkologie	GYN2	353	94%
Neurochirurgie	NCH1	284	85%		GYNT	93	87%
	NCH1.1.1	71	89%	Geburtshilfe	GEB1	4 871	84%
Neurologie	NEU1	310	79%		GEB1.1	62	89%
	NEU2.1	52	92%		NEO1	3 979	88%
	NEU3	708	90%	Neugeborene	NEO1.1	248	89%
Ophthalmologie	NEU4	61	90%		NEO1.1.1	143	83%
	AUG1	64	94%		NUK1	154	75%
	AUG1.3	143	96%	(Radio-) Onkologie	ONK1	177	93%
Endokrinologie	AUG1.5	393	95%		RAO1	108	78%
	END1	309	95%	Schwere Verletzungen	UNF1	67	73%
Gastroenterologie	GAE1	1 089	90%		UNF1.1	81	65%
	GAE1.1	293	90%	Total		49 163	85%
Viszeralchirurgie	VIS1	727	86%	Bemerkung: Der Abdeckungsgrad gibt den Anteil der Fälle an, die in einem Spital hospitalisiert wurden, das in der betreffenden SPLG über einen Leistungsauftrag des analysierten Kantons verfügt. Farblich hervorgehoben sind SPLG mit einem Abdeckungsgrad unter 80%. Die ausgewiesenen Abdeckungsgrade in den SPLB GEB und NEO sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die standardmässige SPLG-Gruppierung keine Unterscheidung der spezifischen Leistungsaufträge für Geburtshäuser ermöglicht. SPLG mit weniger als 50 Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem planenden Kanton sind nicht aufgeführt genauso wie SPLG, die erst mit in der SPLG-Systematik 2023 der GDZH eingeführt wurden und entsprechend auf der aktuell geltenden Spitalliste des Kantons Luzern noch nicht berücksichtigt waren. Ebenfalls im Abdeckungsgrad nicht einbezogen wurden SPLG, welche durch die IVHSM geregelt sind. Infolgedessen kann das Total in dieser Tabelle vom Total in anderen Auswertungen abweichen.			
	VIS1.4	164	84%	Quellen: BFS – MS, KS; Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. März 2016 (Stand: 15. März 2022) © Obsan 2024			
Hämatologie	HAE1	138	83%	<i>Mindestfallzahlen</i>			
	HAE1.1	55	80%	Gemäss Art. 58d Abs. 4 KVV berücksichtigen die Kantone bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität unter anderem die Mindestfallzahl (MFZ) der Spitalbehandlungen. Im Rahmen ihrer Spitalplanung legte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) im Jahr 2012 erstmals MFZ für eine Auswahl von SPLG fest (GDZH, 2011). Eine Analyse der GDZH zeigt insgesamt den positiven Effekt der MFZ auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (GDZH, 2016). Gestützt auf diese Erfahrungen sowie mit Bezug auf wissenschaftliche Studien und Erfahrungen			
	HAE2	332	90%				
Gefässe	ANG1	301	93%				
	GEF1	149	89%				
	GEF3	72	99%				
	GEFA	297	86%				
	RAD1	93	80%				
	HER1.1.1	194	71%				
Herz	HER1.1.4	75	61%				
	HER1.1.5	56	63%				
	KAR1	256	95%				
Nephrologie	NEP1	151	88%				
	URO1	1 809	89%				
Urologie	URO1.1	231	88%				
	URO1.1.1	130	85%				
Pneumologie	PNE1	506	89%				
Thoraxchirurgie	THO1.1	55	95%				
	BEW1	1 730	79%				
	BEW2	460	80%				
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW3	288	84%				
	BEW5	669	68%				
	BEW6	857	74%				

gen aus dem Ausland hat die GDZH die MFZ in der Folge angepasst und zusätzlich MFZ pro Operateur eingeführt. Laut GDK sollen die Anforderungen an die MFZ schweizweit möglichst einheitlich gehandhabt werden - die Kantone können jedoch von den Anforderungen an spezifische Leistungen abweichen. Tabelle T 3.8 zeigt die von der GDZH definierten MFZ für 29 SPLG gemäss der SPLG-Systematik, die als Grundlage für die Spitalplanung 2023 der GDZH diente. Diese Zahl liegt je nach Leistungsgruppe zwischen 10 und 500. Leistungserbringer mit Fallzahlen unterhalb der von der GDZH definierten MFZ sind orange markiert, wenn sie über einen Leistungsauftrag in der betreffenden SPLG verfügen, und grau, wenn nicht.

Bei der Interpretation sind folgende zwei Aspekte zu beachten:

- Die Mindestfallzahl-Zählweise unterscheidet sich von der Zählweise der Anzahl Fälle, weil Mehrfachbehandlungen am gleichen Patienten einzeln gezählt werden. Das bedeutet, dass ein Fall in mehreren SPLG MFZ-relevant sein kann. Als Referenz werden die von der GDZH definierten MFZ verwendet. Diese entsprechen nicht notwendigerweise den MFZ, die im Kanton Luzern für die Erteilung von Leistungsaufträgen massgebend für die neue Planung sein werden.
- Fallzahlen unterhalb der gemäss SPLG-Systematik festgelegten MFZ sind nicht zwingend Grund für eine Sanktion (GDK, 2022a). Die Analyse der MFZ, zusammen mit den Ergebnissen von Qualitätsmessungen, sind ein Indikator für die bestehende Expertise in einem Spital. Dementsprechend stützen sich in der Regel Mindestfallzahlen auf die erbrachten Leistungen. Sie stellen hingegen keine Auflage für die zu erbringende Anzahl Fälle dar.
- Bei Standorten mit nur einzelnen Fällen ist ausserdem zu beachten, dass für die Kodierung in der MS der Standort der Entlassung aus dem Krankenhaus ausschlaggebend ist. Dies ist nicht notwendigerweise der Ort, an dem alle Eingriffe während des Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden.

T 3.8 Fallzahlen in SPLG mit Mindestfallzahlen (MFZ) nach Leistungserbringer, 2021

SPLG	MFZ GDZH	Kantonale Listenspitäler						Ausserkantonale Listenspitäler								
		Hirslanden Klinik Meggen	Hirslanden Klinik St. Anna Luzern	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Luzerner Kantonsspital, Sursee	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	Kantonsspital Aarau	Inselspital (Universitätsspital), Bern	Universitätsspital Basel	Kantonsspital Nidwalden	Kinderspital Zürich	Klinik Lengg, Zürich	Universitätsklinik Balgrist	Universitätsspital Zürich	
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10	4	30	1	1		60	194	58						101
BEW10	Plexuschirurgie	10	1	4	2			7	62	33		2		9	9	
BEW7.1	Erstprothese Hüfte	50	12	439	141	163	254	32	159	163	235	148			404	62
BEW7.2	Erstprothese Knie	50	19	337	113	122	165	57	91	44	127	130	1		292	
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	100		635	367	2		174	397	634	607	23	12		766	226
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	20		276	109	1		85	103	321	253	12	14		237	129
BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	15		19	40			9	29	124	40		15		32	48
BEW9	Maligne Knochentumore und Weichteilsarkome	10		2	9					17	11		3		15	5
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10		21	46	6	1		42	168	105		1			380
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	1	83	206				155	502	521		14		11	336
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10		25	77				54	104	86					75
GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	20		91	200	2			103	500	212	1	51			444
GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	100		126	234	59	29		188	118	298	11				170
GYNT	Gynäkologische Tumore	20		37	58	21	4		83	171	115	1	1			107
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10			70				46	154	133		30			184
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10							39	144	30		1			76
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100			227		1		428	273			2			326
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10							23				73			
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	10		111	189	14	10		164	243	108					201
KAR1	Kardiologie und Devices	50		120	323	29	17		226	938	703	21	31			635
KAR2	Elektrophysiologie und CRT	100		39	528	17	2		170	1382	909	3	58			661
KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	500		1066	1419	84	64	1	844	4236	2262	52	115			2504
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	10		14	114	2	2		32	290	87		53			232
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10		6	21				9	106	58		42			100
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10			50	1	1		30	97	9		3	456		80
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10			1				16	27				183		38
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	30		23	24	1			48	77	45					46
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10		57	156				170	60	103	11				73
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10		13	49				24	35	36		3			37

Legende: = Fallzahl < MFZ & Spital verfügt über einen Leistungsauftrag des Kantons

= Fallzahl < MFZ & Spital verfügt über **keinen** Leistungsauftrag des Kantons

= Fallzahl ≥ MFZ

Bemerkungen: Dargestellt sind lediglich jene SPLG, für die gemäss SPLG-Systematik SPL23 Mindestfallzahlen definiert sind. Ebenso beschränkt sich die Darstellung auf jene Spitalstandorte, die gemäss Spitalliste über einen Leistungsauftrag des Kantons Luzern verfügen und im betreffenden Jahr Leistungen innerhalb der relevanten SPLG verzeichneten.

Quellen: BFS – MS, KS; Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. März 2016 (Stand: 15. März 2022)

© Obsan 2024

3.1.3 Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme ist eine wichtige Komponente der Spitalplanung, da sie die Koordination zwischen den Kantonen erfordert. Die Analyse der Patientenströme dient, kurz gesagt, dazu, die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen aufzuzeigen, so dass diese in den Planungen entsprechend berücksichtigt werden können. In Tabelle T 3.9 sind verschiedene Indikatoren aufgeführt, mit denen sich die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen.

Generell behandelten Luzerner Spitäler mehrheitlich Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Kanton (Market Share Index von 77,9% im Jahr 2021, vgl. Abbildung G 3.6). Umgekehrt liessen sich auch über 85% der Luzerner Patientinnen und Patienten in einem Spital des Kantons hospitalisieren (Lokalisationsindex von 85,4% im Jahr 2021). Der Market Share Index und Lokalisationsindex sind zwischen 2018–2021 zwar relativ stabil geblieben, beide jedoch in der Tendenz minim abnehmend.

T 3.9 Indikatoren Patientenströme

Indikator	Beschreibung	Formel
Zuwanderung	Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region). Die Zuwanderung ist folglich die absolute Anzahl der nicht im Kanton (in der Region) wohnhaften Patient/innen, die für eine Behandlung in den Kanton (die Region) kommen.	$Z_k =$ Hospitalisierungen im Kanton/Region k von Patient/innen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons bzw. der Region k
Zustrom, %	Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) kommenden Patient/innen an allen Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region).	$Zustrom_k = \frac{Z_k}{H_k}$ $H_k =$ Hospitalisierungen in Standorten im Kanton bzw. in der Region k
Abwanderung	Die Abwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) von Patient/innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons (der Region). Die Abwanderung ist folglich die absolute Anzahl der Patient/innen aus dem Kanton (der Region), die sich ausserhalb des Kantons (der Region) behandeln lassen.	$A_k =$ Hospitalisierungen ausserhalb vom Kanton/Region k von Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton bzw. in der Region k
Abfluss, %	Der Abfluss steht für den Anteil der ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region).	$Abfluss_k = \frac{A_k}{P_k}$ $P_k =$ Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton bzw. in der Region k
Market Share Index (MSI), %	Der Market Share Index zeigt, wie viele der in einem Kanton (oder in einer Region) hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil der Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region) ab, die in einem Spital mit Standort innerhalb des Kantons (der Region) behandelt werden.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - Zustrom_k$
Lokalisationsindex (LI), %	Der Lokalisationsindex ist das Gegenstück zum Abfluss und bezeichnet den Anteil der in einem Kanton (oder in einer Region) wohnhaften Fälle, die im Kanton (in der Region) hospitalisiert werden, an allen Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region). Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton (in der eigenen Wohnregion) hospitalisiert wird und somit im Kanton (in der Region) «bleibt».	$LI_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - Abfluss_k$
Nettowanderung (auch Absolut-Saldo, Huber, 2015)	Die Nettowanderung zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb eines Kantons (einer Region) kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton (der Region) hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist. Ein positiver Wert (>0) bedeutet, dass absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons (der Region) kommen als vom Kanton (von der Region) aus in andere Kantone (Regionen) gehen. Ist der Saldo nahe null, so deutet dies auf einen zahlenmässigen Ausgleich der hineinkommenden und hinausgehenden Flüsse hin.	$Nettowanderung_k = Z_k - A_k$
Exportindex (EI)	Der Exportindex bildet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung. Ein Wert >1 bedeutet, dass netto Fälle «exportiert» werden. Ein Wert <1 hingegen bedeutet, dass netto Fälle «importiert» werden. Diese Kennzahl zeigt, ob ein Kanton ein «Netto-Importeur» oder ein «Netto-Exporteur» ist.	$EI = \frac{A_k}{Z_k}$

Quellen: Huber, 2015; Pellegrini & Luyet, 2012; Matter-Walstra et al., 2006

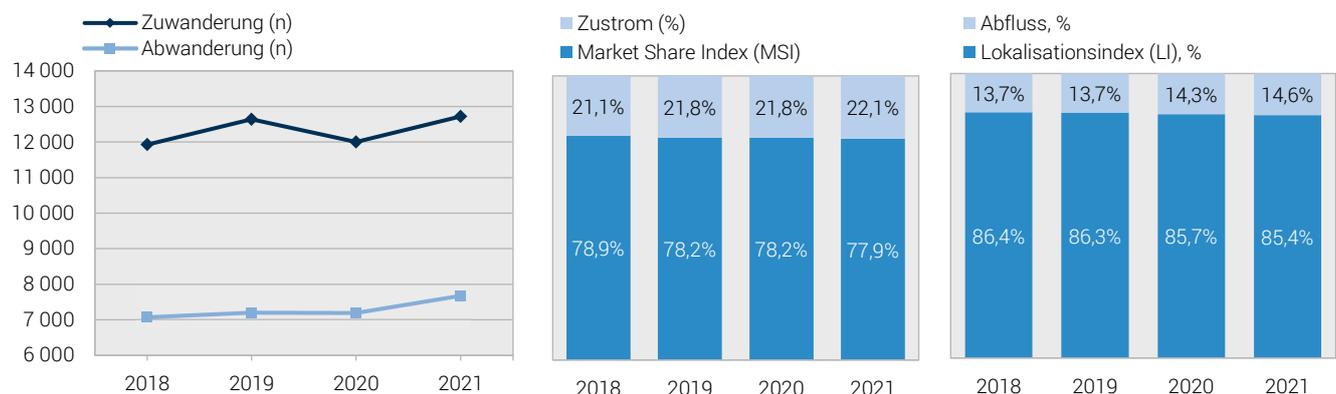
© Obsan 2024

Im Jahr 2021 liessen sich insgesamt 12 721 ausserkantonale Patientinnen und Patienten in einem Spital mit Standort im Kanton Luzern behandeln (Zuwanderung), wohingegen 7661 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern für eine Behandlung ein Spital ausserhalb des Kantons aufsuchten (Abwanderung). Die Differenz aus Zuwanderung und Abwanderung ergibt die Nettowanderung, die sich für den Kanton Luzern auf 5060 Fällen belief. Die Abwanderung ist zwischen 2018 und 2020 relativ stabil geblieben und im Jahr 2021 etwas angestiegen. Bei der Zuwanderung ist zwischen 2018 und 2021 mehr Fluktuation zu beobachten. Das Verhältnis von Abwanderung und Zuwanderung

kann auch anhand des Exportindex (EI) beschrieben werden. Der EI war im Jahr 2021 im Kanton Luzern kleiner als 1, was bedeutet, dass der Kanton ein Importkanton war und somit einen Zuwanderungsüberschuss aufgewiesen hat. Im interkantonalen Vergleich lag der Kanton Luzern an achter Stelle aller Importkantone (vgl. Abbildung G 3.7). Am EI wird deutlich, welche Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen existieren und wie wichtig somit die interkantonale Koordination der kantonalen Spitalplanungen ist.

G 3.6 Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern, 2018–2021

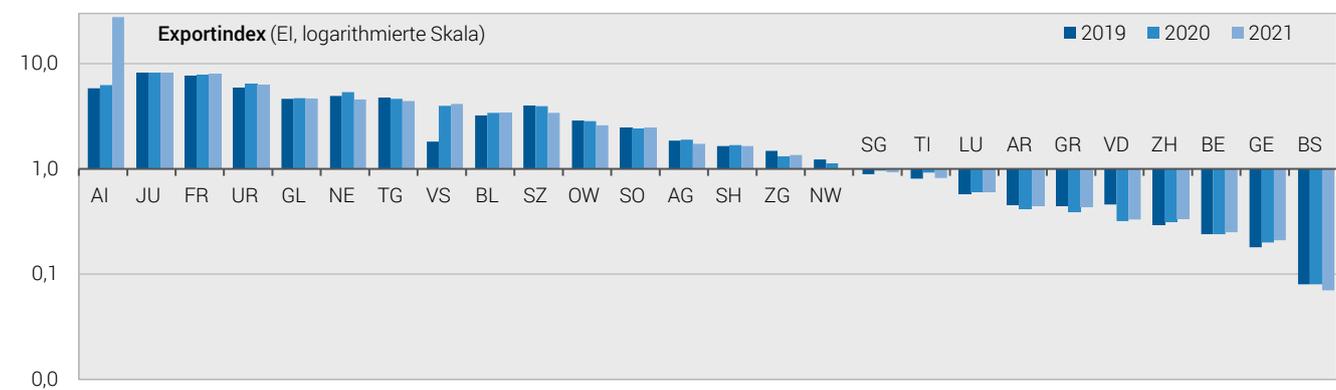
Bereich	Indikator	2018	2019	2020	2021
Import	Zuwanderung	11 926	12 642	12 004	12 721
	Zustrom, %	21,1%	21,8%	21,8%	22,1%
Export	Abwanderung	7 061	7 193	7 179	7 661
	Abfluss, %	13,7%	13,7%	14,3%	14,6%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI), %	86,4%	86,3%	85,7%	85,4%
	Market Share Index (MSI), %	78,9%	78,2%	78,2%	77,9%
	Nettowanderung	4 865	5 449	4 825	5 060
	Exportindex (EI)	0,59	0,57	0,60	0,60



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 3.7 Exportindex nach Kanton, 2018–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.10 Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft, 2018–2021

Herkunft	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% 2021
ZG	2 029	1 956	1 880	2 151		+6%	17%
SZ	1 942	2 025	2 051	2 127		+10%	17%
AG	1 512	1 712	1 608	1 668		+10%	13%
NW	1 648	1 737	1 605	1 542		-6%	12%
OW	1 310	1 373	1 258	1 397		+7%	11%
UR	861	954	929	982		+14%	8%
ZH	599	703	706	743		+24%	6%
TI	505	586	545	505		0%	4%
BE	425	401	400	429		+1%	3%
Ausland	397	449	296	332		-16%	3%
SO	155	176	182	197		+27%	2%
GR	103	136	126	137		+33%	1%
Übrige	440	434	418	511		+16%	4%
Total	11 926	12 642	12 004	12 721		+7%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Zuwanderung und Zustrom

In Tabelle T 3.10 sind die absolute Anzahl (Zuwanderung) und der relative Anteil (Zustrom) ausserkantonalen Patientinnen und Patienten dargestellt. Die meisten zugewanderten Patientinnen und Patienten stammten aus den umliegenden Innerschweizer Kantonen, insbesondere aus den Kantonen Zug (2151 Fälle im Jahr 2021; 17% des Zustroms) und Schwyz (2127 Fälle im Jahr 2021, 17% des Zustroms). Die Zuwanderung aus dem Kanton Graubünden war zwischen 2018 und 2021 prozentual erheblich gestiegen (+33%), wobei diese Patientinnen und Patienten jedoch lediglich 1% des Gesamtzustroms ausmachten. Auch die Zuwanderung aus dem Kanton Zürich ist in dieser Zeitspanne stark gestiegen (+24%). Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Aargau, die 13% des Zustroms ausmachten, verzeichneten 2021 insgesamt 1668 Fälle. Das entspricht 10% mehr als im Jahr 2018. Weiter war ein erheblicher Rückgang von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland (-16%) sowie aus dem Kanton Nidwalden (-6%) festzustellen.

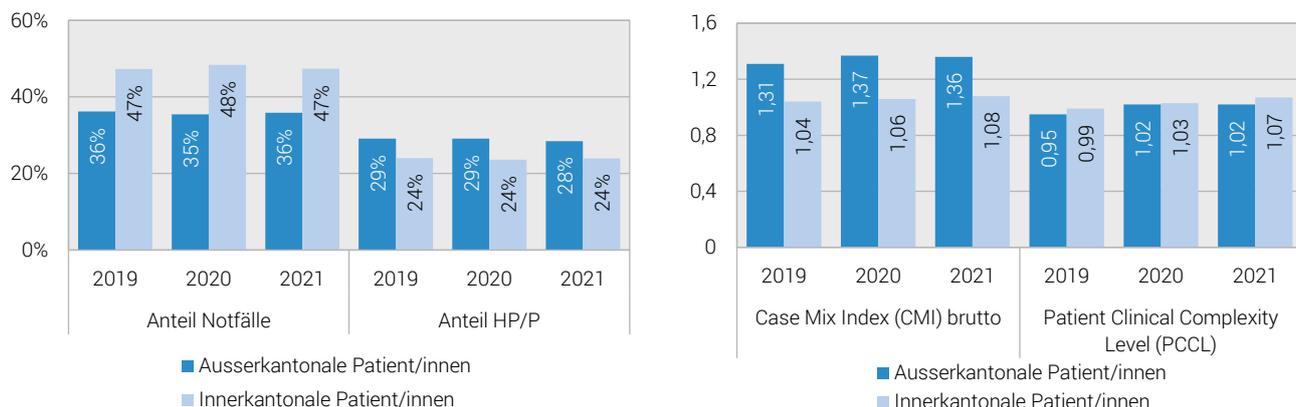
Abbildung G 3.8 zeigt, dass Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern, die im Kanton hospitalisiert werden, häufiger als Notfall eingewiesen wurden als ausserkantonale Patientinnen und Patienten (47% vs. 36%). Dieser Anteil blieb zwischen

2019–2021 stabil. Dahingegen war der Anteil der Patientinnen und Patienten der Liegeklasse halbprivat/privat (HP/P) bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten höher (28%) als bei innerkantonalen Patientinnen und Patienten (24%).

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in einem Luzerner Spital hospitalisiert sind, verzeichneten tendenziell im Durchschnitt einen höheren Case Mix Index (CMI) als innerkantonale Patientinnen und Patienten (durchschnittlicher CMI brutto von 1.36 gegenüber 1.08 im Jahr 2021). Hingegen zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen ausser- und innerkantonalen Patientinnen und Patienten mit Bezug auf den patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL, 2021: 1.02 vs. 1.07). CMI und PCCL waren im Laufe der Zeit relativ stabil.

Aus Tabelle T 3.11 lässt sich ablesen, in welchen Luzerner Spitälern die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Unabhängig vom Herkunftskanton verzeichnet der Standort Luzern des LUKS in absoluten Zahlen die höchste Zuwanderung (6526 im Jahr 2021). Relativ gesehen wiesen das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (52%) und das Kinderspital Luzern (41%) den höchsten Zustrom auf.

G 3.8 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen im Kanton Luzern nach Patientenherkunft, 2019–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.11 Zustrom und Zuwanderung im Kanton Luzern nach Leistungserbringer und Patientenherkunft, 2021

Spital	% Zustrom	Zuwanderung nach Patientenherkunft													
		Anzahl								Anteil					
		ZG	SZ	AG	NW	OW	Übrige	Total	ZG	SZ	AG	NW	OW	Übrige	
Geburtshaus Terra Alta, Oberkirch	21%	54	14	108	2	2	35	215	25%	7%	50%	1%	1%	16%	
Hirslanden Klinik Meggen	26%	16	47	27	17	16	100	223	7%	21%	12%	8%	7%	45%	
Hirslanden Klinik St. Anna Luzern	19%	386	706	235	311	245	740	2 623	15%	27%	9%	12%	9%	28%	
Kinderspital Luzern	41%	563	308	166	194	232	405	1 868	30%	16%	9%	10%	12%	22%	
Luzerner Kantonsspital, Luzern	28%	1 077	1 011	591	976	865	2 006	6 526	17%	15%	9%	15%	13%	31%	
Luzerner Kantonsspital, Sursee	8%	37	13	420	17	10	174	671	6%	2%	63%	3%	1%	26%	
Luzerner Kantonsspital, Wolhusen	6%	13	13	74	17	16	126	259	5%	5%	29%	7%	6%	49%	
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	52%	5	15	47	8	11	250	336	1%	4%	14%	2%	3%	74%	
Total	22%	2 151	2 127	1 668	1 542	1 397	3 836	12 721	17%	17%	13%	12%	11%	30%	

Bemerkung: Der Zustrom zeigt, wie gross der Anteil ausserkantonaler Patient/innen im Verhältnis zum Total der Fälle pro Spital ist. Bei der Zuwanderung werden ausschliesslich die ausserkantonalen Patient/innen betrachtet. Ausgewiesen sind die absolute Anzahl (orange) und die relativen Anteile (grau) ausserkantonaler Patient/innen nach Patientenherkunft.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Der Gesamtzustrom betrug 22%, d.h. ca. ein Fünftel aller in Luzerner Spitälern behandelten Fälle waren auf ausserkantonale Patientinnen und Patienten zurückzuführen (vgl. Tabellen T 3.11 und T 3.12). Seit 2018 hat der Zustrom um 7% zugenommen. Innerhalb der wichtigsten SPLB war der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten in den Bereichen Ophthalmologie (63,4%), Thoraxchirurgie (40,1%) und Schwere Verletzungen (38,3%) besonders hoch. Am tiefsten war der Zustrom für den Bereich Nephrologie (14,3%) und Gastroenterologie (14,5%). Ein rascher Anstieg der Zahl der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten seit 2018 war in den Bereichen und (Radio-)Onkologie (+43%), Hämatologie (+34%) und Endokrinologie (+32%) zu sehen. Eine starke Abnahme hingegen war in den Bereichen Dermatologie (-49%) und Nephrologie (-35%) festzustellen, beide Bereiche weisen allerdings sehr tiefe Fallzahlen auf und die Entwicklungen sind entsprechend mit Vorsicht zu interpretieren.

Abwanderung und Abfluss

Tabelle T 3.13 veranschaulicht die Patientenströme von im Kanton Luzern wohnhaften Patientinnen und Patienten, die in einem anderen Kanton hospitieren wurden. Spitäler in den Kantonen Aargau und Zürich wurden am häufigsten von Luzerner Patientinnen und Patienten aufgesucht (je 20% im Jahr 2021), gefolgt von Bern (15%) und Nidwalden (13%). Zwischen 2018 und 2021 stieg die Abwanderungen in andere Kantone insgesamt um 8%. Die grössten Veränderungen waren mit Bezug auf die Patientenströme in die Kantone Obwalden (+65%), Graubünden (+35%) und Nidwalden (+27%) festzustellen.

T 3.12 Zuwanderung und Zustrom im Kanton Luzern nach SPLB, 2018–2021

Bereich	SPLB	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% Zustrom 2021	
Nervensystem & Sinnesorgane	Basispaket	3'153	3'347	3'029	3'145		0%	16.3%	
	Dermatologie	53	31	30	27		-49%	17.3%	
	Hals-Nasen-Ohren	837	905	706	838		0%	36.7%	
	Neurochirurgie	135	152	144	161		19%	32.9%	
	Neurologie	261	303	262	304		16%	22.3%	
Innere Organe	Ophthalmologie	904	1'029	937	1'046		16%	63.4%	
	Endokrinologie	56	74	57	74		32%	20.2%	
	Gastroenterologie	161	181	197	209		30%	14.5%	
	Viszeralchirurgie	283	303	266	291		3%	25.9%	
	Hämatologie	143	190	204	192		34%	27.5%	
	Gefässe	371	324	368	432		16%	33.6%	
	Herz	885	969	892	912		3%	26.2%	
	Nephrologie	34	40	34	22		-35%	14.3%	
	Urologie	644	649	640	650		1%	24.4%	
	Pneumologie	152	145	111	110		-28%	18.6%	
	Thoraxchirurgie	53	83	80	75		42%	40.1%	
	Transplantationen	0	0	0	0		---	---	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	1'907	1'987	1'927	1'980		4%	24.2%
		Rheumatologie	18	24	24	23		28%	15.8%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	297	265	259	293		-1%	20.3%
Geburtshilfe		678	718	810	836		23%	16.1%	
Neugeborene		662	705	763	797		20%	17.1%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	157	137	175	224		43%	37.8%	
	Schwere Verletzungen	82	81	89	80		-2%	38.3%	
Total	Total	11'926	12'642	12'004	12'721		7%	22.1%	

Bemerkung: Der Zustrom beschreibt den Anteil Hospitalisierungen ausserkantonaler Patient/innen in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.13 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton, 2018–2021

Zielkanton	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% 2021
AG	1 696	1 582	1 603	1 522		-10%	20%
ZH	1 362	1 383	1 340	1 521		+12%	20%
BE	1 112	1 197	1 144	1 179		+6%	15%
NW	772	813	875	980		+27%	13%
ZG	537	557	574	610		+14%	8%
OW	286	414	380	471		+65%	6%
BS	333	268	280	328		-2%	4%
SZ	215	176	242	249		+16%	3%
GR	155	186	170	210		+35%	3%
Übrige	593	617	571	591		-0%	8%
Total	7 061	7 193	7 179	7 661		+8%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

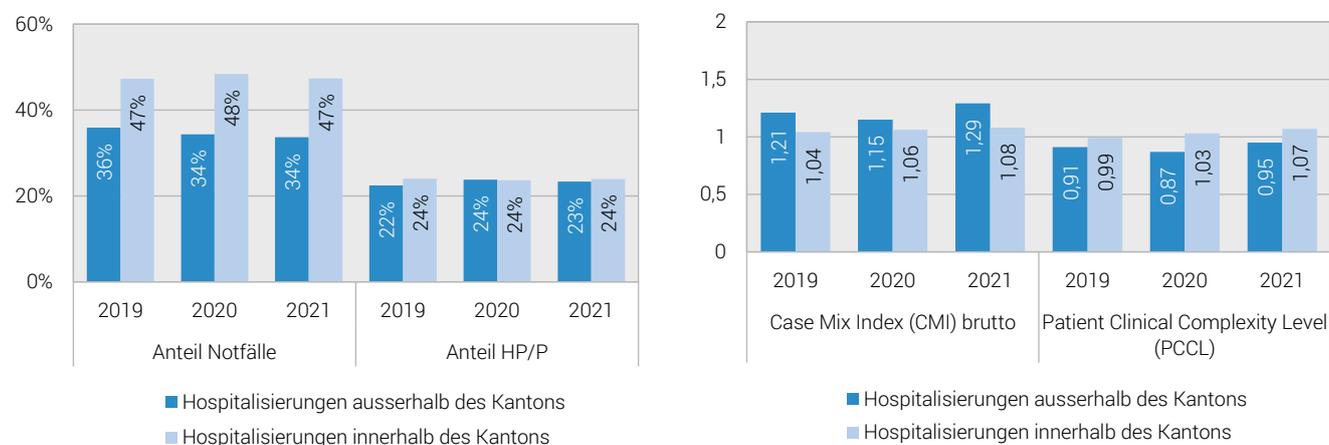
© Obsan 2024

Abbildung G 3.9 zeigt, dass sich das Profil der Luzerner Patientinnen und Patienten, die den Kanton verlassen hatten, um sich stationär behandeln zu lassen, in mehreren Aspekten von dem der Patientinnen und Patienten, die im Kanton bleiben, unterscheidet. So war der Anteil der Notfalleintritte ausserhalb des Kantons geringer (34% im Jahr 2021) als innerhalb des Kantons (47%). Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Spitälern ausserhalb des Kantons kennzeichneten sich durch einen höheren CMI (durchschnittlicher CMI von 1.29 gegenüber 1.08 im Jahr 2021), wiesen allerdings einen niedrigeren patientenbezogenen Gesamtschweregrad auf als Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten innerhalb des Kantons (PCCL von

0.95 gegenüber 1.07 im Jahr 2021). Keine wesentlichen Unterschiede gab es in Bezug auf die Liegeklasse.

Im Jahr 2021 liessen sich 14,6% der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern ausserhalb des Kantons hospitalisieren, was 7661 Spitalaufenthalten entspricht (vgl. Tabelle T 3.14). Mit einem Wachstum der Abwanderung von 8% seit 2018 stieg die Zahl der ausserkantonalen Hospitalisierungen stärker an als die Gesamtzahl der Hospitalisierungen (+1,5%). Der Anteil ausserkantonaler Behandlungen (Abfluss) war in der Dermatologie am grössten (23,7% im Jahr 2021). Absolut betrachtet und mit Ausnahme des Basispakets, war die Abwanderung im Bereich Bewegungsapparat chirurgisch am bedeutendsten (1684 Fälle im Jahr 2021).

G 3.9 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Ort der Behandlung, 2019–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.14 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach SPLB, 2018–2021

Bereich	SPLB	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% Abfluss 2021	
	Basispaket	2 282	2 273	2 211	2 436		7%	13,1%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	25	31	38	40		60%	23,7%	
	Hals-Nasen-Ohren	278	375	347	389		40%	21,2%	
	Neurochirurgie	75	104	64	82		9%	20,0%	
	Neurologie	149	186	185	214		44%	16,8%	
	Ophthalmologie	33	34	34	34		3%	5,3%	
Innere Organe	Endokrinologie	13	23	20	17		31%	5,5%	
	Gastroenterologie	111	113	113	148		33%	10,7%	
	Viszeralchirurgie	151	183	153	198		31%	19,2%	
	Hämatologie	120	93	80	95		-21%	15,8%	
	Gefässe	87	88	95	88		1%	9,4%	
	Herz	307	298	298	390		27%	13,2%	
	Nephrologie	18	6	12	19		6%	12,6%	
	Urologie	355	379	338	265		-25%	11,6%	
	Pneumologie	110	113	89	98		-11%	16,9%	
	Thoraxchirurgie	10	14	11	6		-40%	5,1%	
	Transplantationen	28	17	19	27		---	* *	
	Bewegungs- apparat	Bewegungsapparat chirurgisch	1 555	1 529	1 677	1 684		8%	21,3%
		Rheumatologie	24	18	24	28		17%	18,5%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	214	229	199	175		-18%	13,2%
Geburtshilfe		542	519	568	606		12%	12,2%	
Neugeborene		481	480	511	519		8%	11,8%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	69	67	64	70		1%	15,9%	
	Schwere Verletzungen	24	21	29	33		38%	20,4%	
Total	Total	7 061	7 193	7 179	7 661		8%	14,6%	

Bemerkung: Der Abfluss beschreibt den Anteil Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern, die in Spitälern mit Standort ausserhalb des Kantons behandelt wurden.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Nettowanderung

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

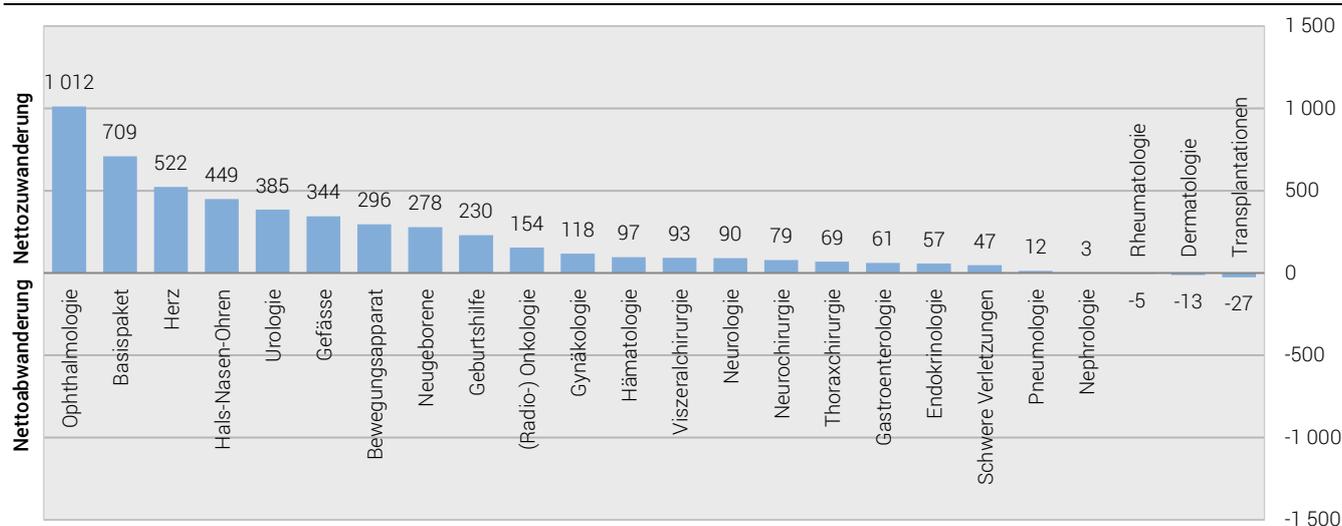
3.1.4 Analysen auf Ebene Luzerner Wahlkreise

Tabelle T 3.15 enthält Indikatoren zu den Patientenströmen auf Ebene Wahlkreis. Am höchsten war die Zuwanderung in Luzern-Stadt (33 433 Fälle), gefolgt von Sursee (5428 Fälle). Der relative Zustrom war in Luzern-Stadt ebenfalls am grössten (79,3%), gefolgt von Luzern-Land (73,1%). Luzern-Land wies aber auch die höchste absolute Abwanderung auf (13 049), gefolgt von Hochdorf (9572). Da es in den Regionen Willisau und Hochdorf keinen Spitalstandort gab, betrug der Abfluss 100%. Weiter wies Luzern-Stadt den höchsten Lokalisationsindex (LI)¹⁴ auf (82,5%) und Sursee den höchsten Market Share Index (MSI)¹⁵ (45,3%). Der LI für den Wahlkreis Luzern-Land war mit 1,7% tief, entsprechend war

auch der Exportindex hoch (21,11). Das ist nicht weiter überraschend, da sich mit der Hirslanden Klinik Meggen nur ein vergleichsweise kleines Spital (845 Fälle im Jahr 2021) in dieser Region befindet. Die Nettowanderung war in Luzern-Stadt deutlich am grössten (31 581).

In Abbildung G 3.11 sind spezifisch noch der LI und die Patientenströme nach Wahlkreis dargestellt. Auch hier wird ersichtlich, dass die grosse Mehrheit, der im Wahlkreis Luzern-Stadt wohnhaften Patientinnen und Patienten, auch in ihrem Wahlkreis (Hirslanden Klinik St. Anna, LUKS Luzern und Kinderspital Luzern) hospitalisiert wurden (LI: 82,5%). Mit einem LI von 55,6% war auch im Wahlkreis Entlebuch der Anteil der innerhalb der Wohnregion (LUKS Wolhusen) behandelten Patientinnen und Patienten erheblich, ebenso in der Region Sursee (LI: 50,1%), in der das Schweizer Paraplegiker-Zentrum, das LUKS Sursee sowie das Geburtshaus Terra Alta ihren Standort haben. Die Zuwanderung in den Wahlkreis Luzern-Stadt erfolgte aus praktisch allen Wahlkreisen, insbesondere jedoch aus den Wahlkreisen Luzern-Land und Hochdorf. In den Wahlkreis Entlebuch waren vorwiegend Patientenströme aus den Wahlkreisen Willisau und Sursee auszumachen. Im Wahlkreis Sursee wurden insbesondere auch Personen aus den Wahlkreisen Hochdorf und Willisau behandelt.

G 3.10 Nettowanderung für den Kanton Luzern nach SPLB, 2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

¹⁴ Der Lokalisationsindex bezeichnet den Anteil, der in der Region wohnhaften Fälle, die in der gleichen Region hospitalisiert sind, an allen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Region.

¹⁵ Der Market Share Index zeigt, wie viele der in der Region hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind. Er bildet damit den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Region ab, die in einem Spital mit Standort in derselben Region behandelt werden.

T 3.15 Indikatoren zu den Patientenströmen der Luzerner Regionen, 2021

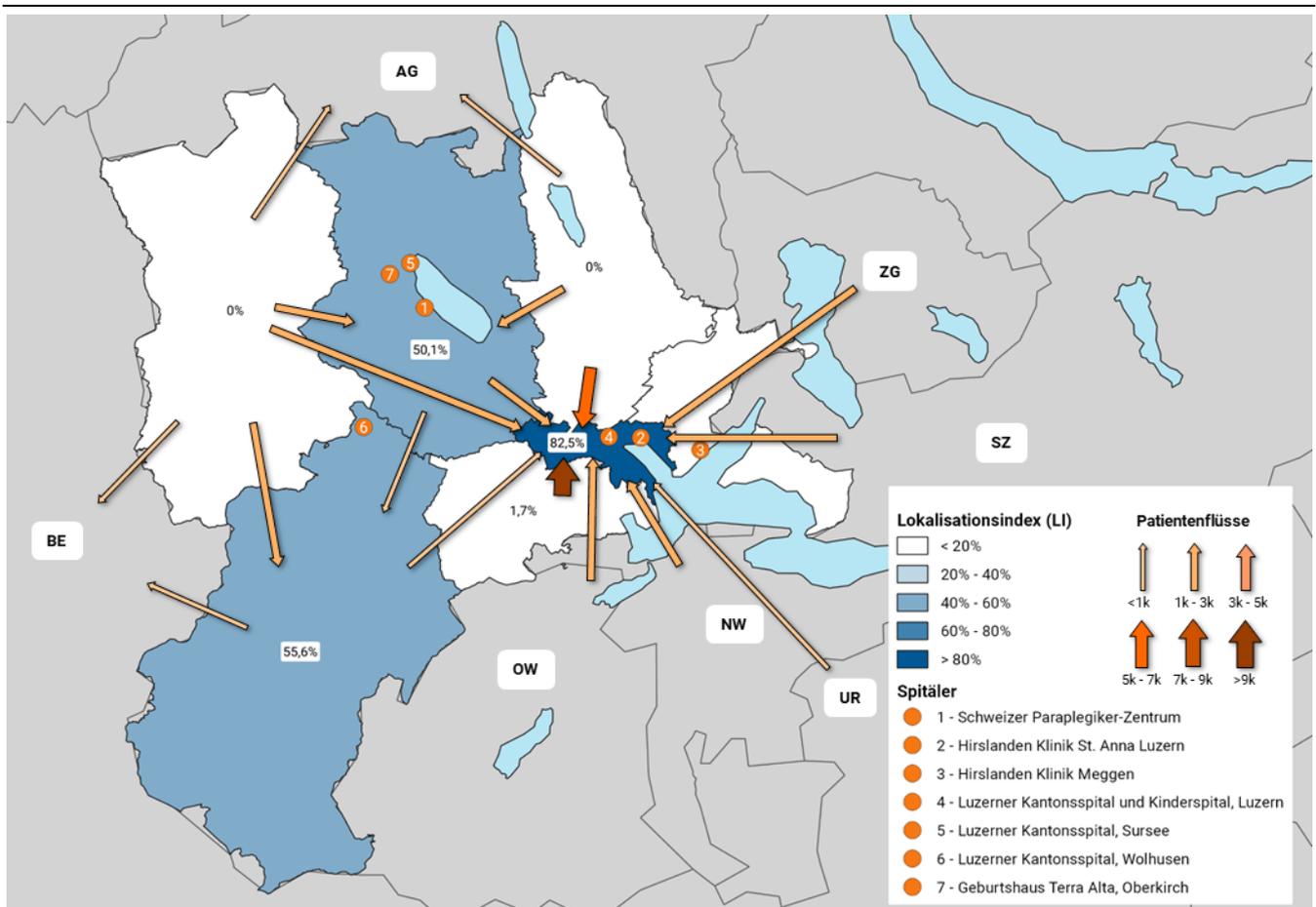
	Entlebuch	Willisau	Sursee	Luzern-Land	Luzern-Stadt	Hochdorf
Zuwanderung	2 957	0	5 428	618	33 433	0
Zustrom, %	63,3%	.	54,7%	73,1%	79,3%	.
Abwanderung	1 369	7 053	4 481	13 049	1 852	9 572
Abfluss, %	44,4%	100,0%	49,9%	98,3%	17,5%	100,0%
Lokalisationsindex (LI), %	55,6%	0,0%	50,1%	1,7%	82,5%	0,0%
Market Share Index (MSI), %	36,7%	.	45,3%	26,9%	20,7%	.
Nettowanderung	1 588	-7 053	947	-12 431	31 581	-9 572
Exportindex (EI)	0,46	.	0,83	21,11	0,06	.

Bemerkung: Wenn die Zuwanderung null ist, können der Zustrom, der Market Share Index und der Exportindex nicht berechnet werden.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 3.11 Lokalisationsindex und Patientenströme nach Luzerner Regionen



Bemerkung: Die Pfeile stellen Patientenströme dar. Die Dicke der Pfeile spiegelt die Anzahl an Patient/innen (in absoluten Zahlen) wider. Dargestellt sind Patientenströme in andere Regionen, die mindestens 5% der Patienten in der Herkunftsregion bzw. in dem Herkunfts-kanton umfassen. Der Referenzpunkt ist somit das Patientenkollektiv aus der Herkunftsregion bzw. aus dem Herkunfts-kanton. Die Abwanderung zeigt die Bedeutung der Zielregion für die Sicherstellung der Versorgung in der Herkunftsregion bzw. in dem Herkunfts-kanton auf.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

3.2 Bedarfsprognose

Kapitel 3.2 enthält die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs. Mit Bezug auf den gesetzlichen Auftrag der Kantone gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV beziehen sich die Prognosen auf den Bedarf der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern. Ziel ist es, eine zuverlässige Schätzung des künftigen Leistungsbedarfs zu erhalten. Dazu berücksichtigt der Kanton insbesondere die relevanten Einflussfaktoren, wie dies in Art. 58b Abs. 1 KVV vorgesehen ist. Die Bedarfsprognosen bilden die Grundlage für die neue kantonale Planung und wurden mit dem im Kapitel 2.4 (auf Seite 17) beschriebenen Prognosemodell berechnet. Als Ausgangspunkt dienen die Daten der MS für das Referenzjahr 2021. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis zum Jahr 2035 (Prognosehorizont).

Die Einflussfaktoren werden bei der Bedarfsschätzung in Form von drei Prognoseszenarien berücksichtigt. Im Mittelpunkt der Bedarfsprognose steht das Basisszenario, das das plausibelste Szenario darstellt. Das minimale bzw. das maximale Szenario stellen die Bandbreite der möglichen Entwicklungen dar. Das Minimalszenario kombiniert Annahmen und Szenarien zu den Einflussfaktoren, die zu einer relativ niedrigen Bedarfsschätzung führen, während das Maximalszenario die Obergrenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen angibt. Alle Einflussfaktoren wurden in Kapitel 2.4 ausführlich beschrieben, die Definition der relevanten Parameter für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs der Luzerner Wohnbevölkerung sind in Kasten K 3.1 zusammengefasst.

K 3.1 Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Akutsomatik

		3 Szenarien			
		Min	Basis	Max	
Einflussfaktoren	Demographie	BFS tief	BFS Referenz	BFS hoch	Fälle
	Angleichung Hospitalisierungsraten	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 75%.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 50%.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt	
	Epidemiologie	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung	
	Medizintechnik	Hüft- und Knierevisionen (BEW): Keine Veränderung Neurologie (NEU): Keine Verlagerung	Hüft- und Knierevisionen (BEW): Revisionen Hüft- (BEW7.1.1) u. Knieprothesen (BEW7.2.1): Durchschnittlicher Anstieg der Revisionen gemäss Studien der GDZH zu medizinischen Entwicklungen. Neurologie (NEU): Keine Verlagerung	Hüft- und Knierevisionen (BEW): Ein um 50% stärkerer Anstieg der Revisionen Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Knieprothesen (BEW7.2.1.) als im Basisszenario erwartet. Neurologie (NEU): Verlagerung der Fälle aus der SPLG NEU3 in die spezialisierte SPLG NEU3.1, so dass im Jahr 2032 30% der Fälle in der SPLG NEU3.1 behandelt werden (gemäss Studien der GDZH zu medizinischen Entwicklungen)	
	Ambulantisierung (Verlagerung)	75% des Verlagerungspotentials gemäss der BAG Liste (Anhang 1a der KLV per 1.1.2023) werden bis 2030 durch ambulante Behandlungen substituiert	50% des Verlagerungspotentials gemäss der BAG Liste (Anhang 1a der KLV per 1.1.2023) werden bis 2030 durch ambulante Behandlungen substituiert	10% des Verlagerungspotentials gemäss der BAG Liste (Anhang 1a der KLV per 1.1.2023) werden bis 2030 durch ambulante Behandlungen substituiert	
	Übrige	Anpassung der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen im SPLB «Geburtshilfe» an die Prognose im SPLB «Neugeborene».			
	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro SPLG	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro SPLG	Kantonal – Grundlage für die Prognose bildet die MAHD der Luzerner Kantonsbevölkerung (Referenz)	Tage

3.2.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

In diesem Kapitel wird der prognostizierte Leistungsbedarf für das Jahr 2035 dargestellt. Dabei handelt es sich um den Bedarf, der alle Einflussfaktoren gleichzeitig und in Kombination berücksichtigt. Die isolierten Auswirkungen der einzelnen Faktoren werden in Kapitel 3.2.2 beschrieben.

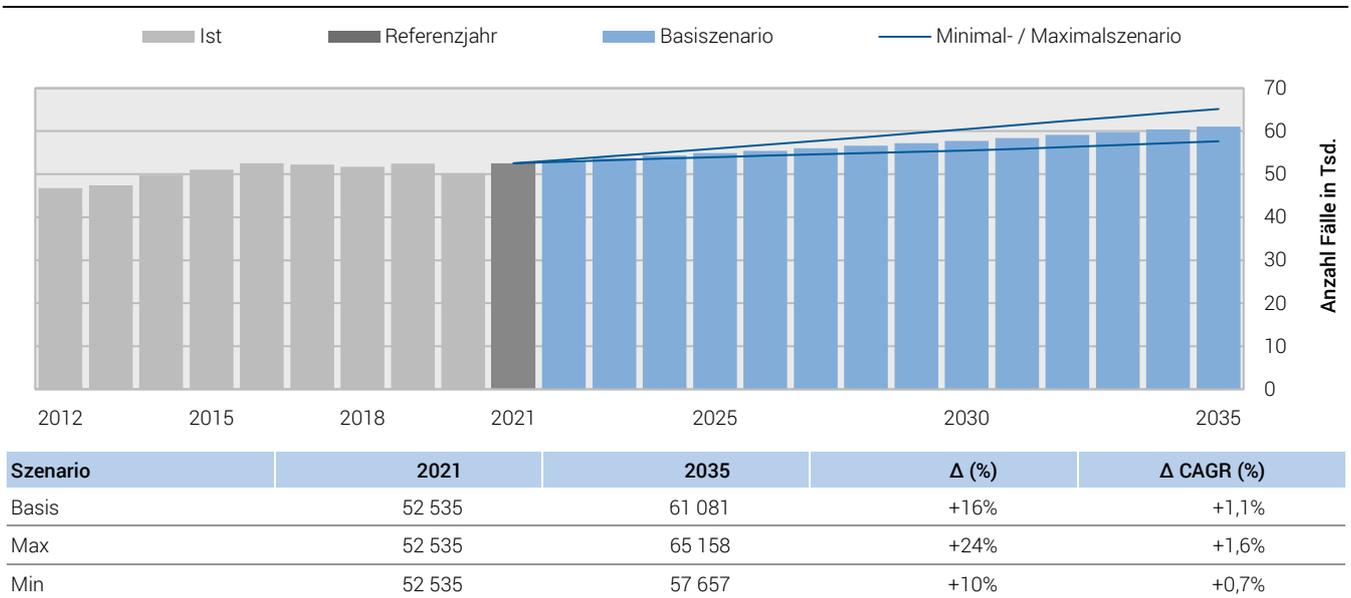
Prognostizierte Fälle 2035

Abbildung G 3.12 zeigt die erwartete Entwicklung des Versorgungsbedarfs mit Bezug auf die unterschiedlichen Prognoseszenarien. Ausgehend von den 52 535 Spitalaufenthalten von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern im Referenzjahr 2021 wird im Basisszenario ein Anstieg um +16% auf 61 081 Fälle

im Jahr 2035 prognostiziert. Dieser Anstieg entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von +1,1% (CAGR). Auch das Minimalszenario (+10%) und das Maximalszenario (+24%) gehen von einem Anstieg der akutstationären Fallzahlen bis 2035 aus.

In Tabelle T 3.16 ist die Aufschlüsselung der Bedarfsprognose nach Leistungsbereich (SPLB) dargestellt. Mit Ausnahme der Bereiche Ophthalmologie, Geburtshilfe und Neugeborene wird im Basisszenario innerhalb des Prognosezeitraums für sämtliche SPLB eine Zunahme des Versorgungsbedarfs erwartet, mit der höchsten Zunahme in den SPLB Gastroenterologie (+32%), Rheumatologie (+32%) und Nephrologie (+31%). Im Basisszenario wird auch für die SPLB Neurologie (+28%), Pneumologie (+28%), Endokrinologie (+26%), Hämatologie (+25%) und Schwere Verletzungen (+25%) eine Zunahme von über 25% prognostiziert.

G 3.12 Entwicklung der Fallzahlen, 2012–2035



Bemerkungen: CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

T 3.16 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach SPLB und Prognoseszenario, 2035

Bereich	SPLB	Referenz	Min		Basis		Max		
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
	Basispaket	18 532	22 026	+19%	22 886	+23%	23 792	+28%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	169	181	+7%	196	+16%	220	+30%	
	Hals-Nasen-Ohren	1 833	1 883	+3%	1 970	+7%	2 084	+14%	
	Neurochirurgie	411	426	+4%	451	+10%	491	+19%	
	Neurologie	1 275	1 568	+23%	1 630	+28%	1 704	+34%	
	Ophthalmologie	638	499	-22%	616	-3%	822	+29%	
Innere Organe	Endokrinologie	309	369	+19%	388	+26%	414	+34%	
	Gastroenterologie	1 382	1 782	+29%	1 829	+32%	1 874	+36%	
	Viszeralchirurgie	1 029	1 205	+17%	1 238	+20%	1 274	+24%	
	Hämatologie	601	728	+21%	753	+25%	783	+30%	
	Gefässe	941	883	-6%	1 033	+10%	1 279	+36%	
	Herz	2 953	3 012	+2%	3 345	+13%	3 899	+32%	
	Nephrologie	151	194	+28%	198	+31%	202	+34%	
	Urologie	2 282	2 709	+19%	2 797	+23%	2 901	+27%	
	Pneumologie	580	722	+24%	740	+28%	759	+31%	
	Thoraxchirurgie	118	137	+16%	142	+20%	151	+28%	
	Transplantationen	27	27	0%	28	+4%	29	+7%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	7 889	8 629	+9%	9 206	+17%	9 832	+25%
		Rheumatologie	151	193	+28%	199	+32%	204	+35%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 324	1 408	+6%	1 458	+10%	1 516	+15%
Geburtshilfe		4 956	4 455	-10%	4 919	-1%	5 398	+9%	
Neugeborene		4 383	3 943	-10%	4 352	-1%	4 774	+9%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	439	481	+10%	507	+15%	550	+25%	
	Schwere Verletzungen	162	196	+21%	202	+25%	208	+28%	
Total		52 535	57 657	+10%	61 081	+16%	65 158	+24%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

Prognostizierte Pflegetage 2035

In Tabelle T 3.17 sind schliesslich noch die prognostizierten Pflegetage für das Jahr 2035 enthalten. Im Basisszenario fällt die relative Zunahme der Pflegetage (+12%) etwas geringer aus als die Zunahme der Fallzahlen (+16%). Bedingt wird dieser Unterschied durch die angenommene Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauern (MAHD). Im Maximalszenario hingegen steigen die Pflegetage um +26% und somit nur leicht stärker als die Fallzahlen (+24%). Im Minimalszenario wird eine Zunahme der Pflegetage um 6% prognostiziert.

3.2.2 Effekte einzelner Einflussfaktoren

In diesem Kapitel werden die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren separat betrachtet. Während aufgrund der demografischen Entwicklungen grundsätzlich eine Zunahme der künftigen Fallzahlen zu erwarten ist, bewirken die Verlagerung in den ambulanten Bereich tendenziell eine Reduktion der stationären Leistungen in der Akutsomatik. Die medizinisch-technischen

und epidemiologischen Entwicklungen können sowohl erhöhend wie auch mindernd auf die Fallzahlen wirken.

Effekte der demografischen Entwicklung

Tabelle T 3.18 zeigt den prognostizierten Leistungsbedarf ausgehend von den demografischen Entwicklungen, wie vom BFS in drei Szenarien prognostiziert (tief, Referenz und hoch). Betrachtet man ausschliesslich die Effekte aufgrund der Demografie wird im Basisszenario, welches sich auf das Referenzszenario des BFS stützt, bis 2035 eine Zunahme des Leistungsbedarfs um +19% prognostiziert. Im Minimalszenario ergibt sich infolge der demografischen Entwicklungen eine prognostizierte Zunahme von +15% und im Maximalszenario von +23%. Tabelle T 3.18 zeigt die zentrale Bedeutung der demografischen Entwicklungen für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs. Sowohl das erwartete Bevölkerungswachstum als auch die demografische Alterung führen zu einem wesentlichen Anstieg der prognostizierten Fallzahlen.

T 3.17 Prognostizierte Pflegetage nach SPLB und Prognoseszenario, 2035

Bereich	SPLB	Referenz	Min		Basis		Max		
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
	Basispaket	86 443	97 500	+13%	100 995	+17%	111 114	+29%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	1 062	1 053	-1%	1 131	+6%	1 427	+34%	
	Hals-Nasen-Ohren	6 001	5 257	-12%	5 508	-8%	6 877	+15%	
	Neurochirurgie	3 749	3 865	+3%	4 100	+9%	4 483	+20%	
	Neurologie	7 780	8 337	+7%	8 667	+11%	11 496	+48%	
	Ophthalmologie	1 429	1 010	-29%	1 230	-14%	1 846	+29%	
Innere Organe	Endokrinologie	2 348	2 804	+19%	2 947	+26%	3 149	+34%	
	Gastroenterologie	9 659	12 453	+29%	12 782	+32%	13 098	+36%	
	Viszeralchirurgie	11 182	12 089	+8%	12 381	+11%	14 105	+26%	
	Hämatologie	5 901	6 487	+10%	6 772	+15%	7 408	+26%	
	Gefässe	7 237	8 167	+13%	9 069	+25%	10 187	+41%	
	Herz	14 803	15 941	+8%	17 303	+17%	19 640	+33%	
	Nephrologie	1 352	1 741	+29%	1 774	+31%	1 805	+34%	
	Urologie	8 922	10 120	+13%	10 427	+17%	11 337	+27%	
	Pneumologie	5 360	6 559	+22%	6 741	+26%	7 019	+31%	
	Thoraxchirurgie	992	1 128	+14%	1 168	+18%	1 270	+28%	
	Transplantationen	666	593	-11%	612	-8%	638	-4%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	42 512	44 082	+4%	47 489	+12%	55 087	+30%
		Rheumatologie	898	1 096	+22%	1 128	+26%	1 214	+35%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	4 333	4 159	-4%	4 284	-1%	4 993	+15%	
	Geburtshilfe	18 586	15 995	-14%	17 653	-5%	20 239	+9%	
	Neugeborene	18 958	14 855	-22%	16 393	-14%	20 651	+9%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	2 718	3 115	+15%	3 228	+19%	3 387	+25%	
	Schwere Verletzungen	1 901	1 791	-6%	1 847	-3%	2 392	+26%	
Total		264 792	280 196	+6%	295 629	+12%	334 862	+26%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

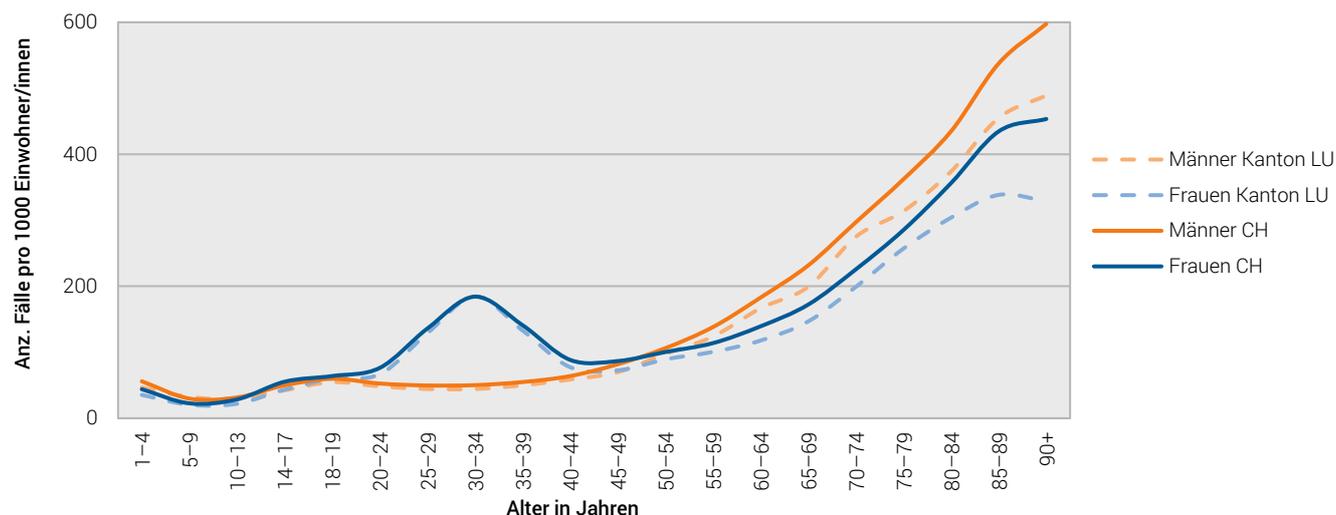
T 3.18 Effekt der demografischen Entwicklung auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und SPLB, 2035

Bereich	SPLB	Referenz	Min			Basis			Max	
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)		
	Basispaket	18 532	22 318	+20%	23 085	+25%	23 833	+29%		
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	169	209	+24%	214	+27%	220	+30%		
	Hals-Nasen-Ohren	1 833	1 961	+7%	2 024	+10%	2 087	+14%		
	Neurochirurgie	411	470	+14%	482	+17%	495	+20%		
	Neurologie	1 275	1 611	+26%	1 660	+30%	1 706	+34%		
	Ophthalmologie	638	807	+26%	824	+29%	841	+32%		
Innere Organe	Endokrinologie	309	392	+27%	403	+30%	414	+34%		
	Gastroenterologie	1 382	1 783	+29%	1 830	+32%	1 874	+36%		
	Viszeralchirurgie	1 029	1 220	+19%	1 248	+21%	1 276	+24%		
	Hämatologie	601	742	+23%	763	+27%	783	+30%		
	Gefässe	941	1 262	+34%	1 293	+37%	1 323	+41%		
	Herz	2 953	3 802	+29%	3 880	+31%	3 957	+34%		
	Nephrologie	151	194	+28%	198	+31%	202	+34%		
	Urologie	2 282	2 774	+22%	2 842	+25%	2 909	+27%		
	Pneumologie	580	725	+25%	742	+28%	759	+31%		
	Thoraxchirurgie	118	146	+24%	148	+25%	151	+28%		
	Transplantationen	27	28	+4%	29	+7%	30	+11%		
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat	7 889	9 208	+17%	9 413	+19%	9 611	+22%	
		Rheumatologie	151	193	+28%	199	+32%	204	+35%	
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 324	1 453	+10%	1 488	+12%	1 522	+15%	
		Geburtshilfe	4 956	4 466	-10%	4 671	-6%	4 878	-2%	
Neugeborene		4 383	3 943	-10%	4 352	-1%	4 774	+9%		
Übrige	(Radio-) Onkologie	439	526	+20%	538	+23%	550	+25%		
	Schwere Verletzungen	162	197	+22%	203	+25%	208	+28%		
Total		52 535	60 428	+15%	62 528	+19%	64 606	+23%		

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

G 3.13 Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Altersgruppe, 2021



Bemerkung: Weil die Altersgruppe der Kinder unter 1 Jahr auch die (gesunden) Neugeborenen enthält und die Neugeborenen für die Prognose des künftigen Bedarfs von wesentlichem Interesse sind, wird die Hospitalisierungsrate dieser Altersgruppe separat berechnet. In der Grafik ist diese Rate nicht ausgewiesen. Wegen der Neugeborenen ist die Rate für diese Altersgruppe sehr hoch und würde die Lesbarkeit der Grafik erschweren.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

T 3.19 Effekt aufgrund der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und SPLB, 2021–2035

Bereich	SPLB	Referenz	Min		Basis		
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
	Basispaket	18 532	18 532	0,0%	18 532	0,0%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	169	149	-11,8%	156	-7,7%	
	Hals-Nasen-Ohren	1 833	1 755	-4,3%	1 780	-2,9%	
	Neurochirurgie	411	366	-10,9%	380	-7,5%	
	Neurologie	1 275	1 240	-2,7%	1 252	-1,8%	
	Ophthalmologie	638	511	-19,9%	553	-13,3%	
Innere Organe	Endokrinologie	309	290	-6,1%	296	-4,2%	
	Gastroenterologie	1 382	1 382	0,0%	1 382	0,0%	
	Viszeralchirurgie	1 029	1 025	-0,4%	1 027	-0,2%	
	Hämatologie	601	589	-2,0%	593	-1,3%	
	Gefässe	941	904	-3,9%	916	-2,7%	
	Herz	2 953	2 684	-9,1%	2 773	-6,1%	
	Nephrologie	151	151	0,0%	151	0,0%	
	Urologie	2 282	2 275	-0,3%	2 277	-0,2%	
	Pneumologie	580	577	-0,5%	578	-0,3%	
	Thoraxchirurgie	118	112	-5,1%	114	-3,4%	
	Transplantationen	27	25	-7,4%	25	-7,4%	
	Bewegungs- apparat	Bewegungsapparat chir.	7 889	7 813	-1,0%	7 838	-0,6%
		Rheumatologie	151	151	0,0%	151	0,0%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 324	1 324	0,0%	1 324	0,0%
		Geburtshilfe	4 956	4 956	0,0%	4 956	0,0%
Neugeborene		4 383	4 383	0,0%	4 383	0,0%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	439	409	-6,8%	419	-4,6%	
	Schwere Verletzungen	162	162	0,0%	162	0,0%	
Total		52 535	51 764	-1,5%	52 019	-1,0%	

Bemerkung: Das Maximalszenario geht von keiner Angleichung der Hospitalisierungsraten aus und ist deshalb hier nicht dargestellt.

Quellen: BFS - MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten

Abbildung G 3.13 zeigt den Vergleich der Hospitalisierungsraten für die Luzerner Wohnbevölkerung und die gesamte Schweiz in der Akutsomatik. Der Kanton Luzern verzeichnet generell niedrigere Hospitalisierungsraten als für die Schweiz insgesamt zu beobachten sind. Mit zunehmendem Alter, insbesondere ab Alter 80, wird der Unterschied zwischen der Luzerner Bevölkerung und der Schweizer Bevölkerung grösser. Bis circa zum Alter von 20 Jahren sowie zwischen 45 und 55 Jahren sind die Hospitalisierungsraten von Frauen und Männern sehr ähnlich. Zwischen 25 und 44 Jahren ist die Rate bei Frauen höher als bei Männern, was auf die Leistungen im Zusammenhang mit stationären Geburten zurückzuführen ist. Ab ca. 60 Jahren ist die Häufigkeit stationärer Behandlungen bei Männern deutlich höher als bei Frauen.

In Tabelle T 3.19 sind die isolierten Effekte aufgrund der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf die Fallzahlen 2035 dargestellt. Im Minimal- und im Basisszenario wird eine Angleichung

der Luzerner an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten um 75% respektive 50% angenommen, insofern die Luzerner Rate einer entsprechenden SPLG im Referenzjahr über der gesamtschweizerischen Rate liegt. Im Minimalszenario ergibt sich eine Abnahme des prognostizierten Leistungsbedarfs um -1,5%. Am stärksten sind die Effekte in den SPLB Ophthalmologie (-19,9%), Dermatologie (-11,8%) und Neurochirurgie (-10,9%). Im Basisszenario resultiert aus der angenommenen Angleichung an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten eine Reduktion des prognostizierten Leistungsbedarfs um -1,0%. Am stärksten betroffen sind wiederum dieselben SPLB. Obwohl im Maximalszenario keine Angleichung angenommen wird, sind dennoch punktuelle Effekte in der Grössenordnung von maximal 1-2 Fälle pro SPLB feststellbar. Das kommt daher, dass das Prognosemodell für SPLG mit sehr tiefen Fallzahlen grundsätzlich von einer vollständigen Angleichung an die schweizerische Rate ausgeht. Dahinter steht die Überlegung, dass eine Prognose mit zu kleinen Fallzahlen mit sehr grossen Unsicherheiten verbunden ist. Bei

sehr spezialisierten SPLG mit geringen Fallzahlen ist es durchaus möglich, dass in einem einzelnen Jahr für einen Kanton insgesamt kein Fall zu verzeichnen ist. Es wäre aber problematisch, daraus zu schliessen, dass es künftig nie einen Bedarf in den betreffenden SPLG geben wird. Häufig sind die betreffenden SPLG aufgrund ihrer spezialisierten Natur Gegenstand der IVHSM (vgl. auch Anhang 2) und die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt somit nicht durch die einzelnen Kantone. Dennoch erscheint es sinnvoll, den Leistungsbedarf für diese SPLG auch in der vorliegenden Bedarfsprognose realistisch abzuschätzen. Deswegen werden in diesen SPLG die gesamtschweizerischen Raten als Ausgangspunkt für die Bedarfsschätzung verwendet. Dies führt dazu, dass in Tabelle T 3.19 auch im Maximalszenario minimale Effekte festzustellen sind.

Effekte durch die Ambulantisierung

Die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose auf Basis der Liste des BAG (vgl. Anhang 1 der KLV per 1. Januar 2023) in die Prognosen einbezogen. Ausgehend davon konnten für den Kanton Luzern im Referenzjahr 2351 Spitalaufenthalte (4,5%) mit ambulant durchführbaren Eingriffen identifiziert werden (vgl. auch Tabelle T 3.20). Nicht alle diese Fälle können aber auch tatsächlich ambulant behandelt werden. Das BAG spezifiziert aber gleichzeitig auch diverse Ausnahmekriterien, welche eine stationäre Aufnahme der betreffenden Patientinnen und Patienten rechtfertigen, z.B. wenn schwere Nebenerkrankungen vorliegen. Berücksichtigt man diese Ausnahmekriterien bleibt für den Kanton Luzern ein Verlagerungspotential von 1947 Fällen (3,7%, vgl. auch Tabelle T 3.20). Es gilt allerdings zu beachten, dass sich nicht alle Ausnahmekriterien, anhand der in der MS verfügbaren Daten identifizieren lassen, so z.B. soziale Faktoren wie, wenn das soziale Umfeld eine geeignete Nachsorge nicht gewährleisten kann. Somit ist anzunehmen, dass das Verlagerungspotenzial tendenziell überschätzt ist. Hinzu kommt, dass die Realisierung des Verlagerungspotenzial massgeblich davon abhängig ist, welche regulatorischen und tarifarischen Massnahmen ergriffen werden, um die Ambulantisierung weiter zu fördern. Aufgrund dieser Überlegungen wird im Basisszenario der Bedarfsprognose davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2035 die Hälfte des Verlagerungspotenzials realisiert wird. Mit anderen Worten: Rund 973 Fälle von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern, die im Jahr 2021 noch stationär aufgenommen wurden, würden gemäss Basisszenario im Jahr 2035 ambulant behandelt. Im Minimalszenario wird angenommen, dass 75% der verlagerbaren Fälle (entsprechend 1460 Fälle) bis 2035 ambulant behandelt werden, wohingegen im Maximalszenario von einer zusätzlichen Ambulantisierung von 10% (entsprechend 195 Fälle) ausgegangen wird (vgl. auch Kasten K 3.1 und T 3.21).

Tabelle T 3.21 zeigt die Auswirkungen infolge der Ambulantisierung nach Prognoseszenario und SPLB. Im Basisszenario führt die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu einer Reduktion der Fallzahlen um -1,9%. Im Minimalszenario wird eine Reduktion des Leistungsbedarfs um -2,8% prognostiziert. Im Maximalszenario

gibt es eine leichte Reduktion der Fallzahlen von -0,4%. Den grössten Effekt hat die Ambulantisierung für die SPLB Gefässe und Ophthalmologie.

T 3.20 Anzahl «ambulant vor stationär» (AVOS)-Fälle und Verlagerungspotenzial im Kanton Luzern, 2021

Fälle Luzern Total	52 535	100,0%
Fälle ohne verlagerbaren Eingriff	50 184	95,5%
Fälle mit verlagerbaren Eingriffen	2 351	4,5%
Kriterien für stationäre Durchführung erfüllt	404	0,8%
Verlagerungspotenzial LU	1 947	3,7%

Bemerkung: Das Verlagerungspotenzial ergibt sich aus allen Fällen mit mindestens einer verlagerbaren Behandlung und wenn zugleich keines der Kriterien erfüllt ist, welche eine stationäre Behandlung des Falles rechtfertigen würde.

Quelle: BFS – MS, KS, KLV-Anhang 1a per 1. Januar 2023 © Obsan 2024

Effekte durch medizintechnische und übrige Einflussfaktoren

Die Operationalisierung der Effekte aufgrund der medizintechnischen Entwicklungen sind in Kasten K 3.1 zusammengefasst und im Kapitel 2.4.4 beschrieben.

Für die Akutsomatik stellte sich noch ein weiterer Einflussfaktor, der unter «übrige Einflussfaktoren» im Kasten K 3.1 aufgeführt ist: Anpassung der Geburtshilfe. Naturgemäss besteht eine direkte Abhängigkeit zwischen den Entwicklungen der Fallzahlen in den SPLB «Geburtshilfe» und «Neugeborene». Bei der Prognose der Fallzahlen ausgehend von den Bevölkerungsszenarien des BFS wird dieser Abhängigkeit nicht automatisch Rechnung getragen, weshalb die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen im SPLB «Geburtshilfe» nachträglich an die Prognose im SPLB «Neugeborene» angepasst wird. Dadurch wird die Kohärenz des prognostizierten Versorgungsbedarfs in den beiden SPLB sichergestellt. Der SPLB «Neugeborene» dient dabei als Referenzpunkt, weil die Bevölkerungsprognosen des BFS in Bezug auf die Neugeborenen vielfältige Einflussfaktoren berücksichtigen, die über die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter hinausgehen. Dazu gehören beispielsweise Annahmen zur Entwicklung der Fertilität sowie das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt.

Tabelle T 3.22 fasst die Auswirkungen der medizintechnischen und übrigen Einflussfaktoren auf die prognostizierten Fallzahlen zusammen. Aufgrund der Zunahme von Knie- und Hüftprothesenrevisionen im SPLB Bewegungsapparat chirurgisch (+1,8%) und aufgrund der Zunahme der Fallzahlen im Bereich Geburtshilfe (+5,3%) steigen im Basisszenario die Fallzahlen bis 2035 insgesamt um +0,8%. Im Maximalszenario wird, ebenfalls aufgrund des Anstiegs bei den Knie- und Hüftprothesenrevisionen (+2,8%) und der Zunahme im SPLB Geburtshilfe (+10,7%) eine Zunahme um +1,4% erwartet. Im SPLB Neurologie wird von einer Verlagerung der Fälle von NEU3 zu NEU3.1 ausgegangen. Da es sich um eine Umstrukturierung innerhalb des Leistungsbereichs handelt, bleiben die Fallzahlen im Total unverändert.

T 3.21 Effekt der Verlagerung in den ambulanten Bereich auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und SPLB, 2021–2035

Bereich	SPLB	Referenz	Min			Basis			Max		
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
	Basispaket	18 532	18 279	-1,4%	18 364	-0,9%	18 498	-0,2%			
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	169	168	-0,6%	169	0,0%	169	0,0%			
	Hals-Nasen-Ohren	1 833	1 826	-0,4%	1 829	-0,2%	1 832	-0,1%			
	Neurochirurgie	411	409	-0,5%	410	-0,2%	411	0,0%			
	Neurologie	1 275	1 275	0,0%	1 275	0,0%	1 275	0,0%			
	Ophthalmologie	638	528	-17,2%	565	-11,4%	623	-2,4%			
Innere Organe	Endokrinologie	309	309	0,0%	309	0,0%	309	0,0%			
	Gastroenterologie	1 382	1 381	-0,1%	1 382	0,0%	1 382	0,0%			
	Viszeralchirurgie	1 029	1 019	-1,0%	1 022	-0,7%	1 028	-0,1%			
	Hämatologie	601	600	-0,2%	601	0,0%	601	0,0%			
	Gefässe	941	712	-24,3%	789	-16,2%	910	-3,3%			
	Herz	2 953	2 641	-10,6%	2 745	-7,0%	2 911	-1,4%			
	Nephrologie	151	151	0,0%	151	0,0%	151	0,0%			
	Urologie	2 282	2 236	-2,0%	2 252	-1,3%	2 276	-0,3%			
	Pneumologie	580	580	0,0%	580	0,0%	580	0,0%			
	Thoraxchirurgie	118	117	-0,8%	118	0,0%	118	0,0%			
	Transplantationen	27	27	0,0%	27	0,0%	27	0,0%			
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	7 889	7 448	-5,6%	7 595	-3,7%	7 830	-0,7%		
		Rheumatologie	151	151	0,0%	151	0,0%	151	0,0%		
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 324	1 281	-3,2%	1 296	-2,1%	1 318	-0,5%			
	Geburtshilfe	4 956	4 953	-0,1%	4 954	-0,0%	4 956	0,0%			
	Neugeborene	4 383	4 383	0,0%	4 383	0,0%	4 383	0,0%			
Übrige	(Radio-) Onkologie	439	439	0,0%	439	0,0%	439	0,0%			
	Schwere Verletzungen	162	161	-0,6%	161	-0,6%	162	0,0%			
Total		52 535	51 075	-2,8%	51 562	-1,9%	52 340	-0,4%			

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

3.2.3 Prognostizierte Patientenströme

Eine Prognose in Bezug auf die Patientenströme ist im Allgemeinen schwierig bzw. mit grossen Unsicherheiten behaftet. Einerseits haben Veränderungen in der Spitallandschaft (z.B. Standort-schliessungen oder Neuausrichtungen infolge von Fusionen) massgebliche Auswirkungen auf die Wahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten und somit auf die künftigen Patientenströme. Andererseits ist davon auszugehen, dass auch die Vergabe der Leistungsaufträge über die kantonale Spitalliste die Patientenströme beeinflusst. Dies obwohl seit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung grundsätzlich die Spitalwahlfreiheit gilt, wonach die Patientinnen und Patienten in der Wahl des Leistungserbringers grundsätzlich weder auf die Spitäler mit Standort im Wohnkanton noch auf die Listenspitäler des Kantons beschränkt sind.

Angesichts der erwähnten Unsicherheiten der prognostizierten Patientenströme ist die in Tabelle 3.23 dargestellte prognostizierte Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten als Orientierungshilfe zu verstehen, anhand dessen die Entwicklungen im Prognosezeitraum eingeordnet werden können. Die

Prognose wurde anhand der Annahmen des Basisszenarios vorgenommen. Sollten sich im Zeitraum bis 2035 massgebliche Abweichungen zur hier dargestellten Prognose der Zuwanderung offenbaren, könnten diese auf massgebliche Veränderungen in der Versorgungslandschaft hinweisen. Im Total wird ein Anstieg der Abwanderung um 1164 Fälle (+15%) auf 8825 Fälle prognostiziert. Ausgehend von den ausserkantonalen Hospitalisierungen im Referenzjahr ist dadurch vor allem ein Anstieg der Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort in den Kantonen Aargau, Zürich, Bern und Nidwalden zu erwarten. Gemäss Prognose werden Spitäler mit Standort in diesen Kantonen im Jahr 2035 mehr als 1000 stationäre Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten verzeichnen. Da sich die Spitalplanung auf die Versorgung der im Kanton wohnhaften Bevölkerung konzentriert, wird die Zuwanderung nicht weiter betrachtet.

T 3.22 Prognostizierte Patientenströme – Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Zielkanton (Basisszenario), 2021 vs. 2035

Zielkanton	2021		2035		Veränderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
AG	1 522	20%	1 781	20%	+259	+17%
ZH	1 521	20%	1 766	20%	+245	+16%
BE	1 179	15%	1 390	16%	+211	+18%
NW	980	13%	1 057	12%	+77	+8%
ZG	610	8%	695	8%	+85	+14%
OW	471	6%	518	6%	+47	+10%
BS	328	4%	376	4%	+48	+15%
SZ	249	3%	295	3%	+46	+18%
GR	210	3%	251	3%	+41	+20%
Übrige	591	8%	696	8%	+105	+18%
Total	7 661	100%	8 825	100%	+1 164	+15%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien © Obsan 2024

T 3.23 Effekt durch die medizintechnischen und übrigen Einflussfaktoren nach SPLB, 2021–2035

SPLB	EF	Referenz	Min		Basis		Max	
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Neurologie	M	1 275	1 275	0,0%	1 275	0,0%	1 275	0,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	M	7 889	7 889	0,0%	8 034	+1,8%	8 106	+2,8%
Geburtshilfe	Ü	4 956	4 948	-0,2%	5 221	+5,3%	5 484	+10,7%
Total		52 535	52 527	-0,0%	52 945	+0,8%	53 281	+1,4%

Bemerkung: "EF" steht für "Einflussfaktoren", "M" für "medizintechnisch" und "Ü" für "übrige".

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

4 Psychiatrie

Kapitel 4 enthält die Analysen zur stationären Versorgung in der Psychiatrie und umfasst die Analyse der aktuellen Versorgungssituation im Kanton Luzern (Bedarfsanalyse, Kapitel 4.1) sowie die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs der Luzerner Wohnbevölkerung (Bedarfsprognose, Kapitel 4.2). Erläuterungen zur Abgrenzung der Psychiatrie in den Daten finden sich in Kasten K 2.1, auf Seite 14.

4.1 Bedarfsanalyse

Wie im Akutbereich fordert Art. 58b Abs. 1 KVV die Kantone auf, ihren Bedarf an stationärer psychiatrischer Versorgung nach einem überprüfbareren Verfahren zu ermitteln, das sich sowohl auf statistisch begründete Daten als auch auf Vergleiche stützt. Dabei ist auch das Angebot in Einrichtungen zu ermitteln, die nicht auf der Spitalliste der Kantone aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Art. 58c Bst. b KVV legt fest, dass Planung in der stationären Psychiatrie leistungs- oder kapazitätsbezogen erfolgen kann. In der Psychiatrie gibt es je nach Patientin/Patient für einen stationären Aufenthalt viel mehr alternative Möglichkeiten als in der somatischen Medizin. Mit Bezug auf diese gesetzlichen Grundlagen umfasst das vorliegende Kapitel eine Analyse der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (Kapitel 4.1.1), eine Analyse des Versorgungsangebots (Kapitel 4.1.2) und der interkantonalen Patientenströme (Kapitel 0). Die Analysen umfassen den Zeitraum zwischen 2018 bis 2021. Zentrale Grundlage für die Analysen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und die aktuell für die Psychiatrie gültige Spitalliste¹⁶ des Kantons Luzern.

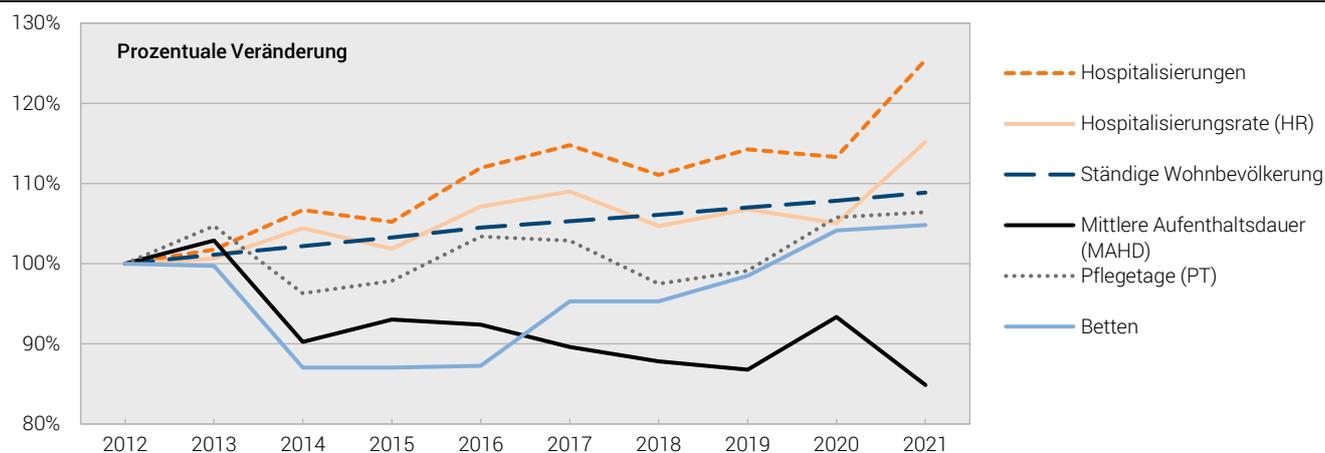
4.1.1 Inanspruchnahme

Die in Abbildung G 4.1 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung im Bereich der Psychiatrie. Das Bevölkerungswachstum nahm zwischen 2012 und 2021 um circa 34 000 Personen zu (+8,9%). Die Zahl der Hospitalisierungen hat in diesem Zeitraum um rund 700 zugenommen (+25,4%), und auch die Hospitalisierungsrate ist von 7,1 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohner/innen im Jahr 2012 auf 8,1 im Jahr 2021 gestiegen (+15,2%). Hier ist zu beachten, dass mit der Einführung von TARPSY im Jahr 2018 Fälle, die innerhalb von 18 Tagen wieder aufgenommen werden, unter bestimmten Bedingungen unter derselben Fallnummer zusammengefasst werden. Ein Fall kann daher auch aus mehreren Hospitalisierungen bestehen, was die berechnete Hospitalisierungsrate nach unten verzerren könnte. Die Hospitalisierungen und die Hospitalisierungsrate haben insbesondere zwischen 2020 und 2021 stark zugenommen, was möglicherweise die Auswirkung der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit widerspiegelt. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) sank von 46,7 Tagen auf 39,6 Tage (-15,1%). Gesamthaft ist bei steigender Tendenz bei der Hospitalisierungsrate und sinkender MAHD, eine leichte Zunahme der Gesamtzahl der Pflage tage von 127 384 Tagen im Jahr 2012 auf 135 568 Tage im Jahr 2021 (+6,4%) zu vermerken. Die Anzahl der Betten blieb mit 330 im Jahr 2021 fast unverändert im Vergleich zum Jahr 2012 (315, +4,8%).

¹⁶ Spitalliste 2016, mit Änderungen vom 28.6.2016, 20.12.2016, 21.3.2017, 17.4.2018, 5.2.2019, 10.12.2019, 15.9.2020, 5.1.2021, 23.2.2021, 2.11.2021 und 15.3.2022, <https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung/spitalliste>. Da sich die Definition der Leistungsgruppen in der aktuell gültigen Spitalliste für

die stationäre Psychiatrie stark von den für die Analysen definierten Leistungsgruppen unterscheidet, wurden die Deckungsgrade der Spitalliste nicht berechnet.

G 4.1 Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern 2012–2021



	2012	2021	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	386 082	420 326	+34 244	+8,9%	+0,9%
Hospitalisierungen	2 727	3 420	+693	+25,4%	+2,5%
Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einw. (HR)	7,1	8,1	+1,1	+15,2%	+1,6%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	46,7	39,6	-7,1	-15,1%	-1,8%
Pfl egetage (PT)*	127 384	135 568	+8 184	+6,4%	+0,7%
Betten	315	330	+15	+4,8%	+0,5%

Bemerkungen: Die Anzahl Betten entspricht der Bettenbetriebstage im Bereich «Psychiatrie» gemäss KS dividiert durch 365. Die Ständige Wohnbevölkerung in der STATPOP bezieht sich jeweils auf den 31. Dezember des betreffenden Jahres. *=Es werden die Pfl egetage (maximal 365) von A und C Fällen berücksichtigt. CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

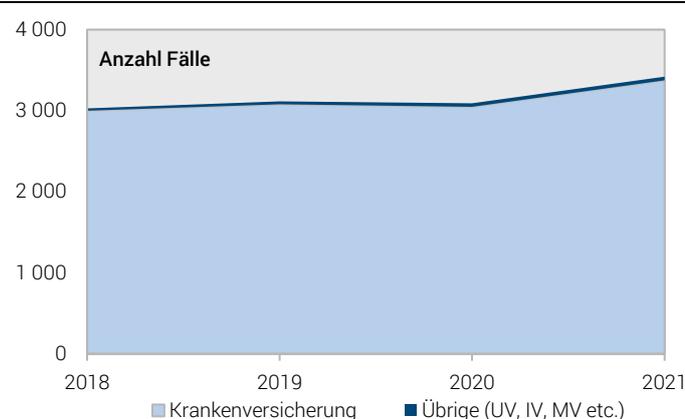
Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS

© Obsan 2024

Abbildung G 4.2 zeigt die Verteilung der Fälle nach Hauptkostenträger für die Jahre 2018 bis 2021. 98,7% der psychiatrischen Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 wurden über die Krankenversicherung respektive die

OKP finanziert. Das bedeutet, die übrigen Kostenträger waren anteilsmässig von marginaler Bedeutung.

G 4.2 Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Hauptkostenträger, 2018–2021



Hauptkostenträger	2021	
	n	%
Krankenversicherung (KV)	3 376	98,71%
Unfallversicherung (UV)	5	0,15%
Invalidenversicherung (IV)	12	0,35%
Selbstzahler	12	0,35%
Militärversicherung (MV)	4	0,12%
Andere	11	0,32%
Total	3 420	100,00%

Bemerkung: Die Variable Hauptkostenträger (Variable 0.1.V02 MS) kennzeichnet den Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im Wesentlichen aufkommt.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Fallzahlen

Die Gesamtzahl der Fälle nahm im Zeitraum 2018–2021 um 12,9% zu (+391 Fälle), wobei die Zunahme insbesondere zwischen 2020 und 2021 erfolgte (vgl. Tabelle T 4.1). Mit Blick auf die Leistungsgruppen ist festzuhalten, dass es zwischen 2018 und 2021 zu einer starken Zunahme in Bezug auf die Persönlichkeitsstörungen (+56,6%), die Entwicklungsstörungen (+52,9%) sowie der organischen Störungen (+50%) gekommen ist. Es handelt sich jedoch um Leistungsgruppen, die nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Fälle ausmachen. In der Leistungsgruppe der affektiven Störungen, die einen Drittel der Fälle ausmacht, kam es zu einer Zunahme um 20,5%, in absoluten Zahlen sind das fast 200 Fälle mehr (vgl. Tabelle T 4.1).

Hospitalisierungsraten

Abbildung G 4.3 zeigt die Entwicklung der Hospitalisierungsraten im Zeitraum zwischen 2018 und 2021 für den Kanton Luzern im Vergleich zum Wert für die gesamte Schweiz. Da die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert sind (vgl. Kapitel 2.6.2), können Ergebnisse verglichen werden, ohne dass sie durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt werden. Im Jahr 2021 wies der Kanton Luzern eine standardisierte Hospitalisierungsrate von 8,1 pro 1000 Einwohner/innen auf, was leicht unter dem Schweizer Durchschnitt liegt (9,1). In den Jahren 2018–2020 war die Hospitalisierungsrate im Kanton Luzern wie auch in der Schweiz deutlich tiefer als 2021. Die Zunahme zwischen 2018 und 2021 war im Kanton Luzern etwas höher (+0,8 Prozentpunkte) als im Schweizer Durchschnitt (+0,5 Prozentpunkte, vgl. Abbildung G 4.3). Mit Blick auf die einzelnen Leistungsgruppen, so war die standardisierte Hospitalisierungsrate 2021 bei den affektiven Störungen sowohl im Kanton Luzern (2,7) als auch im Schweizer Durchschnitt (3,1) am höchsten. An zweiter Stelle folgte die Leistungsgruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Luzern: 1,1; Gesamtschweiz: 1,4).

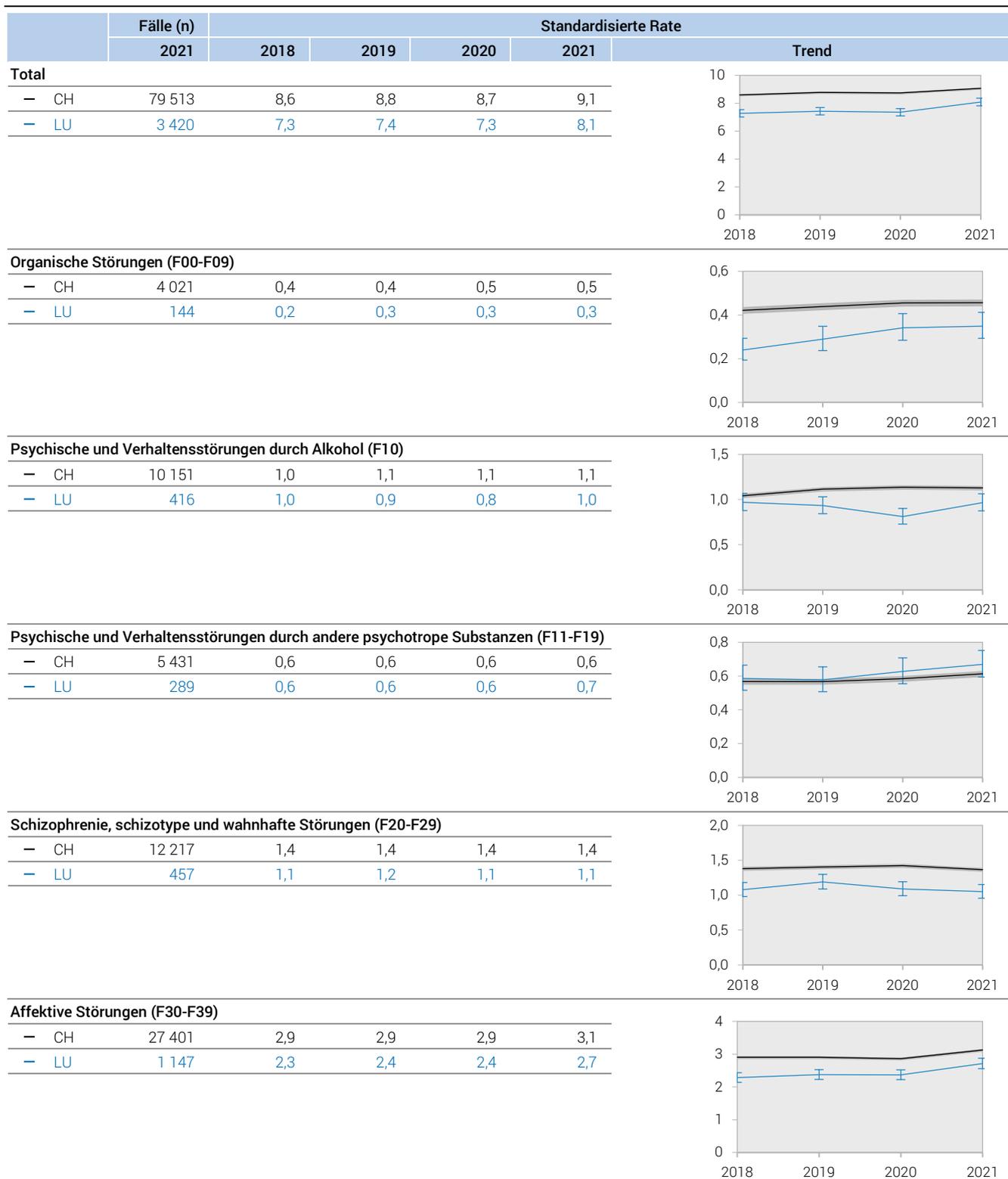
T 4.1 Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Leistungsgruppe, 2018–2021

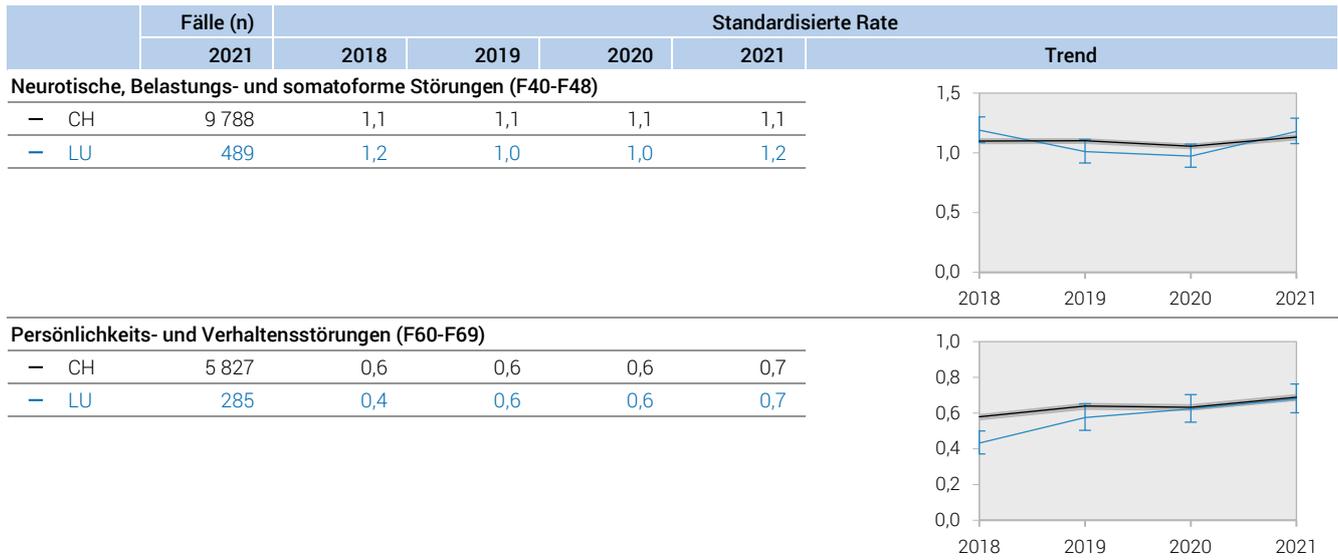
Leistungsgruppe	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Anteil 2021
Organische Störungen (F00-F09)	96	114	133	144		+48	+50,0%	4,2%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	414	399	348	416		+2	+0,5%	12,2%
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	250	248	269	289		+39	+15,6%	8,5%
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	454	507	469	457		+3	+0,7%	13,4%
Affektive Störungen (F30-F39)	952	1 000	999	1 147		+195	+20,5%	33,5%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	486	419	402	489		+3	+0,6%	14,3%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	43	50	42	50		+7	+16,3%	1,5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	182	240	262	285		+103	+56,6%	8,3%
Intelligenzstörungen (F70-F79)	34	38	29	26		-8	-23,5%	0,8%
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	17	17	22	26		+9	+52,9%	0,8%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	55	46	69	49		-6	-10,9%	1,4%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	1	0	0	0		-1	-100,0%	0,0%
Nicht-F Diagnosen (andere)	45	38	46	42		-3	-6,7%	1,2%
Total	3 029	3 116	3 090	3 420		+391	+12,9%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 4.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten nach Patientenherkunft und Leistungsgruppe, 2018–2021





Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen. Dargestellt sind die Hospitalisierungsraten für das Total der Fälle sowie die häufigsten Leistungsgruppen.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

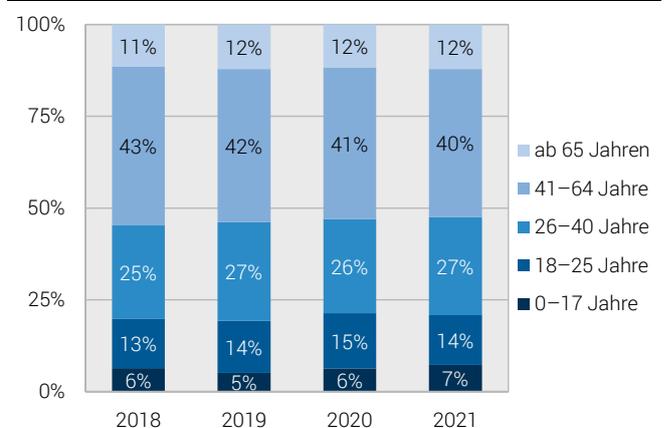
K 4.1 TARPSY und die psychiatrischen Kostengruppen (PCG)

Die Tarifstruktur TARPSY für die Finanzierung von stationären Aufenthalten in der Psychiatrie trat am 1. Januar 2018 in Kraft. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Tarifanwendung erst ab dem 1. Januar 2019 obligatorisch. Die TARPSY-Struktur besteht aus zehn Hauptkategorien, den psychiatrischen Basiskostengruppen, die durch die Hauptdiagnose bestimmt werden. Diese Hauptkategorien werden in eine oder mehrere Unterkategorien differenziert, die als Psychiatrische Kostengruppen (PCG, psychiatric cost group) bezeichnet werden. Jede PCG entspricht einer homogenen Gruppe von Fällen. Innerhalb einer Hauptkategorie unterscheiden sich die PCGs durch Kriterien wie Nebendiagnosen, Schweregrad der psychiatrischen Symptome bei der Aufnahme und Alter der Patientin/des Patienten. Die PCGs werden durch einen fünfstelligen Code dargestellt, wobei die ersten vier Zeichen die psychiatrische Basiskostengruppe bezeichnen. Das letzte Merkmal der PCG, das die Werte A, B, C oder Z annimmt, ermöglicht gegebenenfalls eine absteigende Unterscheidung der Fälle nach dem Ressourcenverbrauch (A entspricht den Fällen mit dem höchsten Ressourcenverbrauch, Z ist für Fälle ohne Differenzierung der Basis-PCG reserviert). In jeder Basisgruppe erhalten PCGs, die sich auf Patienten unter 18 Jahren beziehen, den Buchstaben A, was den höheren Pflegebedarf bei der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten widerspiegelt (BFS, 2020b).

Hospitalisierungen nach Altersklassen

Im Jahr 2021 wurden 3420 stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern gezählt: 7% (250 Fälle) entfielen dabei auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie respektive auf Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren. 93% der Hospitalisierungen (3170 Fälle) waren auf Patientinnen und Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren zurückzuführen. 12% (414 Fälle) betrafen Patientinnen und Patienten über 65 Jahren (vgl. Abbildung G 4.4). Die relative Verteilung der Fälle pro Altersklasse blieb während dem Analysezeitraum praktisch unverändert.

G 4.4 Anzahl Fälle von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Altersklasse, 2018–2021



Altersklasse	2018	2019	2020	2021
0–17 Jahre	194	160	196	250
18–25 Jahre	407	440	464	464
26–40 Jahre	772	838	794	913
41–64 Jahre	1 308	1 301	1 274	1 379
ab 65 Jahren	348	377	362	414
Total	3 029	3 116	3 090	3 420

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

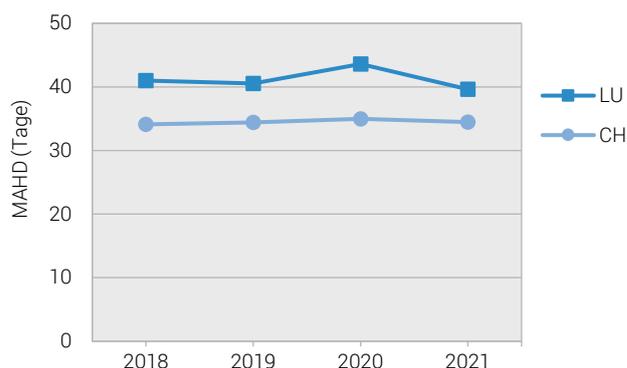
Aufenthaltsdauer

Abbildung G 4.5 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) für den Kanton Luzern und die Schweiz zwischen 2018 und 2021. Für das Jahr 2021 ergab sich seit 2018 für den Kanton Luzern eine leichte Abnahme (-1,4) auf 39,6 Behandlungstage und für die Gesamtschweiz insgesamt eine leichte Zunahme (+0,4) auf 34,5 Tage. Für die Hospitalisierung von Luzerner Patientinnen und Patienten lag die MAHD deutlich über dem gesamtschweizerischen Referenzwert (2021: 39,6 Tage), wobei im Analysezeitraum eine leichte Angleichung zu beobachten war.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) im Kanton Luzern variierte je nach Leistungsgruppe (vgl. Tabelle T 4.2): Mit durchschnittlich 30,7 Behandlungstagen im Jahr 2021 waren die Klinikaufenthalte in der Leistungsgruppe «Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen» am kürzesten. Am höchsten war die durchschnittliche Anzahl Behandlungstage für den Leistungsgruppe «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren» mit 70 Behandlungstagen

im Jahr 2021. Zwischen 2018–2021 war für diese Leistungsgruppe zudem eine Zunahme von 28,7 Tage festzustellen. Die grösste Abnahme (-27,5 Tage) war in der Leistungsgruppe «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» zu beobachten, mit insgesamt 45,9 durchschnittlichen Behandlungstagen im Jahr 2021. Beide Leistungsgruppen wiesen allerdings vergleichsweise geringe Fallzahlen auf, weshalb die Entwicklungen in Bezug auf die MAHD mit Vorsicht zu interpretieren sind.

G 4.5 Durchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) (Luzern vs. Schweiz), 2018–2021



	2018	2019	2020	2021
CH	34,1	34,4	35,0	34,5
LU	41,0	40,5	43,6	39,6

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 4.2 Durchschnittliche MAHD von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Leistungsgruppe, 2018–2021

Leistungsgruppe	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)
Organische Störungen (F00-F09)	40,1	35,5	43,4	45,1		+5,0
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	38,0	37,0	41,4	34,4		-3,5
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	37,9	32,0	41,8	30,7		-7,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	53,0	51,2	49,6	46,2		-6,8
Affektive Störungen (F30-F39)	42,5	42,8	44,3	41,9		-0,6
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	31,6	31,1	36,7	35,0		+3,4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	41,3	52,9	56,2	70,0		+28,7
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	31,7	37,9	41,1	36,5		+4,8
Intelligenzstörungen (F70-F79)	39,1	35,7	40,4	31,1		-8,0
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	37,8	35,0	37,6	37,8		-0,0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	73,4	47,5	51,2	45,9		-27,5
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	1,0	0,0	0,0	0,0		-1,0
Nicht-F Diagnosen (andere)	37,7	51,2	51,8	38,6		+0,9
Total	41,0	40,5	43,6	39,6		-1,4

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Analysen nach Psychiatriekostengruppen (PCG)

Vor der Einführung der Tarifstruktur TARPSY (vgl. Kasten K 4.1) wurden die Aufenthalte mit Tagespauschalen abgerechnet. Die Tarifstruktur TARPSY vereinheitlicht die Vergütung aller stationären psychiatrischen Leistungen auf nationaler Ebene mit Hilfe von leistungsbezogenen Pauschalen, wie es im KVG vorgesehen ist. Sie ermöglicht mehr Transparenz und eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Leistungserbringern mit ähnlichen Merkmalen in Bezug auf Leistungsauftrag und Rahmenbedingungen. Dieses Unterkapitel enthält zusätzliche Analysen auf der Basis der psychiatrischen Kostengruppen (PCG, psychiatric cost group), die TARPSY zugrunde liegen.

Die Tabelle T 4.3 zeigt die Verteilung der Fälle, und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) der Luzerner Wohnbevöl-

kerung nach PCG. In den PCG, die Kinder und Jugendliche betreffen, wiesen Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen (60,6 Tage; 67 Fälle) die durchschnittlich längste MAHD auf, gefolgt von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen (55,6 Tage; 70 Fälle). In den PCG, die Erwachsene betreffen, wiesen Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des Zentralnervensystems (ZNS) (51,7 Tage, 82 Fälle) die längste MAHD auf, gefolgt von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen (48,4 Tage; 48 Fälle). Neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen (31 Tage; 422 Fälle) hatten die kürzeste MAHD. Ein Vergleich der Gruppierungen in Bezug auf die Anzahl der stationären Aufenthalte nach Leistungsgruppen und PCG, auf denen die TARPSY-Struktur basiert, ist in Anhang 4, Tabelle T 8.1 dargestellt.

T 4.3 Anzahl Fälle und durchschnittliche MAHD in Tagen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach PCG, 2021

Basis PCG		Beschreibung		Fälle	MAHD
				N	Ø
TP21	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen				
TP21A	Alter < 18 Jahre, oder komplizierende Diagnose oder bestimmte Behandlung			338	28,0
TP21B	Alter > 17 Jahre			367	37,4
TP24	Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS				
TP24A	Alter < 18 Jahre, oder Alter > 75 Jahre mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung, oder komplizierende Nebendiagnose			92	38,9
TP24B	Alter > 17 Jahre			82	51,7
TP25	Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen				
TP25A	Alter < 18 Jahre, oder komplizierende Nebendiagnose			3	22,0
TP25B	Alter > 17 Jahre			448	42,1
TP26	Manische Störungen				
TP26A	Alter < 18 Jahre, oder komplizierende Nebendiagnose			12	28,3
TP26B	Manische Störungen, Alter > 17 Jahre			53	45,4
TP27	Depressive oder bipolar depressive Störungen				
TP27A	Alter < 18 Jahre			78	28,1
TP27B	Alter > 17 Jahre, oder komplizierende Nebendiagnose			165	34,0
TP27C	Alter > 17 Jahre			841	44,6
TP28	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen				
TP28A	Alter < 18 Jahre			67	60,6
TP28B	Alter > 17 Jahre			422	31,0
TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen				
TP29A	Alter < 18 Jahre			27	31,4
TP29B	Alter > 17 Jahre			258	37,0
TP30	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen				
TP30A	Alter < 18 Jahre, oder bestimmte Intelligenz- oder Verhaltensstörung			70	55,6
TP30B	Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose			33	40,3
TP30C	Alter > 17 Jahre			48	48,4
TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose				
TP70Z	idem			10	29,3
nicht zuteilbar (C-Fälle)				6	365,0
Total				3 420	39,6

Bemerkung: Es werden die Pflgetage (maximal 365) von A Fällen berücksichtigt. C-Fälle werden nicht nach PCG gruppiert.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

4.1.2 Versorgungsangebot

Das Versorgungsangebot wurde hinsichtlich der Fallzahlen, Patientenstruktur und der Versorgungsanteile der Spitäler analysiert.

Fallzahlen und Patientenstruktur

Die Spitalliste des Kantons Luzern für den Bereich der Psychiatrie zählte fünf innerkantonale und vier ausserkantonale Leistungserbringer. Eine Übersicht der Leistungserbringer inklusive ausgewählter Kennzahlen für das Jahr 2021 zeigt Tabelle T 4.4.

Innerhalb der innerkantonalen Leistungserbringer war die grösste Anzahl Fälle der Luzerner Psychiatrie (lups) St. Urban zuzuordnen (1640), wobei diese hauptsächlich Luzerner Patientinnen und Patienten betreute (84,3%, vgl. Tabelle T 4.4). An zweiter Stelle folgte die lups Luzern mit 701 Fällen, wobei dort der Anteil an Luzerner Patientinnen und Patienten sogar 93,2% betrug. Das Therapiezentrum Meggen hatte den kleinsten Anteil innerkantonomer Patientinnen und Patienten (41,7%). Die lups Luzern wies

den höchsten Anteil an Notfalleintritten auf (71%). Bei allen Leistungserbringern lag der Anteil an Fällen, bei denen die OKP der Hauptkostenträger ist, bei über 94%. Die lups Luzern (AKIS) wies mit 1.59 den höchsten Day Mix Index (DMI) auf, der kleinste DMI war im Therapiezentrum Meggen festzustellen (0.84).

Insgesamt ist in den Listenspitälern mit Standort innerhalb des Kantons Luzern zwischen den Jahren 2018 und 2021 eine leichte Zunahme von 12% bei 2681 Fällen im Jahr 2021 festzustellen, wobei je nach Listenspital eine Zu- oder Abnahme zu beobachten ist (vgl. Tabelle T 4.5). Eine Abnahme der Hospitalisierungen zeigt sich in der lups Kriens (-27%) und dem Therapiezentrum Meggen (-15%), eine leichte Zunahme bei der lups Luzern (+4%) und der lups St. Urban (+6%). Im ausserkantonalen Standort der lups in Sarnen (OW) ist im Analysezeitraum eine Zunahme der Fallzahlen um 56% auf 378 Fälle im Jahr 2021 zu beobachten. Über alle Jahre wies die lups St. Urban jeweils die deutlich grösste Anzahl Hospitalisierungen auf, mit jeweils knapp über 1500 Fällen.

T 4.4 Kennzahlen der Listenspitäler gemäss kantonomer Spitalliste, 2021

KT	Spital	Fälle	%LU	%HP/P	%OKP	%Notfälle	Ø DMI*	Pflegetage** Vol.	Ø Alter	Behandlungsbereich***				
										Allgemein Psychiatrie	Kinder und Jugendpsychiatrie	Alterspsychiatrie	Abhängigkeits-erkrankungen	Forensik
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort innerhalb des Kantons														
	Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern	701	93.2%	0%	98%	71%	1.09	18 831	39.8	687	0	1	10	3
	Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern (AKIS)	192	85.9%	0%	94%	42%	1.59	3 660	15.3	0	192	0	0	0
	Luzerner Psychiatrie (lups) St. Urban	1640	84.3%	0%	99%	43%	1.07	65 911	47.9	1'083	1	307	244	4
LU	Luzerner Psychiatrie (lups) Kriens	76	82.9%	0%	96%	9%	1.45	7 864	12.7	0	76	0	0	0
	Therapiezentrum Meggen	72	41.7%	0%	100%	0%	0.84	5 084	45.8	0	0	0	72	0
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort ausserhalb des Kantons														
OW	Luzerner Psychiatrie (lups) Sarnen	378	57.9%	0%	100%	46%	1.09	8 649	43.5	374	3	1	0	0
BE	Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee	140	11.4%	0%	100%	0%	1.06	11 686	31.0	99	0	0	41	0
AG	Klink Schützen Rheinfelden	742	6.2%	27%	99%	0%	0.98	35 664	46.4	742	0	0	0	0
TG	Clenia Littenheid	2 100	4.0%	6%	100%	25%	1.14	86 749	35.0	1 428	446	205	21	0

Bemerkungen: Fälle = Anzahl im Spital behandelte Fälle ungeachtet des Wohnkantons der Patient/innen; %LU = Anteil Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Luzern; %HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat, %OKP = Anteil Fälle bei der die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Hauptkostenträger ist, %Notfälle = Anteil Fälle mit Eintrittsart «Notfall», *=berücksichtigt wurden ausschliesslich A-Fälle, **=berücksichtigt wurde die tatsächliche Anzahl der Pflegetage innerhalb eines Jahres sämtlicher Fälle (A und C), ***=Die Summe der Behandlungsbereiche kann aufgrund fehlender Werte von der Anzahl Fälle abweichen. Je dunkler die Färbung der Zelle (blau oder grau) desto höher ist der Wert in Bezug auf die anderen Werte der Variable.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 4.5 Anzahl Fälle der Listenspitäler mit Standort innerhalb des Kantons Luzern, 2018–2021

Kt	Spital	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)
LU	Luzerner Psychiatrie (lups) Kriens	104	93	80	76		-28	-27%
	Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern	673	653	594	701		+28	+4%
	Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern (AKIS)	0	0	153	192		+192	---
	Luzerner Psychiatrie (lups) St. Urban	1 542	1 649	1 564	1 640		+98	+6%
	Therapiezentrum Meggen	85	87	64	72		-13	-15%
	Total	2 404	2 482	2 455	2 681		+277	+12%
OW	Luzerner Psychiatrie (lups) Sarnen	242	241	300	378		+136	+56%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Versorgungsanteile

Tabelle T 4.6 zeigt für jede Leistungsgruppe die Versorgungsanteile gemessen am Anteil der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern. Der Versorgungsanteil beschreibt demnach die Relevanz der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems bzw. zur Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung. In Tabelle T 4.6 werden die Versorgungsanteile nach Status des Spitals dargestellt, wobei unterschieden wird zwischen:

- Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status A)
- Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status B)
- Nicht-Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status C), existieren im Kanton Luzern keine
- Nicht-Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status D)

Als Listenspitäler werden dabei Leistungserbringer bezeichnet, die über einen Leistungsauftrag des Kantons Luzern für mindestens eine Leistungsgruppe verfügen. In den meisten Leistungsgruppen verzeichnen die Listenspitäler mit Standort im Kanton kumuliert einen Versorgungsanteil von mehr als 80%. Niedriger ist deren Versorgungsanteil für folgende Leistungsgruppen:

- Affektive Störungen (50%)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (66%)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (16%)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (65%)

In diesen Leistungsgruppen stützt sich die Sicherstellung der Versorgung im Kanton Luzern massgeblich auf die Versorgungsangebote in Listenspitälern, aber auch auf Nicht-Listenspitäler, mit Standort ausserhalb des Kantons. Es sind dies v.a. Leistungsgruppen mit hohen Fallzahlen, was erklärt, warum der Versorgungsanteil Listenspitäler mit Standort im Kanton insgesamt bei 67% liegt.

T 4.6 Versorgungsanteile nach Leistungsgruppe und Status des Leistungserbringers gemäss Spitalliste, 2018–2021

Leistungsgruppe	Versorgungsanteile (%)								Veränderung			
	2018				2021				in Prozentpunkten			
	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D
Organische Störungen (F00-F09)	90%	3%		7%	91%	1%		8%				
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	85%	3%		12%	81%	7%		12%	-4	+4		
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	84%	4%		12%	80%	3%		17%				+5
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	89%	2%		9%	84%	7%		9%	-4	+5		
Affektive Störungen (F30-F39)	42%	14%		44%	50%	12%		39%	+8	-2		-5
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	63%	9%		28%	66%	17%		18%	+2	+7		-10
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	23%	47%		30%	16%	26%		58%				+28
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	70%	13%		17%	65%	19%		16%		+7		
Intelligenzstörungen (F70-F79)	97%			3%	96%			4%				
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	82%	6%		12%	85%	12%		4%				
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	84%	4%		13%	90%	4%		6%				
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)				100%								
Nicht-F Diagnosen (andere)	71%	7%		22%	81%	5%		14%				
Total	67%	9%	0%	25%	67%	11%	0%	22%	+0	+2		-2

Bemerkung: Status gemäss Spitalliste: A = Listenspital mit Standort innerhalb des Kantons; B = Listenspital mit Standort ausserhalb des Kantons; C = Nicht-Listenspital mit Standort innerhalb des Kantons; D = Nicht-Listenspital mit Standort ausserhalb des Kantons. Versorgungsanteil: Der Versorgungsanteil bezieht den Anteil der Fälle am Total der Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem Analysekanon. Die Spalten rechts zeigen die Veränderung des Versorgungsanteils in Prozentpunkten (pp.). Ausgewiesen sind nur relevante Veränderungen, namentlich Veränderungen der Versorgungsanteile, die mindestens 10 Fälle betreffen.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Tabelle T 4.7 zeigt die Versorgungsanteile nach Leistungsgruppe und Leistungserbringer im Jahr 2021. Die lups St. Urban wies den höchsten Versorgungsanteil (40%) an den insgesamt 3420 Fällen auf. Hervorzuheben sind dabei die hohen Versorgungsanteile in den Leistungsgruppen Intelligenzstörungen (88%) und Organische Störungen (86%). Für Verhaltens- und emotionale Störungen

mit Beginn in der Kindheit und Jugend waren die lups Luzern (A-KIS) mit einem Versorgungsanteil von 41% und die lups Kriens mit einem Versorgungsanteil von 39% zentral. Nicht-Listenspitäler verzeichneten vor allem in den Leistungsgruppen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (58%) und Affektive Störungen (39%) hohe Versorgungsanteile.

T 4.7 Versorgungsanteile nach Leistungsgruppe und Leistungserbringer, 2021

Leistungsgruppe	Kantonale Listenspitäler					Ausserkantonale Listenspitäler				Übrige Spitäler	Total
	Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern	Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern (AKIS)	Luzerner Psychiatrie (lups)	Luzerner Psychiatrie (lups) Kriens	Therapiezentrum Meggen	Luzerner Psychiatrie (lups) Sarnen	Klinik Wysshözli Herzogenbuchsee	Klinik Schützen Rheinfelden	Clenia Littenheid		
Organische Störungen (F00-F09)	5%	0%	86%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	8%	144
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	19%	0%	56%	0%	7%	6%	1%	0%	0%	12%	416
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	14%	1%	64%	0%	1%	3%	0%	0%	0%	17%	289
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	38%	0%	46%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	9%	457
Affektive Störungen (F30-F39)	15%	5%	28%	1%	0%	7%	0%	2%	2%	39%	1 147
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	20%	8%	33%	4%	0%	8%	0%	2%	7%	18%	489
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	0%	4%	2%	10%	0%	0%	20%	6%	0%	58%	50
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	26%	8%	29%	1%	0%	11%	0%	3%	6%	16%	285
Intelligenzstörungen (F70-F79)	8%	0%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	26
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	4%	35%	27%	19%	0%	0%	0%	8%	4%	4%	26
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	2%	41%	8%	39%	0%	2%	0%	0%	2%	6%	49
Nicht-F Diagnosen (andere)	2%	2%	76%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	14%	42
Total	19%	5%	40%	2%	1%	6%	0%	1%	2%	22%	3 420

Bemerkung: Der Versorgungsanteil beziffert den Anteil der Fälle eines Leistungserbringers am Total der Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im planenden Kanton.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

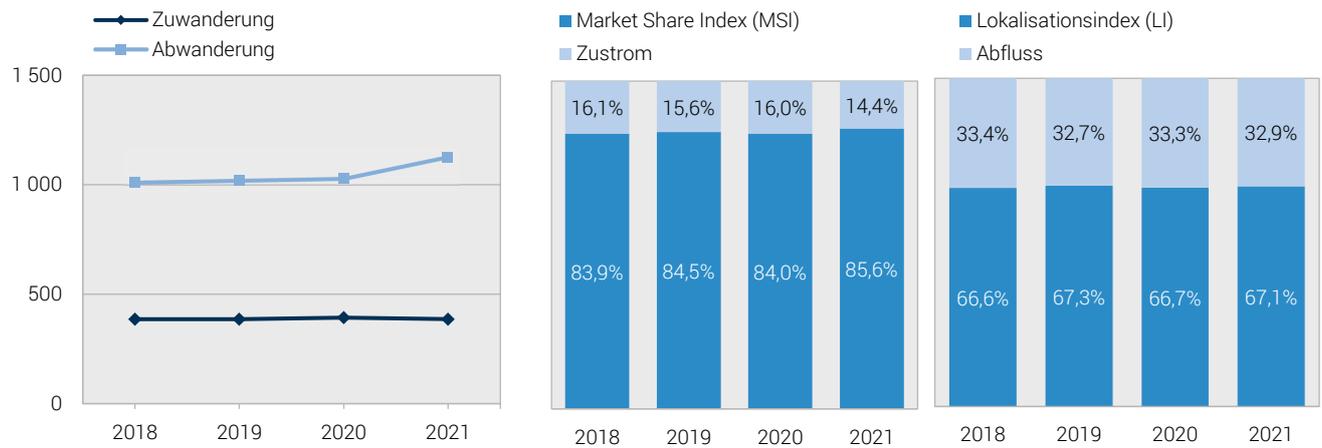
4.1.3 Patientenströme

Um den Koordinationsbedarf zwischen den Kantonen zu erfassen, ist es auch wichtig, die Patientenströme im Bereich der Psychiatrie zu kennen. Dazu kommen die gleichen Indikatoren zum Einsatz, wie für die Akutsomatik (vgl. Tabelle T 3.9 zur Definition der Indikatoren). Generell wurden in den Luzerner Spitälern zu einem grossen Anteil Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern selbst behandelt (Market Share Index von 85,6% im Jahr 2021). Umgekehrt wurden lediglich rund zwei Drittel der Luzerner

Patientinnen und Patienten im Kanton behandelt (Lokalisationsindex von 67,1%, vgl. Abbildung G 4.6). Folglich war der Abfluss (32,9% im Jahr 2021) höher als der Zufluss (14,4%). Mit 387 Fällen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in Luzern gegenüber 1126 Luzernerinnen und Luzernern, die ausserhalb des Kantons behandelt wurden, betrug der Nettoabwanderung im Jahr 2021 739 Fälle. Demzufolge war der Exportindex (EI) im Kanton Luzern grösser als 1, was bedeutet, dass der Kanton im Bereich Psychiatrie ein Exportkanton war (vgl. Abbildung G 4.7). Der EI hat im Kanton Luzern zwischen 2018 und 2021 leicht zugenommen.

G 4.6 Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern, 2018–2021

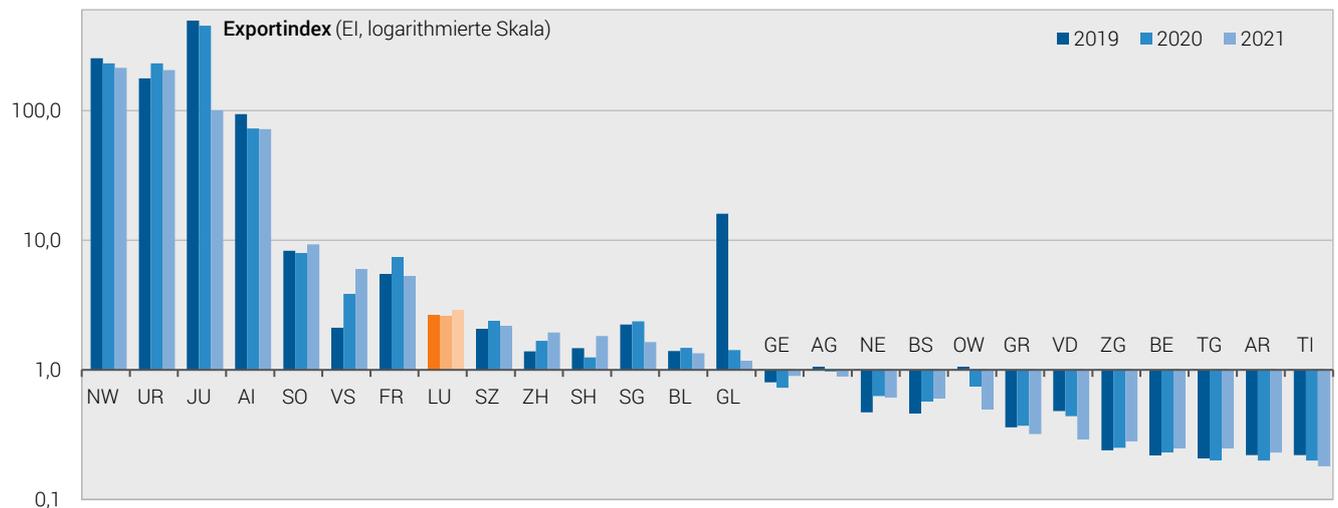
Bereich	Indikator	2018	2019	2020	2021
Import	Zuwanderung	386	386	393	387
	Zustrom, %	16,1%	15,6%	16,0%	14,4%
Export	Abwanderung	1 011	1 020	1 028	1 126
	Abfluss, %	33,4%	32,7%	33,3%	32,9%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI), %	66,6%	67,3%	66,7%	67,1%
	Market Share Index (MSI), %	83,9%	84,5%	84,0%	85,6%
	Nettowanderung	-625	-634	-635	-739
	Exportindex (EI)	2,62	2,64	2,62	2,91



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 4.7 Exportindex nach Kanton, 2019–2021



Bemerkungen: Der Exportindex bezeichnet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung (vgl. Tabelle T.3.9). Ein Index von 1 bedeutet, dass sich Zu- und Abwanderung die Waage halten.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Zuwanderung und Zustrom

Im Jahr 2021 entfielen 387 Spitalaufenthalte im Kanton Luzern auf ausserkantonale Patientinnen und Patienten (vgl. Tabelle T 4.8). Die Mehrheit der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten stammten aus den Kantonen Aargau (23%, 89 Fälle), Nidwalden (22%, 85 Fälle), Obwalden (16%, 62 Fälle) und Bern (14%, 56 Fälle). Eine erhebliche Zunahme hat es zwischen 2018 und 2021 von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Nidwalden gegeben (+20%), abgenommen haben hingegen die Patientenströme aus den Kantonen Bern (-23%) und Obwalden (-16%). Die Zuwanderung aus dem Kanton Aargau blieb im Analysezeitraum stabil.

Seit 2019 ist der Anteil der Notfalleintritte sowohl bei den ausserkantonalen als auch bei innerkantonalen Patientinnen und Patienten zurückgegangen (vgl. Abbildung G 4.8). Keine wesentlichen Unterschiede zwischen inner- und ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zeigten sich in Bezug den Schweregrad.

Gemäss Tabelle T 4.9 war der Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten (Zustrom) im Jahr 2021 am grössten in für das Therapiezentrum Meggen (58%) und am kleinsten in der lups Luzern (7%). Die absolute Anzahl zugewanderter Fälle war jedoch in der lups St. Urban am höchsten (257 Fälle), wobei die meisten Fälle aus dem Kanton Aargau stammen (76 Fälle, 30%).

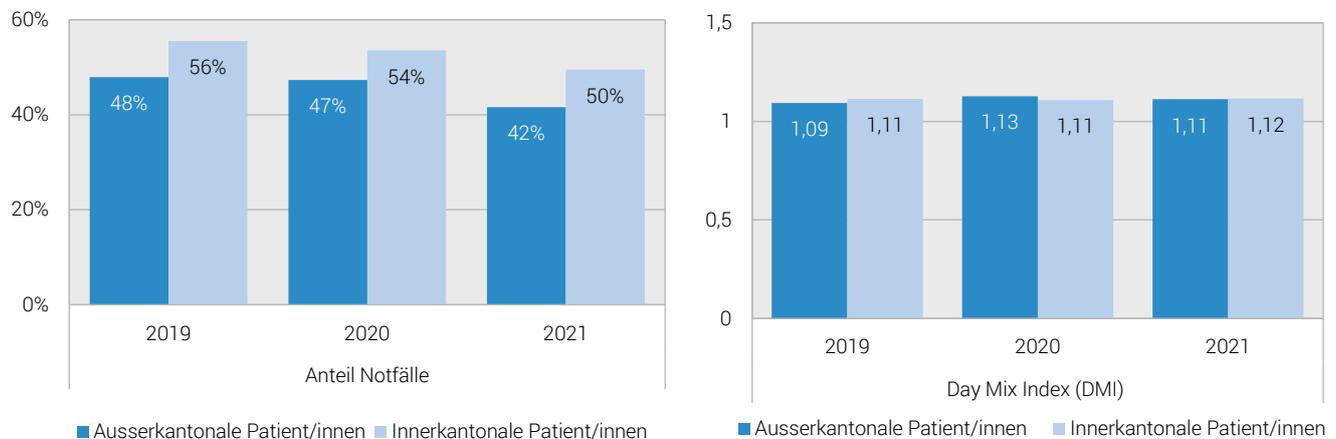
T 4.8 Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft, 2018–2021

Herkunft	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% 2021
AG	91	89	90	89		-2%	23%
NW	71	87	91	85		+20%	22%
OW	74	78	82	62		-16%	16%
BE	73	43	50	56		-23%	14%
ZH	24	12	16	21		-13%	5%
Ausland	9	17	6	20		+122%	5%
SO	8	12	8	20		+150%	5%
SZ	9	15	10	13		+44%	3%
ZG	5	13	19	9		+80%	2%
BL	4	8	4	3		-25%	1%
UR	7	2	1	2		-71%	1%
VS	2	3	2	0		-100%	0%
Übrige	9	7	14	7		-22%	2%
Total	386	386	393	387		+0%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 4.8 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern nach Patientenherkunft, 2019–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 4.9 Zuwanderung und Zustrom im Kanton Luzern nach Leistungserbringer und Patientenherkunft, 2021

Spital	Zustrom	Zuwanderung nach Patientenherkunft													
		Anzahl							Anteil						
		AG	NW	OW	BE	ZH	Übrige	Total	AG	NW	OW	BE	ZH	Übrige	
Luzerner Psychiatrie (lups) Kriens	17%	1	2	6	0	0	4	13	8%	15%	46%	0%	0%	31%	
Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern	7%	3	19	11	0	0	15	48	6%	40%	23%	0%	0%	31%	
Luzerner Psychiatrie (lups) Luzern (AKIS)	14%	4	12	6	0	3	2	27	15%	44%	22%	0%	11%	7%	
Luzerner Psychiatrie (lups) St. Urban	16%	76	49	37	56	4	35	257	30%	19%	14%	22%	2%	14%	
Therapiezentrum Meggen	58%	5	3	2	0	14	18	42	12%	7%	5%	0%	33%	43%	
Total	14%	89	85	62	56	21	74	387	23%	22%	16%	14%	5%	19%	

Bemerkung: Der Zustrom zeigt, wie gross der Anteil ausserkantonaler Patient/innen im Verhältnis zum Total der Fälle pro Spital ist. Bei der Zuwanderung werden ausschliesslich die ausserkantonalen Patient/innen betrachtet. Ausgewiesen sind die absolute Anzahl (orange) und die relativen Anteile (grau) ausserkantonaler Patient/innen nach Wohnkanton.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 4.10 Zuwanderung und Zustrom im Kanton Luzern nach Leistungsgruppe, 2018–2021

Leistungsgruppe	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% Zustrom 2021
Organische Störungen (F00-F09)	14	20	23	19		36%	12,7%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	73	100	68	81		11%	19,3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	50	40	49	48		-4%	17,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	60	60	69	63		5%	14,0%
Affektive Störungen (F30-F39)	80	85	67	84		5%	12,9%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	64	43	54	36		-44%	10,1%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	2	1	2	2		0%	* *
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	22	15	35	29		32%	13,6%
Intelligenzstörungen (F70-F79)	9	8	9	6		-33%	19,4%
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	2	3	2	4		100%	15,4%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	5	7	13	9		80%	17,0%
Nicht-F Diagnosen (andere)	5	4	2	6		20%	15,0%
Total	386	386	393	387		0%	14,4%

Bemerkung: Der Zustrom beschreibt den Anteil Hospitalisierungen ausserkantonaler Patient/innen in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern. (*) Für Leistungsgruppe mit weniger als 20 Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton LU wird der Zustrom in Prozent nicht ausgewiesen.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Tabelle T 4.10 zeigt die Zuwanderung und den Zustrom nach Leistungsgruppe. Man sieht, dass der Zustrom über alle Leistungsgruppen hinweg 14,4% betrug (387 Fälle im Jahr 2021) und über den Analysezeitraum stabil bleibt. Der Anteil Hospitalisierungen ausserkantonaler Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern ist über alle Leistungsgruppen vergleichbar und bewegte sich zwischen rund 10% und rund 20%.

Abwanderung und Abfluss

Die Patientenströme von Luzerner Patientinnen und Patienten in andere Kantone für den Zeitraum von 2018 bis 2021 ist in Tabelle T 4.11 dargestellt. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 1126 Luzerner Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen hospitalisiert. Die Abwanderung hat zwischen 2018 und 2021 insgesamt um 11% zugenommen. Die grösste Abwanderung erfolgte in den Kanton Bern (20%, 228 Fälle) und den Kanton Obwalden (19%, 219 Fälle), wobei die Abwanderung in den Kanton Obwalden zwischen 2018 und 2021 stark zugenommen hat (+113%).

Der Anteil an Notfalleintritten war bei innerkantonalen Hospitalisierungen deutlich höher (50% im Jahr 2021) als bei ausserkantonalen Hospitalisierungen (15% im Jahr 2021, vgl. Abbildung G 4.9). Der Schweregrad (DMI) bei Hospitalisierungen innerhalb des Kantons übertraf in allen Jahren leicht höher als bei Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons.

Tabelle T 4.12 beschreibt die Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Leistungsgruppe.

Insgesamt wurden 1126 Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons hospitalisiert (Abfluss von 32,9%). Der höchste Anteil an ausserkantonalen Behandlungen ist bei Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Abfluss von 84%) auszumachen, wobei es sich mit 42 Fällen im Jahr 2021 um eine eher kleine Leistungsgruppe handelt. In absoluten Zahlen war vor allem die Abwanderung bei den affektiven Störungen (578 Fälle im Jahr 2021) von Bedeutung.

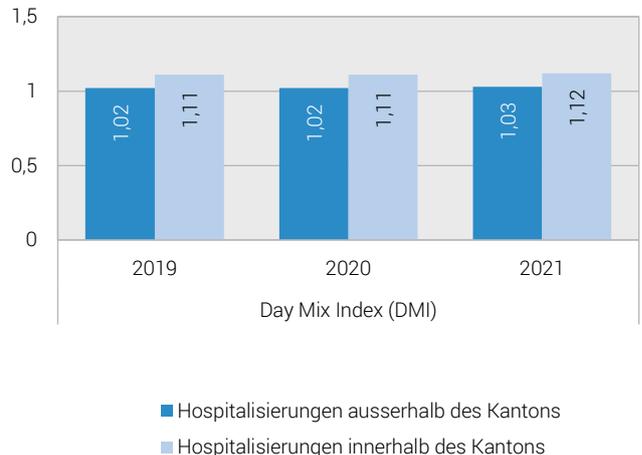
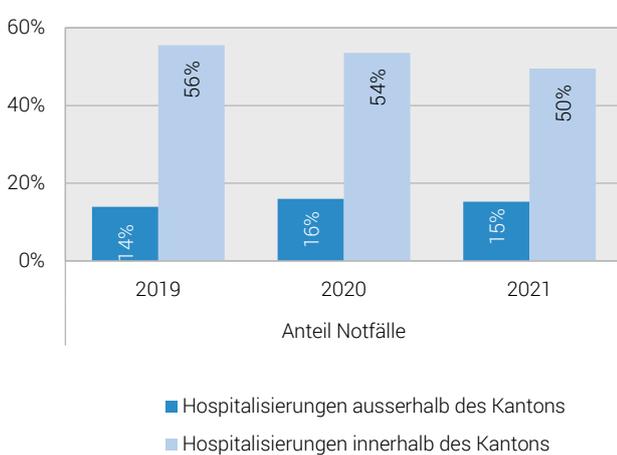
T 4.11 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton, 2018–2021

Zielkanton	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% 2021
BE	252	248	263	228		-10%	20%
OW	103	109	164	219		+113%	19%
ZG	180	109	130	130		-28%	12%
AG	94	112	89	107		+14%	10%
SZ	77	105	104	102		+32%	9%
TG	103	112	77	95		-8%	8%
ZH	98	95	89	92		-6%	8%
GR	40	49	37	44		+10%	4%
BS	22	38	23	19		-14%	2%
Übrige	42	43	52	90		+114%	8%
Total	1 011	1 020	1 028	1 126		+11%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 4.9 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Ort der Behandlung, 2019–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 4.12 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Leistungsgruppe, 2018–2021

Leistungsgruppe	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% Abfluss 2021
Organische Störungen (F00-F09)	10	7	6	13		30%	9,0%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	63	82	70	78		24%	18,8%
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	41	50	58	58		41%	20,1%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	51	54	66	71		39%	15,5%
Affektive Störungen (F30-F39)	553	544	548	578		5%	50,4%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	179	159	129	168		-6%	34,4%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	33	39	34	42		27%	84,0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	54	68	87	100		85%	35,1%
Intelligenzstörungen (F70-F79)	1	2	3	1		0%	3,8%
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	3	1	5	4		33%	15,4%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	9	5	9	5		-44%	10,2%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	1	0	0	0		-100% *	*
Nicht-F Diagnosen (andere)	13	9	13	8		-38%	19,0%
Total	1 011	1 020	1 028	1 126		11%	32,9%

Bemerkung: Der Abfluss beschreibt den Anteil Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern, die in Spitälern mit Standort ausserhalb des Kantons behandelt wurden. Für Leistungsgruppen mit weniger als 20 Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern, wird der Abfluss nicht ausgewiesen (*).

Quelle: BFS – MS, KS

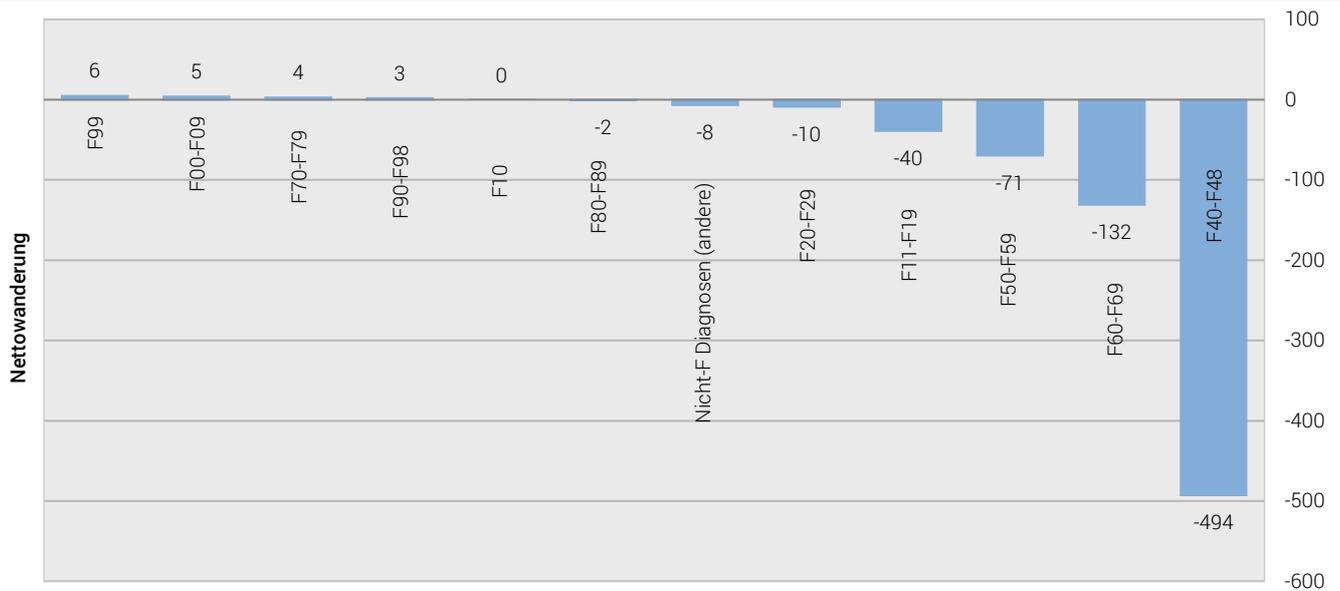
© Obsan 2024

Nettowanderung

Abbildung G 4.10 zeigt die Nettowanderung im Jahr 2021 nach Leistungsgruppe. Es zeigt sich, dass in keiner Leistungsgruppe eine wesentliche Nettozuwanderung existierte. Die mit Abstand

grösste Nettoabwanderung ist für die Leistungsgruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (-494) auszumachen.

G 4.10 Nettowanderung für den Kanton Luzern nach Leistungsgruppe, 2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

4.2 Bedarfsprognose

Kapitel 4.2 enthält die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs in der Psychiatrie. Mit Bezug auf den gesetzlichen Auftrag der Kantone gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV beziehen sich die Prognosen auf den Bedarf der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern. Ziel ist es, eine zuverlässige Schätzung des künftigen Leistungsbedarfs zu erhalten. Dazu berücksichtigt der Kanton insbesondere die relevanten Einflussfaktoren, wie dies in Art. 58b Abs. 1 KVV vorgesehen ist. Die Bedarfsprognosen bilden die Grundlage für die neue kantonale Planung und wurden mit dem im Kapitel 2.4 (auf Seite 17) beschriebenen Prognosemodell berechnet. Als Ausgangspunkt dienen die Daten der MS für das Referenzjahr 2021. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis zum Jahr 2035 (Prognosehorizont). Im Zentrum der Bedarfsprognose steht das Basisszenario, welches das plausibelste Szenario darstellt. Das Minimalszenario und das Maximalszenario stellen die Bandbreite der möglichen Entwicklungen dar. Das Minimalszenario kombiniert Annahmen und Szenarien zu den Einflussfaktoren, die zu einer relativ niedrigen Bedarfsschätzung führen, während das Maximalszenario die Obergrenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen aufzeigt. Alle Einflussfaktoren wurden in Kapitel 2.4 ausführlich beschrieben, die Definition der relevanten Parameter für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs der Luzerner Wohnbevölkerung sind in Kasten K 4.2 zusammengefasst.

Bei der Prognose des stationären Leistungsbedarfs ist zu berücksichtigen, dass auch der ambulante Bereich der Psychiatrie im Wandel begriffen ist. Einerseits dürfte sich das Angebot verbessern, da Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab dem 1. Juli 2022 nach ärztlicher Anordnung (Anordnungsmodell) selbstständig im ambulanten Sektor praktizieren können. Zuvor galt das Delegationsmodell, wobei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Anstellung bei einem Psychiater bzw. Psychiaterin sein mussten. Andererseits gibt es Entwicklungen in der Früherkennung bestimmter Störungen (z.B. Autismus-Spektrum) und in

der Patientenbetreuung, die die Notwendigkeit stationärer Versorgung reduzieren können. Gleichzeitig existieren aber entgegenwirkende Entwicklungen, die die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs erschweren. Aufgrund der steigenden Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Diensten zwischen 2012 und 2018 integrierte beispielsweise der Kanton Zürich eine sukzessive Zunahme in seine Prognosen des künftigen Leistungsbedarfs (GDZH, 2021). Andere Kantone (SH, AR, FR) haben keine vergleichbaren Annahmen getroffen (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021; Jörg et al., 2019; Füglistner et al., 2023). Der Kanton Luzern hingegen hält eine weitere Verlagerung der Behandlungen in Richtung Ambulatorien und «Home treatment» für möglich. Zudem stellen Tageskliniken für alle Altersgruppen zumindest teilweise eine Alternative zur stationären Betreuung dar. Dementsprechend wird für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs eine Angleichung der Hospitalisierungsraten der Luzerner Wohnbevölkerung an die gesamtschweizerischen Referenzwerte angenommen, insofern für Luzern im Referenzjahr höhere Hospitalisierungsraten zu verzeichnen sind.

4.2.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

In diesem Kapitel wird der für das Jahr 2035 prognostizierte Leistungsbedarf dargestellt. Es handelt sich um einen Bedarf, der alle Einflussfaktoren gemäss Prognosemodell gleichzeitig berücksichtigt. Die isolierten Auswirkungen pro Einflussfaktor werden Kapitel 4.2.2 beschrieben.

Prognostizierte Fälle 2035

Abbildung G 4.11 zeigt die erwartete Entwicklung des Versorgungsbedarfs mit Bezug auf die unterschiedlichen Prognoseszenarien. Gemäss dem Basisszenario wird für den Zeitraum 2012–2035 ein Wachstum der Anzahl stationärer Fälle um 7% erwartet, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Fallzahl

K 4.2 Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Psychiatrie		3 Szenarien			
		Min	Basis	Max	
Einflussfaktoren	Demographie	BFS tief	BFS Referenz	BFS hoch	Fälle
	Angleichung Hospitalisierungsraten	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 75%.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 50%.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt	
	Epidemiologie	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung	
	Medizintechnik	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung	
	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 60. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro Leistungsgruppe	Keine systematische Reduktion der MAHD, Grundlage für die Prognose bildet die MAHD der Luzerner Kantonsbevölkerung	Keine systematische Reduktion der MAHD, Grundlage für die Prognose bildet die MAHD der Luzerner Kantonsbevölkerung	Tage

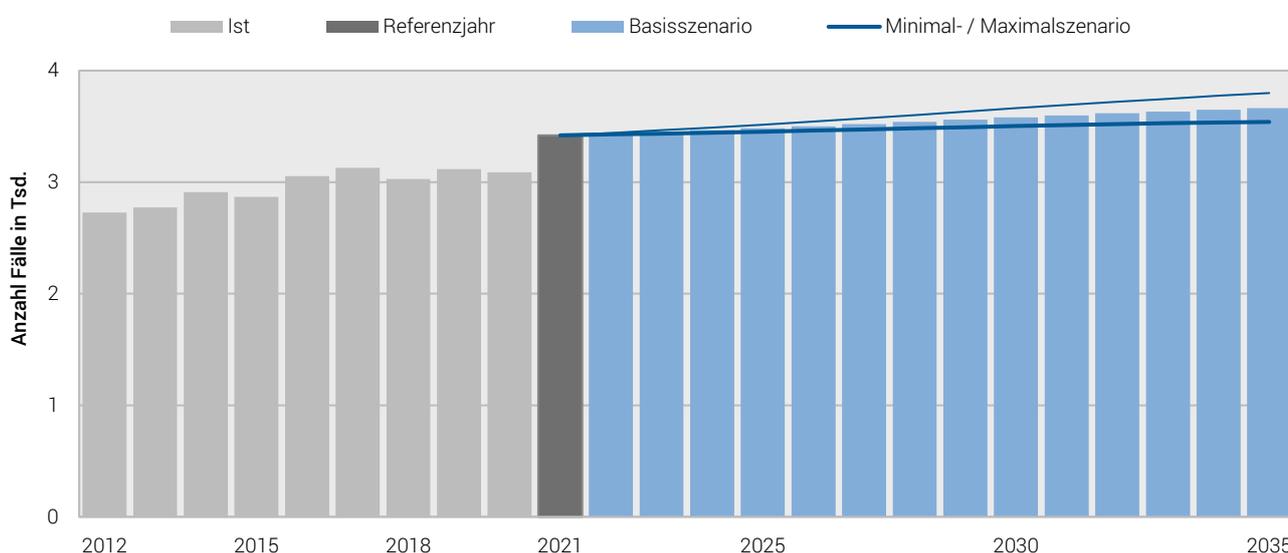
von 0,5% entspricht. Dieses Szenario geht also davon aus, dass die Fallzahl von 3420 im Jahr 2021 auf 3664 im Jahr 2035 ansteigen wird, was 244 zusätzlichen Hospitalisierungen entspricht. Auch das Minimalszenario (+4%) und das Maximalszenario (+11%) gehen von einem Anstieg der akutstationären Fallzahlen bis 2035 aus.

In Tabelle T 4.13 ist die Aufschlüsselung der Bedarfsprognose nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario dargestellt. Mit Ausnahme der Leistungsgruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (-1%) und Entwicklungsstörungen (-4%) wird im Basisszenario innerhalb des Prognosezeitraums für sämtliche Leistungsgruppen eine Zunahme des Versorgungsbedarfs erwartet. Die höchste Zunahme wird in allen Szenarien in den Leistungsgruppen organische Störungen (+43%) und Nicht-F-Diagnosen (+31%) prognostiziert.

Prognostizierte Pflegetage 2035

Die prognostizierten Pflegetage für das Jahr 2035 sind in Tabelle T 4.14 dargestellt. Im Basisszenario fällt die relative Zunahme der Pflegetage (+7%) gleich aus wie die Zunahme der Fallzahlen (+7%). Auch im Maximalszenario ist die Zunahme der Pflegetage identisch mit der Zunahme der Fallzahlen (+11%). Nur im Minimalszenario wird bei den Pflegetagen eine Reduktion der Pflegetage prognostiziert (-6%), während die Fallzahlen zunehmen (+4%). Das liegt daran, dass im Minimalszenario von einer Angleichung an die MAHD des Spitals im 60. Perzentil pro Leistungsgruppe ausgegangen wird.

G 4.11 Entwicklung der Fallzahlen, 2012–2035



Szenario	2021	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
Basis	3 420	3 664	+7%	+0,5%
Max	3 420	3 799	+11%	+0,8%
Min	3 420	3 540	+4%	+0,2%

Bemerkungen: CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

T 4.13 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2035

Leistungsgruppe	Referenz	Min			Basis			Max		
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
Organische Störungen (F00-F09)	144	199	+38%	206	+43%	211	+47%			
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	416	430	+3%	442	+6%	454	+9%			
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	289	270	-7%	286	-1%	309	+7%			
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	457	467	+2%	481	+5%	495	+8%			
Affektive Störungen (F30-F39)	1 147	1 197	+4%	1 232	+7%	1 266	+10%			
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	489	495	+1%	515	+5%	540	+10%			
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	50	50	0%	52	+4%	54	+8%			
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	285	280	-2%	291	+2%	301	+6%			
Intelligenzstörungen (F70-F79)	26	26	0%	27	+4%	28	+8%			
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	26	22	-15%	25	-4%	29	+12%			
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	49	50	+2%	53	+8%	56	+14%			
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	0	0	-	0	-	0	-			
Nicht-F Diagnosen (andere)	42	53	+26%	55	+31%	56	+33%			
Total	3 420	3 540	+4%	3 664	+7%	3 799	+11%			

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

T 4.14 Prognostizierter Pfl egetage nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2035

Leistungsgruppe	Referenz	Min			Basis			Max		
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
Organische Störungen (F00-F09)	6 492	6 898	+6%	9 265	+43%	9 529	+47%			
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	14 326	12 442	-13%	15 230	+6%	15 639	+9%			
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	8 877	7 157	-19%	8 777	-1%	9 486	+7%			
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	21 118	18 873	-11%	22 240	+5%	22 871	+8%			
Affektive Störungen (F30-F39)	48 071	48 712	+1%	51 627	+7%	53 052	+10%			
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	17 122	15 698	-8%	18 043	+5%	18 915	+10%			
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	3 500	3 018	-14%	3 631	+4%	3 772	+8%			
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	10 400	9 491	-9%	10 605	+2%	10 986	+6%			
Intelligenzstörungen (F70-F79)	808	813	+1%	839	+4%	864	+7%			
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	982	673	-31%	933	-5%	1 087	+11%			
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	2 251	1 808	-20%	2 437	+8%	2 571	+14%			
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	.	0	-	0	-	0	-			
Nicht-F Diagnosen (andere)	1 621	1 942	+20%	2 109	+30%	2 155	+33%			
Total	135 568	127 525	-6%	145 734	+7%	150 928	+11%			

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

4.2.2 Effekte einzelner Einflussfaktoren

Im vorangehenden Kapitel wurde der Bedarfsprognose unter Einbezug aller berücksichtigter Einflussfaktoren präsentiert. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren separat betrachtet.

Effekte der demografischen Entwicklung

Tabelle T 4.15 zeigt den Effekt der demografischen Entwicklung gemäss den drei BFS Szenarien auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und nach Leistungsgruppe. In allen Prognoseszenarien ergibt sich eine Zunahme des prognostizierten Leistungsbedarfs unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Effekte. Am grössten sind die Effekte in den Leistungsgruppen zu den organischen Störungen sowie in der Leistungsgruppe der Hospitalisierungen ohne Hauptdiagnose aus dem F-Bereich. Das ist nicht weiter überraschen, da in diesen Gruppen auch Demenzerkrankten (F00-F03) respektive Alzheimer-Erkrankungen (G30) enthalten sind. Diese Teilbereiche kennzeichnen sich durch ein älteres Patientenkollektiv, weshalb aufgrund der demografischen Alterung insbesondere in den besagten Leistungsgruppen die stärksten Effekte zu erwarten sind. In den übrigen Leistungsgruppen beläuft sich die prognostizierte Zunahme des Leistungsbedarfs infolge der demografischen Entwicklungen im Basisszenario auf zwischen +2% und +8%.

Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten

Abbildung G 4.12 zeigt den Vergleich der Hospitalisierungsraten für die Luzerner und gesamtschweizerische Bevölkerung im Psychiatriebereich. Im Gegensatz zur Akutsomatik zeigt sich hier kein deutliches Muster im Sinne, dass die Hospitalisierungsraten der Luzerner Bevölkerung systematisch von den gesamtschweizerischen Referenzwerte abweichen. In Bezug auf das Alter ist festzustellen, dass die Hospitalisierungsraten am höchsten ist bei den 18-24-Jährigen. Ebenfalls fällt auf, dass die Hospitalisierungsraten im Pensionsalter grundsätzlich niedriger sind als im Erwerbsalter.

Tabelle T 4.16 zeigt die Effekte der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario. Insgesamt sind die Effekte sehr gering: Im Basisszenario (-0,7%) wie auch im Minimalszenario (-1%) ist eine leichte Abnahme anzunehmen. Betrachtet man die einzelnen Leistungsgruppen wird insbesondere für Entwicklungsstörungen sowohl eine deutliche Abnahme des Leistungsbedarfs aufgrund der Angleichung der Raten geschätzt (im Minimalszenario -15% und im Basisszenario -12%). Im Maximalszenario wurde keine Angleichung der Hospitalisierungsraten in die Prognose integriert. Dementsprechend sind in diesem Szenario auch keine Effekte ersichtlich.

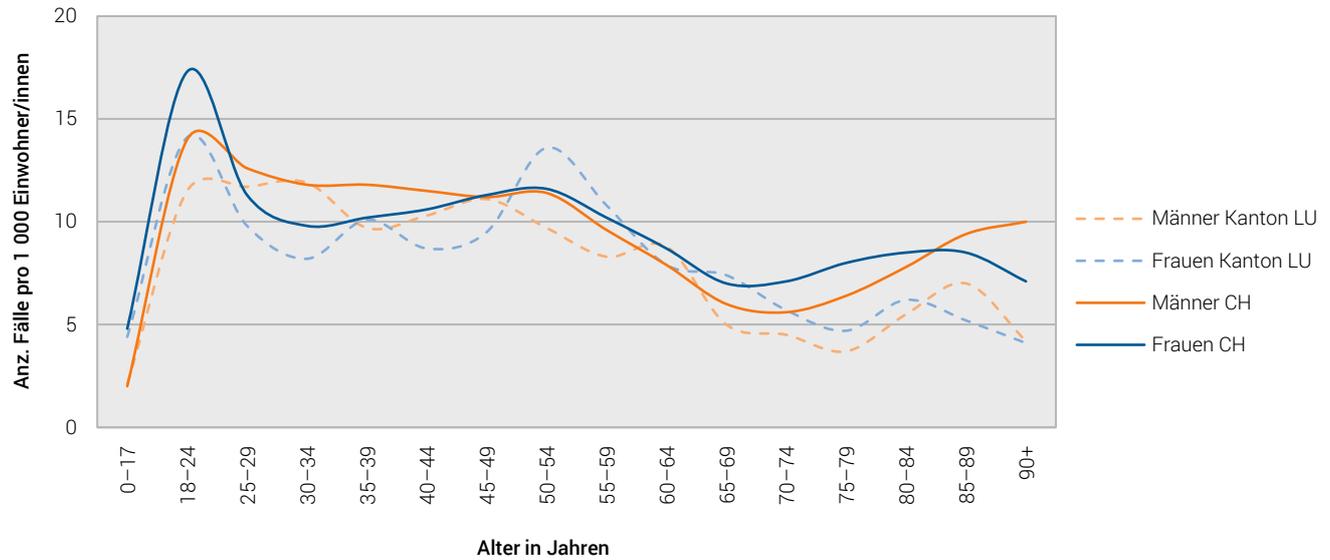
T 4.15 Effekt der demografischen Entwicklung auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und Leistungsgruppe, 2035

Leistungsgruppe	Referenz	Min			Basis			Max		
	2021	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Organische Störungen (F00-F09)	144	199	+38%		206	+43%		211	+47%	
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	416	430	+3%		442	+6%		454	+9%	
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	289	288	-0%		299	+3%		309	+7%	
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	457	467	+2%		481	+5%		495	+8%	
Affektive Störungen (F30-F39)	1 147	1 197	+4%		1 232	+7%		1 266	+10%	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	489	505	+3%		523	+7%		540	+10%	
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	50	50	0%		52	+4%		54	+8%	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	285	280	-2%		291	+2%		301	+6%	
Intelligenzstörungen (F70-F79)	26	26	0%		27	+4%		28	+8%	
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	26	26	0%		27	+4%		29	+12%	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	49	50	+2%		53	+8%		56	+14%	
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	0	0			0			0		
Nicht-F Diagnosen (andere)	42	53	+26%		55	+31%		56	+33%	
Total	3 420	3 573	+4%		3 687	+8%		3 799	+11%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

G 4.12 Hospitalisierungsrate im Bereich der Psychiatrie nach Geschlecht, Altersgruppe und Wohnort, 2021



Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

T 4.16 Effekt aufgrund der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und Leistungsgruppe, 2035

Leistungsgruppe	Referenz	Min		Basis	
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Organische Störungen (F00-F09)	144	144	0%	144	0%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	416	416	0%	416	0%
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	289	270	-7%	276	-4%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	457	457	0%	457	0%
Affektive Störungen (F30-F39)	1 147	1 147	0%	1 147	0%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	489	478	-2%	481	-2%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	50	50	0%	50	0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	285	285	0%	285	0%
Intelligenzstörungen (F70-F79)	26	26	0%	26	0%
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	26	22	-15%	23	-12%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	49	49	0%	49	0%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	0	0	-	0	-
Nicht-F Diagnosen (andere)	42	42	0%	42	0%
Total	3 420	3 386	-1,0%	3 397	-0,7%

Bemerkung: Das Maximalszenario geht von keiner Angleichung der Hospitalisierungsraten aus und ist deshalb hier nicht dargestellt.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

4.2.3 Prognostizierte Patientenströme

Wie bereits in Kapitel 3.2.3 zur Akutsomatik erläutert, ist eine Prognose in Bezug auf die Patientenströme schwierig bzw. mit grossen Unsicherheiten behaftet. Angesichts dieser Unsicherheiten ist die in Tabelle T 4.17 gezeigte Auswertung zur prognostizierten Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten mehr als Orientierungshilfe zu verstehen, anhand dessen die Entwicklungen im Prognosezeitraum eingeordnet werden können. Sollten sich im Zeitraum bis 2035 massgebliche Abweichungen zur Prognose der Patientenströme offenbaren, könnten dies auf massgebliche Veränderungen in der Versorgungslandschaft hinweisen. Im Total wird ein Anstieg der Abwanderung um 72 Fälle (+6%) auf 1198 Fälle prognostiziert. Ausgehend von den ausserkantonalen Hospitalisierungen im Referenzjahr ist dadurch vor allem ein Anstieg der Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort in den Kantonen Bern und Obwalden zu erwarten. Gemäss Prognose werden Spitäler mit Standort in diesen Kantonen im Jahr 2035 mehr als 200 stationäre Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten verzeichnen. Da sich die Spitalplanung auf die Versorgung der im Kanton wohnhaften Bevölkerung konzentriert, wird die Zuwanderung nicht weiter betrachtet.

T 4.17 Prognostizierte Patientenströme – Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Zielkanton (Basisszenario), 2021 vs. 2035

Zielkanton	2021		2035		Veränderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
BE	228	20%	243	20%	+15	+7%
OW	219	19%	232	19%	+13	+6%
ZG	130	12%	139	12%	+9	+7%
AG	107	10%	113	9%	+6	+6%
SZ	102	9%	110	9%	+8	+8%
TG	95	8%	100	8%	+5	+5%
ZH	92	8%	97	8%	+5	+5%
GR	44	4%	48	4%	+4	+9%
BS	19	2%	20	2%	+1	+5%
Übrige	90	8%	96	8%	+6	+7%
Total	1 126	100%	1 198	100%	+72	+6%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien © Obsan 2024

5 Rehabilitation

Kapitel 5 enthält die Analysen zur stationären Versorgung in der Rehabilitation und umfasst die Analyse der aktuellen Versorgungssituation im Kanton Luzern (Bedarfsanalyse, Kapitel 5.1) sowie die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs der Luzerner Wohnbevölkerung (Bedarfsprognose, Kapitel 5.2). Bis heute gibt es im Bundesrecht keine Definition des Begriffs der Rehabilitation, die für die Spitalplanung und die Vergabe von Leistungsaufträgen massgebend wäre. Gemäss der World Health Organisation (WHO) ist Rehabilitation definiert als «eine Reihe von Interventionen, die darauf ausgerichtet sind, die Funktionsfähigkeit zu optimieren und die Behinderung von Menschen mit Gesundheitsproblemen zu verringern, wenn sie mit ihrer Umwelt interagieren».¹⁷ Rehabilitation kann viele verschiedene Formen annehmen. Die vorliegende Bedarfsplanung beschränkt sich jedoch auf die medizinische Rehabilitation, bei der die individuellen Voraussetzungen des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsfähigkeit und des Rehabilitationspotenzials erfüllt sein müssen. Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung von akuten Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung von deren Folgen. Diese manifestieren sich in Form von Gesundheitsschäden und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe an der Gesellschaft. Rehabilitation wird hier hauptsächlich über das Kostenübernahmezentrum und die Krankenhausstypologie definiert und umfasst auch geriatrische Patientinnen und Patienten, mit Ausnahme von jenen in der Akutgeriatrie¹⁸. Die Abgrenzung des Bereichs der Rehabilitation findet sich in Kasten K 2.1 auf Seite 14.

5.1 Bedarfsanalyse

Wie bei der Akutsomatik und der Psychiatrie will Art. 58b Abs. 1 KVV, dass die Kantone ihren Pflegebedarf nach einem überprüfbareren Verfahren ermitteln, das sowohl auf statistisch begründeten Daten als auch auf Vergleichen beruht. Bei dieser Bedarfsplanung ist auch das Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen genutzt wird, die nicht auf ihrer Spitalliste stehen (Art. 58b Abs. 2 KVV). Mit Bezug auf diese gesetzlichen Grundlagen werden in Kapitel 5 für den Zeitraum 2019 bis 2021 die Inanspruchnahme (Ka-

pitel 5.1.1), das Versorgungsangebot (Kapitel 5.1.2), die interkantonalen Patientenströme (Kapitel 0) sowie die innerkantonalen und regionalen Patientenströme (Kapitel 0) analysiert. Zentrale Grundlage für die Analysen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und die aktuell für die Rehabilitation gültige Spitalliste¹⁹ des Kantons Luzern.

Die Bedarfsanalysen für die Rehabilitation basieren auf zehn Leistungsbereichen, die durch ihre Hauptdiagnose und/oder durch einen Behandlungscode definiert sind (vgl. Kapitel 2.3.3 auf Seite 16). Ab 2019 ermöglicht der Behandlungscode (CHOP) BA.8 die direkte Identifizierung der Geriatrischen Rehabilitationsfälle, während diese in den Vorjahren als nicht durch eine Diagnose identifizierbare Restfälle wie die Fälle der internistischen und onkologischen Rehabilitation betrachtet und von diesen anhand des Alters unterschieden wurden. Diese methodologische Änderung wirkt sich auch auf die Analyse der zeitlichen Entwicklung nach Leistungsbereichen aus. Die neue Definition der Geriatrischen Rehabilitation, die die Verwendung des CHOP-Codes BA.8 impliziert, wurde für die gesamte Schweiz übernommen und bildet auch die Grundlage zur Abgrenzung der Geriatrischen Rehabilitation für den vorliegenden Bericht. Es ist jedoch möglich, dass einige Einrichtungen in anderen Kantonen diesen Behandlungscode für die geriatrische Rehabilitation nicht verwenden, deshalb sind Vergleiche zwischen der Luzerner und der Schweizer Rate mit Vorsicht zu interpretieren.

5.1.1 Inanspruchnahme

Die in Abbildung G 5.1 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme in der stationären Rehabilitation im Kanton Luzern. Zwischen 2012 und 2021 stieg die Hospitalisierungsrate für rehabilitative Behandlungen (+25,9%) von 5,9 auf 7,4 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Infolgedessen erhöhte sich auch die absolute Zahl der Hospitalisierungen (+37%), und zwar überproportional im Vergleich zum Bevölkerungswachstum (+8,9%) im selben Zeitraum. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) blieb relativ stabil (+2,9%), während die Anzahl der Pflagetage (PT) einem ähnlichen Trend wie die Zahl der Hospitalisierungen folgte

¹⁷ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (nur in Englisch/Französisch verfügbar).

¹⁸ Fälle, die nach SwissDRG-System fakturiert werden, gelten als akutgeriatrische Hospitalisierungen und fallen unter die Akutversorgung.

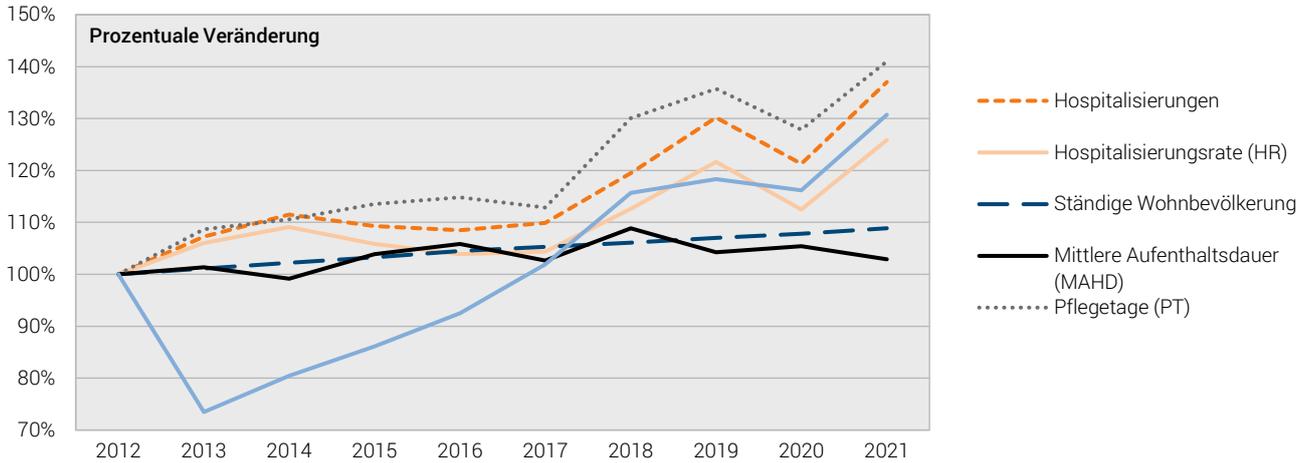
¹⁹ Spitalliste 2016, mit Änderungen vom 28.6.2016, 20.12.2016, 21.3.2017, 17.4.2018, 5.2.2019, 10.12.2019, 15.9.2020, 5.1.2021, 23.2.2021, 2.11.2021 und 15.3.2022, <https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung/spitalliste>.

(+41%). Die Entwicklung der Hospitalisierungen und Pflegetage reflektiert sich schliesslich auch in der Anzahl der Rehabilitationsbetten (+30,7%).

Abbildung G 5.2 zeigt die Verteilung der Fälle nach Hauptkostenträger für die Jahre 2018 bis 2021. Im Jahr 2021 wurden 94,7% der Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten

in der Rehabilitation über die Krankenversicherung respektive die OKP finanziert. Bei weiteren 4.7% war die UV der Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen. Die übrigen Kostenträger waren in der stationären Rehabilitation anteilmässig von marginaler Bedeutung.

G 5.1 Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern, 2012–2021



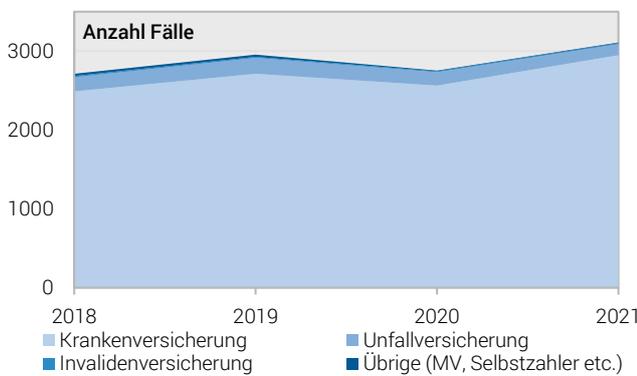
	2012	2021	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	386 082	420 326	+34 244	+8,9%	+0,9%
Hospitalisierungen	2 269	3 109	+840	+37,0%	+3,6%
Hospitalisierungsrate pro 1000 Einw. (HR)	5,9	7,4	+1,5	+25,9%	+2,6%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	24,8	25,6	+0,7	+2,9%	+0,3%
Pflegetage (PT)	56 366	79 476	+23 110	+41,0%	+3,9%
Betten	257	336	+79	+30,7%	+3,0%

Bemerkungen: Die Anzahl Betten entspricht der Bettenbetriebstage im Bereich «Rehabilitation» gemäss KS dividiert durch 365. Die Ständige Wohnbevölkerung in der STATPOP bezieht sich jeweils auf den 31. Dezember des betreffenden Jahres. Die Betten von der Luzerner Höhenklinik Montana AG sind eingeschlossen, auch wenn der Standort ausserhalb des Kantons liegt. CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS

© Obsan 2024

G 5.2 Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Hauptkostenträger, 2018–2021



Hauptkostenträger	2021	
	n	%
Krankenversicherung (KV)	2 945	94,7%
Unfallversicherung (UV)	144	4,6%
Invalidenversicherung (IV)	12	0,4%
Selbstzahler	6	0,2%
Militärversicherung (MV)	2	0,1%
Total	3 109	100%

Bemerkung: Die Variable Hauptkostenträger (Variable 0.1.V02 MS) kennzeichnet den Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im Wesentlichen aufkommt.

Quellen: BFS – MS

© Obsan 2024

Fallzahlen

Tabelle T 5.1 zeigt die Zahl der Fälle nach Leistungsbereich für die Jahre 2019 bis 2021. Im Jahr 2021 verzeichnete die MS insgesamt 3109 Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten im Bereich der Rehabilitation. Am meisten Fälle sind im Jahr 2021 in der Muskuloskelettalen Rehabilitation auszumachen (35,7%), gefolgt von der Neurologischen Rehabilitation (18,4%). Die Leistungsbereiche der Kardialen Rehabilitation und der Pulmonalen Rehabilitation betrafen jeweils etwas mehr als 10% der Fälle. In Tabelle T 5.1 pro Leistungsbereich separat ausgewiesen ist der Anteil der überwachungspflichtigen Rehabilitation (siehe ganz rechts in der Tabelle). Die überwachungspflichtigen Fälle machten 2021 einen Anteil von 1,1% aus (34 Fälle). Am meisten überwachungspflichtige Fälle sind in der Neurologischen Rehabilitation auszumachen (17 Fälle). Im Zeitraum zwischen 2019 und 2021 hat die Zahl der Hospitalisierungen in der Rehabilitation um 5,2% zugenommen (+155 Fälle). Der stärkste Anstieg betrifft dabei die Pulmonale Rehabilitation (+72%), was sicherlich auch auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist, da eine Covid-19-Erkrankung in vielen Fällen mit Pulmonalen Symptomen einhergeht.

Hospitalisierungsraten

Abbildung G 5.3 zeigt die Entwicklung der Hospitalisierungsraten im Zeitraum zwischen 2019 und 2021 für den Kanton Luzern im Vergleich zum Wert für die gesamte Schweiz. Da die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert sind (vgl. Kapitel 2.6.2), können Ergebnisse verglichen werden, ohne dass sie durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt werden. Im Total lag die Hospitalisierungsraten für den Kanton Luzern (7,5) unter dem gesamtschweizerischen Referenzwert (10,6). Am grössten waren die Unterschiede zwischen der Luzerner und der Schweizer Rate für die Leistungsbereiche Muskuloskelettale Rehabilitation sowie Interimistische und onkologische Rehabilitation. Die Veränderung der Hospitalisierungsraten zwischen 2019 und 2021 ist für den Bereich der Pulmonalen Rehabilitation am ausgeprägtesten. Wie bereits zuvor erwähnt, ist der Anstieg in diesem Leistungsbereich im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie zu verstehen.

T 5.1 Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich, 2019–2021

Leistungsbereich	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Anteil 2021	UEB 2021	
								Fälle	Anteil
Muskuloskelettale Rehabilitation	1 020	1 037	1 110		+90	+8,8%	35,7%	0	0,0%
Neurologische Rehabilitation	605	550	571		-34	-5,6%	18,4%	17	3,0%
Paraplegiologische Rehabilitation	132	119	98		-34	-25,8%	3,2%	4	4,1%
Kardiale Rehabilitation	338	343	386		+48	+14,2%	12,4%	1	0,3%
Pulmonale Rehabilitation	186	182	320		+134	+72,0%	10,3%	9	2,8%
Internistische und onkologische Rehabilitation	326	206	255		-71	-21,8%	8,2%	2	0,8%
Psychosomatische Rehabilitation	154	175	166		+12	+7,8%	5,3%	0	0,0%
Geriatrische Rehabilitation	150	112	167		+17	+11,3%	5,4%	0	0,0%
Pädiatrische Rehabilitation	23	24	26		+3	+13,0%	0,8%	1	3,8%
Nicht zuteilbare Leistungen	20	4	10		-10	-50,0%	0,3%	0	0,0%
Total	2 954	2 752	3 109		+155	+5,2%	100%	34	1,1%

Bemerkung: UEB = Überwachungspflichtige Rehabilitation (Querschnittsbereich). Der Anteil UEB entspricht der Anzahl der UEB-Fälle im Verhältnis zur Anzahl der Fälle im Bereich bzw. im Total.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 5.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten nach Patientenherkunft und Leistungsbereich, 2019–2021

	Fälle (n)	Standardisierte rate			Trend
	2021	2019	2020	2021	
Total					
– CH	94 386	10,7	10,2	10,6	
– LU	3 109	7,4	6,7	7,5	
Muskuloskelettale Rehabilitation					
– CH	33 753	3,7	3,6	3,7	
– LU	1 110	2,5	2,5	2,7	
Neurologische Rehabilitation					
– CH	14 810	1,8	1,7	1,7	
– LU	571	1,5	1,4	1,4	
Kardiale Rehabilitation					
– CH	8 858	1,1	1,0	1,0	
– LU	386	0,9	0,9	1,0	
Pulmonale Rehabilitation					
– CH	7 387	0,7	0,7	0,9	
– LU	320	0,5	0,5	0,8	
Internistische und onkologische Rehabilitation					
– CH	9 747	1,2	1,2	1,1	
– LU	255	0,8	0,5	0,6	

Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen. Die Darstellung nach Leistungsgruppen ist erst ab 2019 mit der verwendeten Systematik der Fallzusammenführung möglich. Dargestellt sind die Hospitalisierungsraten für das Total der Fälle sowie die häufigsten Leistungsbereiche. Eine komplette Übersicht mit allen Leistungsbereichen befindet sich im Anhang 3.

Quellen: BFS – MS, STATPOP

© Obsan 2024

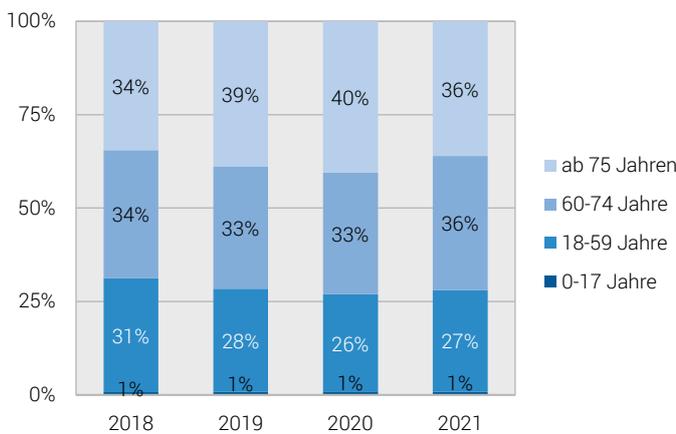
Hospitalisierungen nach Altersklassen

Unter den Hospitalisierungen der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern machen Personen der Altersgruppen 60-74 (35% im Jahr 2021) und Personen ab 75 Jahren (36% im Jahr 2021) den grössten Anteil aus (vgl. Abbildung G 5.4). Personen unter 18 Jahren machten nur einen Anteil von 1% an den stationären Behandlungen aus. Die Verteilung der Altersgruppen war zwischen 2018 und 2021 weitgehend stabil, mit Ausnahme der Altersgruppe 18-59 Jahre, deren Anteil im Analysezeitraum abgenommen hat.

Aufenthaltsdauer

Abbildung G 5.5 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern sowie für die Schweiz insgesamt zwischen 2018 und 2021. Mit einer durchschnittlichen Dauer von 25,6 Tagen im Jahr 2021 lag der Kanton Luzern über dem Schweizer Durchschnitt (24,1 Tage). Seit 2018 war für Luzern eine leichte Abnahme und Annäherung der MAHD an den gesamtschweizerischen Durchschnitt festzustellen.

G 5.4 Anzahl Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Altersklasse, 2018–2021

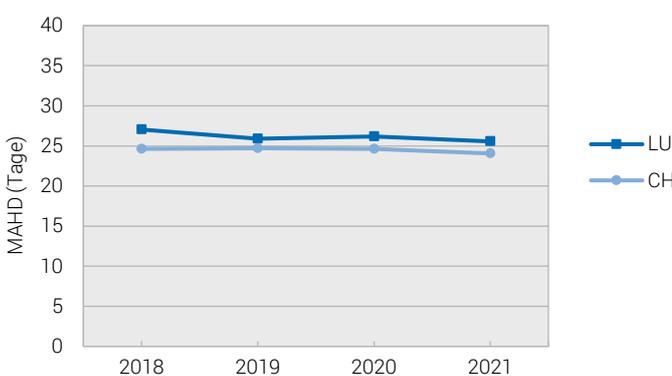


Altersklasse	2018	2019	2020	2021
0-17 Jahre	19	23	24	26
18-59 Jahre	829	817	717	848
60-74 Jahre	928	963	897	1 116
ab 75 Jahre	935	1 151	1 114	1 119
Total	2 711	2 954	2 752	3 109

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 5.5 Durchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) (Luzern vs. Schweiz), 2018–2021



	2018	2019	2020	2021
CH	24,6	24,7	24,6	24,1
LU	27,0	25,9	26,2	25,6

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Tabelle T 5.2 zeigt die MAHD von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Leistungsbereich im Zeitverlauf. Eine überdurchschnittlich lange MAHD ist vor allem für Hospitalisierungen im Leistungsbereich der Paraplegiologischen Rehabilitation (40,2 Tage im Jahr 2021) zu verzeichnen, vergleichsweise kurz waren die Spitalaufenthalte in der internistischen und

onkologischen Rehabilitation (20,4 Tage). Über alle Leistungsbe- reiche hinweg ist eine leichte Abnahme der MAHD zu erkennen (-0,3 Fälle, -1,3%). Die grösste Zunahme der MAHD ist im Bereich Neurologische Rehabilitation festzustellen (+8,9%), die grösste Abnahme im Bereich der Paraplegiologischen Rehabilitation (-15,9%).

T 5.2 Durchschnittliche MAHD von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Leistungsbereich, 2019–2021

Leistungsbereich	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)
Muskuloskelettale Rehabilitation	23.1	23.0	23.1		-0.0	-0.1%
Neurologische Rehabilitation	29.3	30.1	32.0		+2.6	+8.9%
Paraplegiologische Rehabilitation	47.8	44.5	40.2		-7.6	-15.9%
Kardiale Rehabilitation	21.9	22.3	21.4		-0.5	-2.3%
Pulmonale Rehabilitation	24.0	24.4	24.0		+0.0	+0.1%
Internistische und onkologische Rehabilitation	23.5	20.2	20.4		-3.0	-13.0%
Psychosomatische Rehabilitation	32.8	36.1	34.9		+2.1	+6.2%
Geriatrische Rehabilitation	21.1	22.9	22.7		+1.7	+7.8%
Pädiatrische Rehabilitation	33.5	46.0	31.0		-2.5	-7.5%
Nicht zuteilbare Leistungen	18.7	23.8	13.0		-5.7	-30.5%
Total	25.9	26.2	25.6		-0.3	-1.3%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

5.1.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste des Kantons Luzern für den Bereich der Rehabilitation umfasste im Jahr 2021 insgesamt 16 Leistungserbringer. Fünf der aufgelisteten Standorte befinden sich innerhalb des Kantons. Die 11 Leistungserbringer mit Standort ausserhalb des Kantons befanden sich in den Kantonen Aargau (3 Standorte), Appenzell-Ausserrhodon (1), Bern (1), Graubünden (1), St. Gallen (1), Wallis (2), Zug (1) und Zürich (1). Die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) liegt geografisch im Kanton Wallis, ist aber als Tochtergesellschaft des Luzerner Kantonsspitals (LUKS) aus Sicht der kantonalen Spitalliste ein innerkantonales Spital. Im vorliegenden Bericht wird das LHM als ausserkantonales Spital betrachtet und erhält somit den Status B «Listenspitäler mit Standort ausserhalb des Kantons».

Fallzahlen und Patientenstruktur

Tabelle T 5.3 bietet eine Übersicht zentraler Kennzahlen pro Leistungserbringer. Der grösste Leistungserbringer mit Standort im Kanton Luzern ist das Schweizer Paraplegiker-Zentrum mit 1120 Hospitalisierungen im Jahr 2021. Die Mehrheit dieser Behandlungen

gen ist aber auf ausserkantonale Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Der Anteil Luzerner Patientinnen und Patienten betrug gerade mal 11,2%. Anders die Situation im LUKS: Am Standort Wolhusen stammten im Jahr 2021 93,8% der behandelten Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern. Im LHM sind rund die Hälfte der stationären Behandlungen auf Luzerner Patientinnen und Patienten zurückzuführen.

Sowohl bei den inner- als auch ausserkantonalen Listenspitälern war der Anteil der die OKP abgerechnet Fälle grundsätzlich sehr hoch. Eine Ausnahme bildeten das Cereneo Center for Neurology & Rehabilitation (62%) und das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (67%). Das Cereneo Center for Neurology and Rehabilitation verzeichnete ausserdem einen hohen Anteil Hospitalisierungen in der Liegeklasse halbprivat/privat (65%). Dasselbe gilt auch für die Rehaklinik Sonnmatt Luzern (44%).

Tabelle T 5.4 zeigt die Anzahl Fälle der – laut Luzerner Spitalliste – innerkantonalen Listenspitäler für die Jahre 2018 bis 2021. Die Fälle in den sechs Spitälern im Kanton Luzern haben in diesem Zeitraum um 13% (302 Fälle) zugenommen. Die grösste Zunahme verzeichnete der Standort Wolhusen des LUKS (+114%, 119 Fälle).

T 5.3 Kennzahlen der Listenspitäler gemäss kantonomer Spitalliste, 2021

KT	Spital	Fälle	%LU	%HP/P	%OKP	% Notfälle	Pflegetage Vol.	Ø Alter
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons LU mit Standort innerhalb des Kantons								
LU	Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Wolhusen	357	93,8%	19%	98%	0%	8 005	76,0
	Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Luzern	386	74,6%	22%	95%	0%	11 696	65,5
	Rehaklinik Sonnmatt Luzern	744	55,5%	44%	97%	0%	17 225	74,3
	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	1 120	11,3%	18%	67%	16%	53 532	53,8
	Cereneo Center for Neurology & Rehabilitation	97	6,2%	65%	62%	0%	4 753	63,4
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons LU mit Standort ausserhalb des Kantons								
VS	Luzerner Höhenklinik Montana	871	47,9%	16%	99%	0%	21 627	64,4
	Berner Klinik Montana	1 225	0,4%	18%	99%	0%	31 731	63,7
BE	Rehaklinik Hasliberg	668	23,4%	18%	97%	0%	23 313	60,9
ZG	Klinik Adelheid	2 068	20,1%	41%	98%	0%	47 411	71,7
ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich - Reha-Zentrum Affoltern	219	4,1%	7%	28%	0%	10 145	9,6
AG	Reha Rheinfelden	2 339	0,5%	27%	96%	0%	69 067	71,0
	Rehaklinik Zurzach	2 589	3,6%	30%	97%	0%	68 100	67,8
	aarReha - Klinik Schinznach	1 760	2,4%	24%	98%	0%	38 223	72,8
GR	Rehabilitationszentrum Seewis	746	3,6%	20%	100%	0%	16 699	66,7
AR	Klinik Gais	1 282	2,6%	20%	99%	0%	28 781	64,1
SG	Kliniken Valens - Reha-Zentrum Valens	1 970	2,1%	23%	93%	0%	53 047	61,5

Bemerkungen: Fälle = Anzahl im Spital behandelte Fälle ungeachtet des Wohnkantons der Patient/innen; %LU = Anteil Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Luzern; %HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat, %OKP = Anteil Fälle bei der die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Hauptkostenträger ist, %Notfälle = Anteil Fälle mit Eintrittsart «Notfall». Je dunkler die Färbung der Zelle (blau oder grau) desto höher ist der Wert in Bezug auf die anderen Werte der Variable. Die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) ist aus Sicht der Luzerner Spitalliste ein innerkantonomes Spital, da der Standort aber geografisch im Kanton Wallis liegt, gilt es im vorliegenden Bericht als ausserkantonomes Listenspital.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 5.4 Anzahl Fälle der innerkantonomeren Listenspitäler inklusive der Luzerner Höhenklinik Montana, 2018–2021

Kt	Spital	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (n)	Δ (%)
LU	Cereneo Center for Neurology & Rehabilitation	56	62	79	97		+41	+73%
	Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Wolhusen	167	309	208	357		+190	+114%
	Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Luzern	367	396	367	386		+19	+5%
	RehaClinic Sonnmatt Luzern	675	748	714	744		+69	+10%
	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	1 137	1 211	1 027	1 120		-17	-1%
	Total	2 402	2 726	2 395	2 704		+302	+13%
VS	Luzerner Höhenklinik Montana	723	746	667	871		+148	+20%

Bemerkung: Die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) ist aus Sicht der Luzerner Spitalliste ein innerkantonomes Spital, da der Standort aber geografisch im Kanton Wallis liegt, gilt es im vorliegenden Bericht als ausserkantonomes Listenspital.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Versorgungsanteile

Der Versorgungsanteil beschreibt demnach die Relevanz der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems bzw. zur Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung. In Tabelle T 5.5 werden die Versorgungsanteile nach Status des Spitals dargestellt, wobei unterschieden wird zwischen:

- Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status A)
- Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status B)
- Nicht-Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status C), existieren im Kanton Luzern keine
- Nicht-Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status D)

Als Listenspitäler werden dabei Leistungserbringer bezeichnet, die über einen Leistungsauftrag des Kantons Luzern für mindestens eine Leistungsgruppe verfügen. Tabelle T 5.5 zeigt die Bedeutung der ausserkantonalen Listenspitäler für die Sicherstellung der Versorgung im Kanton Luzern. Im Jahr 2021 wiesen

diese in vier Leistungsbereichen kumuliert einen Versorgungsanteil von über 50% auf. Im Total war ihr Versorgungsanteil gar geringfügig höher als jener der innerkantonalen Listenspitäler (40% vs. 38%). 22% der Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 waren auf Behandlungen in Spitälern zurückzuführen, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Luzern figurieren.

Die Analyse der Versorgungsanteile pro Leistungserbringer in Tabelle T 5.6 zeigt die verschiedenen Leistungsspektren und Schwerpunkte auf. So verzeichnete der Standort Schweizer Paraplegiker-Zentrum beispielsweise einen Versorgungsanteil von 86% in der Paraplegiologischen Rehabilitation oder das LUKS Wolhusen einen hohen Versorgungsanteil in der Geriatrischen Rehabilitation (78%). Auch in Bezug die Neurologische Rehabilitation kam den beiden Standorten der LUKS eine zentrale Rolle in der Versorgung zu. Von den ausserkantonalen Leistungserbringer ist die Relevanz der Luzerner Höhenklinik Montana innerhalb der Psychosomatischen Rehabilitation (Versorgungsanteil von 53%) und der Pulmonalen Rehabilitation (48%) hervorzuheben.

T 5.5 Versorgungsanteile nach Leistungsbereich und Status des Leistungserbringers gemäss Spitalliste, 2019–2021

Leistungsbereich	Versorgungsanteile (%)								Veränderung			
	2019				2021				in Prozentpunkten			
	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D
Muskuloskeletale Rehabilitation	46%	33%		21%	43%	37%		20%	-3	+4		
Neurologische Rehabilitation	60%	29%		11%	61%	28%		11%				
Paraplegiologische Rehabilitation	92%	2%		6%	93%	2%		5%				
Kardiale Rehabilitation	1%	49%		51%	6%	45%		49%	+5	-3		
Pulmonale Rehabilitation	4%	54%		42%	4%	63%		34%		+9		-9
Internistische und onkologische Rehabilitation	17%	71%		12%	26%	57%		17%	+9	-14		+5
Psychosomatische Rehabilitation	4%	70%		26%	2%	86%		13%		+15		-13
Geriatrische Rehabilitation	78%	11%		11%	78%	5%		17%				
Pädiatrische Rehabilitation	17%	57%		26%	42%	38%		19%				
Nicht zuteilbare Leistungen	15%	70%		15%	40%	40%		20%				
Total	39%	39%	0%	22%	38%	40%	0%	22%	-1	+1		

Bemerkung: Status gemäss Spitalliste: A = Listenspital mit Standort innerhalb des Kantons; B = Listenspital mit Standort ausserhalb des Kantons; C = Nicht-Listenspital mit Standort innerhalb des Kantons; D = Nicht-Listenspital mit Standort ausserhalb des Kantons. Versorgungsanteil: Der Versorgungsanteil beziffert den Anteil der Fälle am Total der Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem Analysekanon. Die Spalten ganz rechts zeigen die Veränderung des Versorgungsanteils in Prozentpunkten (pp.). Ausgewiesen sind nur relevante Veränderungen, namentlich Veränderungen der Versorgungsanteile, die mindestens 10 Fälle betreffen.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 5.6 Versorgungsanteile nach Leistungsbereich und Leistungserbringer, 2021

Leistungsbereich	Kantonale Listenspitäler					Ausserkantonale Listenspitäler											Total	
	Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Wolhusen	Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Luzern	Rehaklinik Sonnmatt Luzern	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	Cereneo Center for Neurology & Rehabilitation	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Rehaklinik Hasliberg	Klinik Adelheid	Universitäts-Kinderspital Zürich - Reha-Zentrum Affoltern	Reha Rheinfelden	Rehaklinik Zurzach	aanReha - Klinik Schinznach	Rehabilitationszentrum Seewis	Klinik Gais	Kliniken Valens - Reha-Zentrum Valens		Übrige Spitäler
Muskuloskelettale Rehabilitation	15%	0%	28%	1%	0%	4%	0%	10%	16%	0%	0%	3%	2%	0%	0%	1%	20%	1'110
Neurologische Rehabilitation	0%	46%	12%	2%	1%	2%	1%	1%	13%	0%	2%	5%	0%	0%	0%	5%	11%	571
Paraplegiologische Rehabilitation	0%	5%	2%	86%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	5%	98
Kardiale Rehabilitation	5%	1%	0%	0%	0%	16%	0%	0%	12%	0%	0%	4%	0%	6%	7%	0%	49%	386
Pulmonale Rehabilitation	1%	0%	1%	1%	0%	48%	0%	0%	14%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	34%	320
Internistische und onkologische Rehabilitation	8%	2%	12%	4%	0%	21%	0%	2%	25%	0%	0%	2%	2%	1%	2%	1%	17%	255
Psychosomatische Rehabilitation	0%	1%	1%	1%	0%	53%	1%	23%	4%	0%	0%	4%	1%	0%	0%	1%	13%	166
Geriatrische Rehabilitation	78%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	5%	0%	0%	0%	17%	167
Pädiatrische Rehabilitation	0%	15%	0%	27%	0%	4%	0%	0%	0%	35%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	19%	26
Nicht zuteilbare Leistungen	20%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	10%	10%	0%	0%	10%	20%	10
Total	11%	9%	13%	4%	0%	13%	0%	5%	13%	0%	0%	3%	1%	1%	1%	1%	22%	3'109

Bemerkung: Der Versorgungsanteil bezieht den Anteil der Fälle eines Leistungserbringers am Total der Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im planenden Kanton. Die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) ist aus Sicht der Luzerner Spitalliste ein innerkantonales Spital, da der Standort aber geografisch im Kanton Wallis liegt, gilt es im vorliegenden Bericht als ausserkantonales Listenspital.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Abdeckungsgrad der Spitalliste

Währenddem die Analyse der Versorgungsanteile den relativen Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern in den einzelnen Einrichtungen ermittelt, gibt der Abdeckungsgrad den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton an, die in einem Spital behandelt werden, das über einen Leistungsauftrag in der betreffenden Leistungsgruppe des Kantons verfügt. Gemäss den Empfehlungen der GDK ist eine Spitalplanung dann bedarfsgerecht, wenn einerseits in jeder Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben ist, d.h. alle relevanten Versorgungsleistungen von der Spitalliste abgedeckt sind. Andererseits ist eine Spitalplanung bedarfsgerecht, wenn

dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird. Da eine hundertprozentige Bedarfsdeckung unrealistisch ist, sollen die Leistungsaufträge der Spitalliste zudem in jeder Leistungsgruppe 80% der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung erreichen. Tabelle T 5.7 zeigt den Abdeckungsgrad der Luzerner Spitalliste Rehabilitation nach Leistungsbereich. Insgesamt belief sich der Abdeckungsgrad im Jahr 2021 auf 62%. Einzig für die Neurologische Rehabilitation (82%), die Paraplegiologische Rehabilitation (86%) und die Psychosomatische Rehabilitation (81%) lag der Abdeckungsgrad über 80%. In den anderen sechs Leistungsbereichen lag der Abdeckungsgrad zwischen 34% und 78%.

T 5.7 Abdeckungsgrad (ADG) der kantonalen Spitalliste nach Leistungsbereich, 2021

Leistungsbereich	Fälle LU	%ADG
Muskuloskeletale Rehabilitation	1 110	59%
Neurologische Rehabilitation	571	82%
Paraplegiologische Rehabilitation	98	86%
Kardiale Rehabilitation	386	34%
Pulmonale Rehabilitation	320	49%
Internistische und onkologische Rehabilitation	255	61%
Psychosomatische Rehabilitation	166	81%
Geriatrische Rehabilitation	167	78%
Pädiatrische Rehabilitation	26	35%
Total	3 099	62%

Bemerkung: Der Abdeckungsgrad gibt den Anteil der Fälle an, die in einem Spital hospitalisiert wurden, das in dem betreffenden Leistungsbereich über einen Leistungsauftrag des analysierten Kantons verfügt. Farblich hervorgehoben sind die Leistungsbereiche mit einem Abdeckungsgrad unter 80%. Der Abdeckungsgrad wird nach Leistungsbereich statt nach Leistungsgruppe dargestellt, da die Hälfte der Leistungsgruppen geringe Fallzahlen (≤ 40) aufweist. Nicht zuteilbare Leistungsgruppen werden nicht dargestellt. Letzteres führt dazu, dass das Total in der Tabelle vom Total in anderen Auswertungen abweichen kann.

Quellen: BFS – MS, KS; Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. März 2016 (Stand: 15. März 2022)

© Obsan 2024

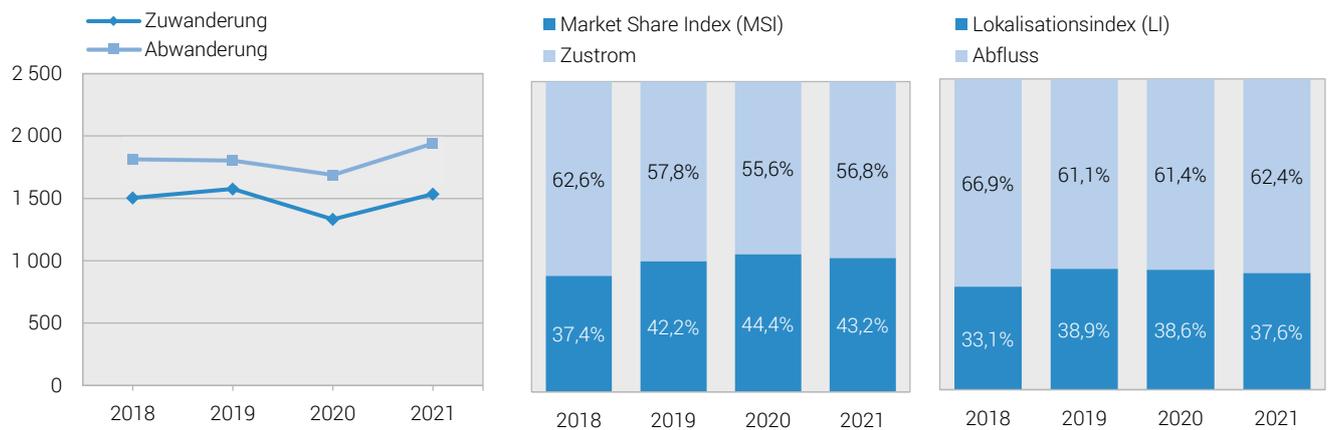
5.1.3 Patientenströme

Um den Koordinationsbedarf zwischen den Kantonen zu erfassen, ist es wichtig, die Patientenströme zu analysieren. Dazu kommen für die stationäre Rehabilitation die gleichen Indikatoren zum Einsatz, wie für die Akutsomatik (vgl. Tabelle T 3.9 zur Definition der Indikatoren). Gemäss Abbildung G 5.6 wurden in den Luzerner Spitälern generell nur zu einem relativ geringen Anteil Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern selbst behandelt (Market Share Index von 43,2% im Jahr 2021). Das bedeutet, mehr als jede zweite Patientin / jeder zweite Patient, der in einer Rehabilitationseinrichtung mit Standort im Kanton Luzern hospitalisiert wurde, stammte aus einem anderen Kanton. Gleichzeitig war der

Anteil der Luzerner Patientinnen und Patienten, die sich in einer Einrichtung des Kantons behandeln lassen, noch tiefer (Lokalisationsindex (LI) von 37,6%). Sowohl die Patientenströme in als auch aus dem Kanton waren also wesentlich. Im Jahr 2021 liessen sich insgesamt 1536 ausserkantonale Patientinnen und Patienten an einem Standort im Kanton Luzern behandeln (Zuwanderung), wohingegen 1941 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern für eine Behandlung ein Spital ausserhalb des Kantons aufsuchten (Abwanderung). Dies ergab eine Nettowanderung (Differenz aus Zuwanderung und Abwanderung) von -405 Fällen. Das Verhältnis von Abwanderung und Zuwanderung kann auch anhand des Exportindex (EI) beschrieben werden. Der EI war im Kanton Luzern grösser als 1, was bedeutet, dass der Kanton ein Exportkanton war.

G 5.6 Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern, 2018–2021

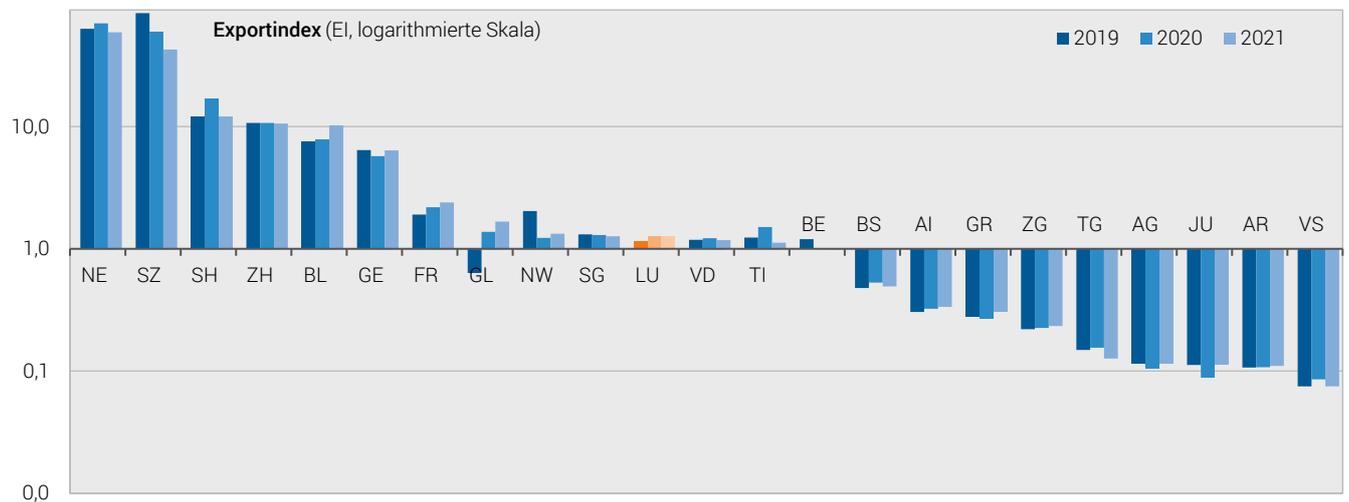
Bereich	Indikator	2018	2019	2020	2021
Import	Zuwanderung	1 504	1 576	1 332	1 536
	Zustrom, %	62,6%	57,8%	55,6%	56,8%
Export	Abwanderung	1 813	1 804	1 689	1 941
	Abfluss, %	66,9%	61,1%	61,4%	62,4%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI), %	33,1%	38,9%	38,6%	37,6%
	Market Share Index (MSI), %	37,4%	42,2%	44,4%	43,2%
	Nettowanderung	-309	-228	-357	-405
	Exportindex (EI)	1,21	1,14	1,27	1,26



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 5.7 Exportindex nach Kanton, 2019–2021



Bemerkung: Kantone, für welche die Zuwanderung im Jahr 2021 null betrug und deren Exportindex daher nicht berechnet werden konnte, sind nicht aufgeführt.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Zuwanderung und Zustrom

Im Jahr 2021 sind insgesamt 1 536 ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern behandelt worden (vgl. Tabelle T 5.8). Am häufigsten stammten sie aus den Kantonen Bern (16%), Zürich (13%) und Aargau (12%), sowie dem Ausland (15%). Aus dem Kanton Bern war im Analysezeitraum eine massgebliche Zunahme der Patientenströme zu beobachten.

Abbildung G 5.8 zeigt, bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten handelte es sich häufiger um Notfallintritte. Kaum Un-

terschiede sind auszumachen in Bezug auf die Liegeklasse (allgemein vs. halbprivat/privat) zwischen inner- und ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in Spitälern im Kanton Luzern.

Tabelle T 5.9 zeigt, welche Leistungserbringer in welchem Ausmass ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt haben. Besonders hoch war der Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten im Gereneo Center for Neurology and Rehabilitation (94%) und im Schweizer Paraplegie-Zentrum (89%). Beide Leistungserbringer wiesen u.a. auch viele Patientinnen und Patienten aus dem Ausland auf (40% bzw. 20%).

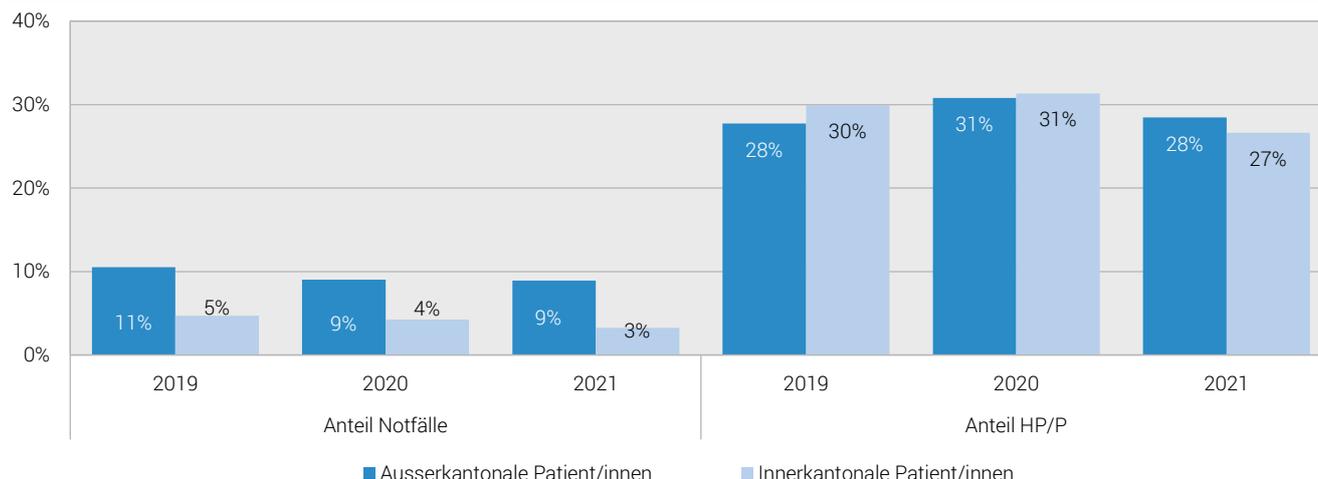
T 5.8 Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft, 2018–2021

Herkunft	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	2021%
BE	174	227	191	243		+40%	16%
Ausland	245	250	212	236		-4%	15%
ZH	212	213	157	205		-3%	13%
AG	181	178	129	184		+2%	12%
SZ	83	86	81	109		+31%	7%
NW	56	81	55	64		+14%	4%
ZG	43	50	63	64		+49%	4%
SO	84	98	44	54		-36%	4%
SG	51	51	60	49		-4%	3%
VD	44	34	36	43		-2%	3%
OW	49	49	34	37		-24%	2%
GR	29	29	33	32		+10%	2%
Übrige	253	230	237	216		-15%	14%
Total	1 504	1 576	1 332	1 536		+2%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 5.8 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern nach Patientenherkunft, 2019–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 5.9 Zustrom und Zuwanderung im Kanton Luzern nach Leistungserbringer und Patientenherkunft, 2021

Spital	Zustrom	Zuwanderung nach Patientenherkunft													
		Anzahl								Anteil					
		BE	Ausl.	ZH	AG	SZ	Übrige	Total	BE	Ausl.	ZH	AG	SZ	Übrige	
Cereneo Center for Neurology & Rehabilitation	94%	2	36	26	1	9	17	91	2%	40%	29%	1%	10%	19%	
Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Wolhusen	6%	0	0	2	8	3	9	22	0%	0%	9%	36%	14%	41%	
Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Standort Luzern	25%	0	0	1	5	18	74	98	0%	0%	1%	5%	18%	76%	
Rehaklinik Sonnmatt Luzern	44%	14	2	105	48	55	107	331	4%	1%	32%	15%	17%	32%	
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	89%	227	198	71	122	24	352	994	23%	20%	7%	12%	2%	35%	
Total	57%	243	236	205	184	109	559	1 536	16%	15%	13%	12%	7%	36%	

Bemerkung: Der Zustrom zeigt, wie gross der Anteil ausserkantonaler Patient/innen im Verhältnis zum Total der Fälle pro Spital ist. Bei der Zuwanderung werden ausschliesslich die ausserkantonalen Patient/innen betrachtet. Ausgewiesen sind die absolute Anzahl (orange) und die relativen Anteile (grau) ausserkantonaler Patient/innen nach Patientenherkunft.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

In Tabelle T 5.10 sind die Zuwanderung und der Zustrom in den Kanton Luzern nach Leistungsbereich dargestellt. Die Zuwanderung aus anderen Kantonen war sowohl in absoluten Zahlen wie auch anteilmässig am grössten für die Paraplegiologische Re-

habilitation (781 Fälle, 89,6%), was auf die Leistungen des Schweizer Paraplegiker-Zentrums zurückzuführen ist. Ein massgeblicher Anstieg der Zuwanderung ist zwischen 2019 und 2021 für die muskuloskelettale Rehabilitation (+26%) festzustellen.

T 5.10 Zuwanderung und Zustrom im Kanton Luzern nach Leistungsbereich, 2019–2021

Leistungsbereich	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% Zustrom 2021
Muskuloskelettale Rehabilitation	214	182	270		26%	36,0%
Neurologische Rehabilitation	379	326	337		-11%	49,2%
Paraplegiologische Rehabilitation	794	736	781		-2%	89,6%
Kardiale Rehabilitation	6	5	1		-83%	4,3%
Pulmonale Rehabilitation	34	11	16		-53%	57,1%
Internistische und onkologische Rehabilitation	101	54	93		-8%	58,1%
Psychosomatische Rehabilitation	1	3	2		100%	* *
Geriatrische Rehabilitation	13	3	10		-23%	7,1%
Pädiatrische Rehabilitation	34	12	24		-29%	68,6%
Nicht zuteilbare Leistungen	.	.	2		---	* *
Total	1 576	1 332	1 536		-3%	56,8%

Bemerkung: Der Zustrom beschreibt den Anteil Hospitalisierungen ausserkantonaler Patient/innen in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern. (*) Für Leistungsbereiche mit weniger als 20 Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton Luzern wird der Zustrom nicht ausgewiesen.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

Abwanderung und Abfluss

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

Die Abbildung G 5.9 vergleicht die Merkmale der Luzerner Patientinnen und Patienten bei Behandlungen innerhalb oder ausserhalb des Kantons. Keine wesentlichen Unterschiede bestanden in Bezug auf die Liegeklasse (allgemein vs. halbprivat/privat).

Auch der Anteil der notfallmässigen Hospitalisierungen bei beiden Patientenkategorien war praktisch gleich null, da stationäre Rehabilitationsaufenthalte in der Regel geplant erfolgten.

Tabelle T 5.12 zeigt die ausserkantonalen Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich. Im Jahr 2021 betrug der Anteil ausserkantonomer Hospitalisierungen nur in den Leistungsbereichen innerhalb der Paraplegiologischen Rehabilitation (7,1%), der Geriatriischen Rehabilitation (22,2%) sowie der Neurologischen Rehabilitation (39,1%) wurden mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten im Kanton behandelt. Innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation (98,2%), der Pulmonalen Rehabilitation (96,3%) und der Kardialen Rehabilitation (94,3%) erfolgten fast alle Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons.

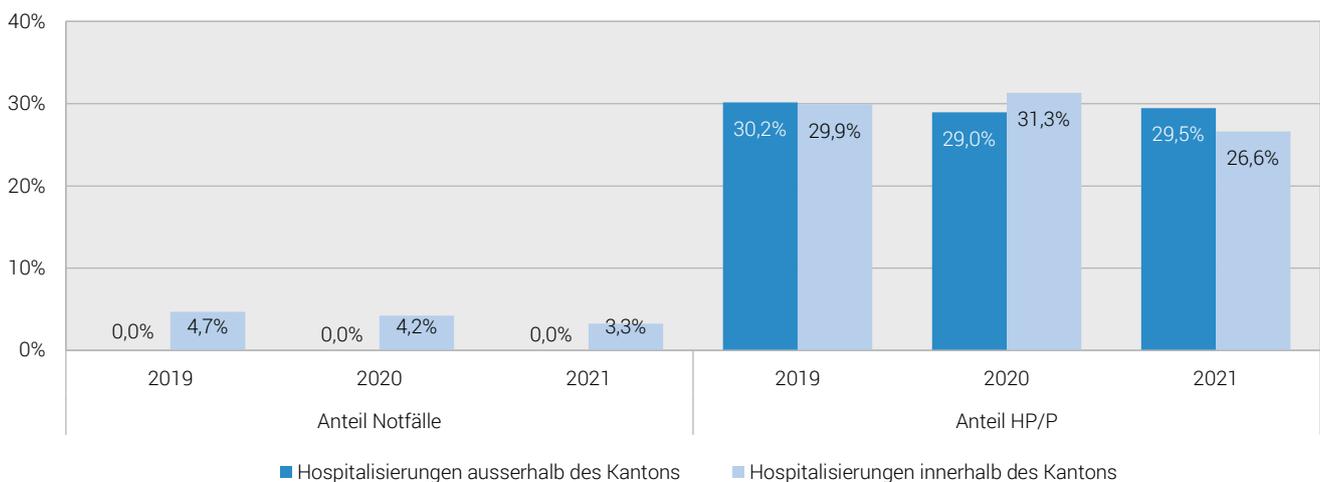
T 5.11 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton, 2018–2021

Zielkanton	2018	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% 2021
VS	414	417	325	429		+4%	22%
ZG	400	374	393	416		+4%	21%
AG	376	368	366	401		+7%	21%
BE	216	226	199	246		+14%	13%
GR	168	162	178	207		+23%	11%
SG	51	51	54	53		+4%	3%
NW	23	48	74	62		+170%	3%
TG	57	49	33	26		-54%	1%
ZH	40	48	19	33		-18%	2%
Übrige	68	61	48	68		+0%	4%
Total	1 813	1 804	1 689	1 941		+7%	100%

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 5.9 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Ort der Behandlung, 2019–2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 5.12 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Leistungsbereich, 2019–2021

Leistungsbereich	2019	2020	2021	Trend	Δ (%)	% Abfluss 2021
Muskuloskeletale Rehabilitation	547	572	630		15%	56,8%
Neurologische Rehabilitation	245	191	223		-9%	39,1%
Paraplegiologische Rehabilitation	10	7	7		-30%	7,1%
Kardiale Rehabilitation	335	337	364		9%	94,3%
Pulmonale Rehabilitation	179	178	308		72%	96,3%
Internistische und onkologische Rehabilitation	271	157	188		-31%	73,7%
Psychosomatische Rehabilitation	148	175	163		10%	98,2%
Geriatrische Rehabilitation	33	52	37		12%	22,2%
Pädiatrische Rehabilitation	19	16	15		-21%	57,7%
Nicht zuteilbare Leistungen	17	4	6		-65%	* *
Total	1 804	1 689	1 941		8%	62,4%

Bemerkung: Der Abfluss beschreibt den Anteil Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern, die in Spitälern mit Standort ausserhalb des Kantons behandelt wurden. (*) Für Leistungsbereiche mit weniger als 20 Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern, wird der Abfluss nicht ausgewiesen.

Quelle: BFS – MS, KS

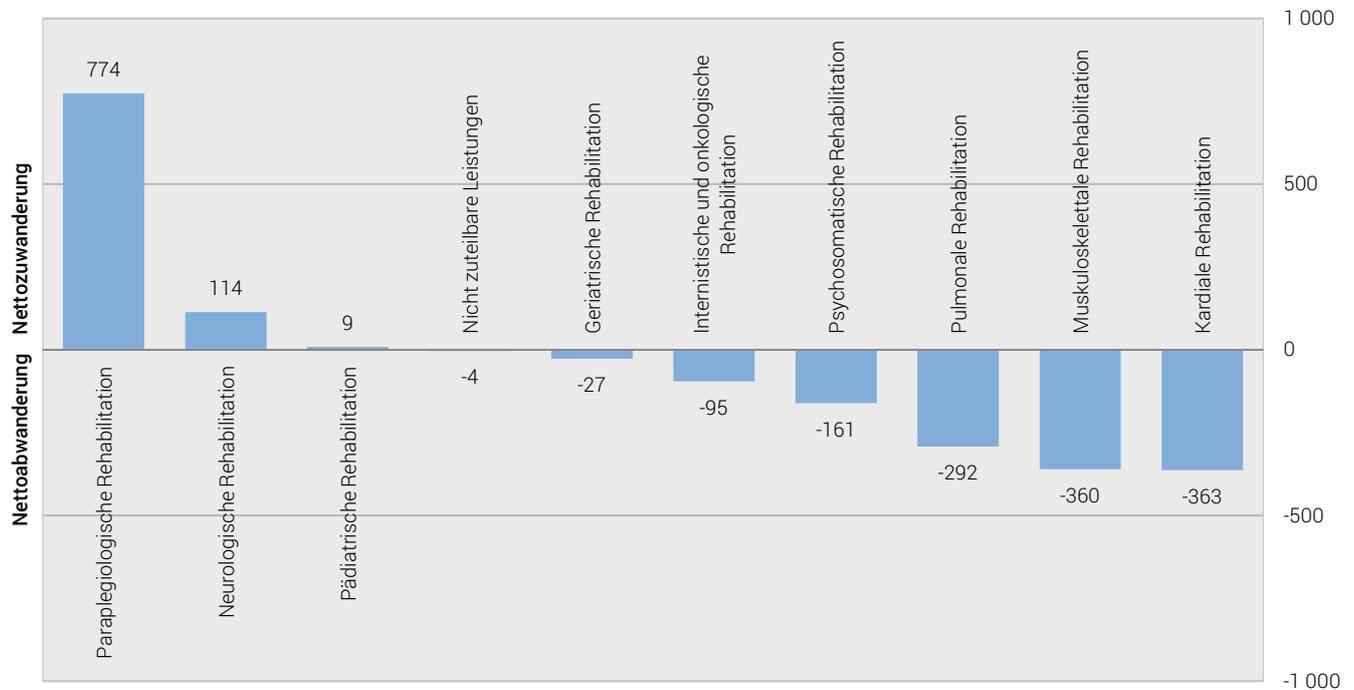
© Obsan 2024

Nettowanderung

Abbildung G 5.10 zeigt die Nettowanderung nach Leistungsbereich. Am grössten war die Nettozuwanderung im Bereich der Paraplegiologischen Rehabilitation (774). Auch innerhalb der Neuro-

logischen Rehabilitation (114) ist eine wesentliche Nettozuwanderung auszumachen. Dahingegen verzeichneten die Leistungsbereiche der Kardialen (-363), der Muskuloskeletalen (-360) sowie der Pulmonalen Rehabilitation (-292) deutlich höhere Patientenströme aus dem Kanton Luzern als in den Kanton.

G 5.10 Nettowanderung für den Kanton Luzern nach Leistungsbereich, 2021



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

5.1.4 Analysen auf Ebene der Luzerner Wahlkreise

Tabelle T 5.13 zeigt die Indikatoren der Patientenströme auf Ebene der Luzerner Wahlkreise. Die grösste Zuwanderung in absoluten Zahlen erfolgte nach Sursee (1079), gefolgt von Luzern-Stadt (942). Prozentual war der Zustrom am grössten für die Wahlkreise Luzern-Land (96,9%) und Sursee (96,3%). Die grösste Abwanderung in absoluten Zahlen war für den Wahlkreis Luzern-Land zu beobachten (-800), die kleinste im Entlebuch (-137). Die höchsten Werte für den Lokalisationsindex (LI) verzeichneten die Wahlkreise Luzern-Stadt (27,4%) und Entlebuch (25,1%), aber auch für diese Wahlkreise gilt, dass fast drei Viertel der Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in diesen Wahlkreisen woanders erfolgten. Für die Wahlkreise Willisau und Hochdorf kann der Exportindex (EI) nicht berechnet werden, weil keine Zuwanderung, respektive keine Versorgungsangebote, existierten. Ansonsten war der EI nur für den Wahlkreis Luzern-Land grösser als 1, was bedeutet, dass dies eine Exportregion war. Die

übrigen Wahlkreise waren Importregionen, d.h. mehr ausserregionale Patientinnen und Patienten wurden in diesen Wahlkreisen behandelt als umgekehrt.

Der LI und die Patientenströme nach Luzerner Wahlkreis sind zudem in der Karte G 5.11 dargestellt. Die grössten Patientenströme in den Wahlkreis Luzern-Stadt stammten aus den Wahlkreisen Luzern-Land und Hochdorf. Auch der Zustrom in die Region Sursee war sehr hoch (96,3%), was primär auf die Hospitalisierungen im Schweizer Paraplegiker-Zentrum zurückzuführen ist. Da sich die betreffenden Patientenströme aber verschiedenste Regionen bzw. Kantone verteilten, beträgt deren Anteil keiner Herkunftsregion bzw. in keinem Herkunftskanton mehr als 10%. Entsprechend weist in Abbildung G 5.11 kein Pfeil auf die Region Sursee. Wesentliche Patientenströme über die Kantonsgrenze hinweg waren aus den Wahlkreisen Luzern-Stadt, Luzern-Land und Hochdorf in den Kanton Zug sowie aus Hochdorf, Sursee und Willisau in den Kanton Aargau auszumachen. Zudem verdeutlicht die Karte G 5.11 die Patientenströme aus sämtlichen Wahlkreisen ins Wallis respektive in die Luzerner Höhenklinik Montana.

T 5.13 Indikatoren zu den Patientenströmen der Luzerner Regionen, 2021

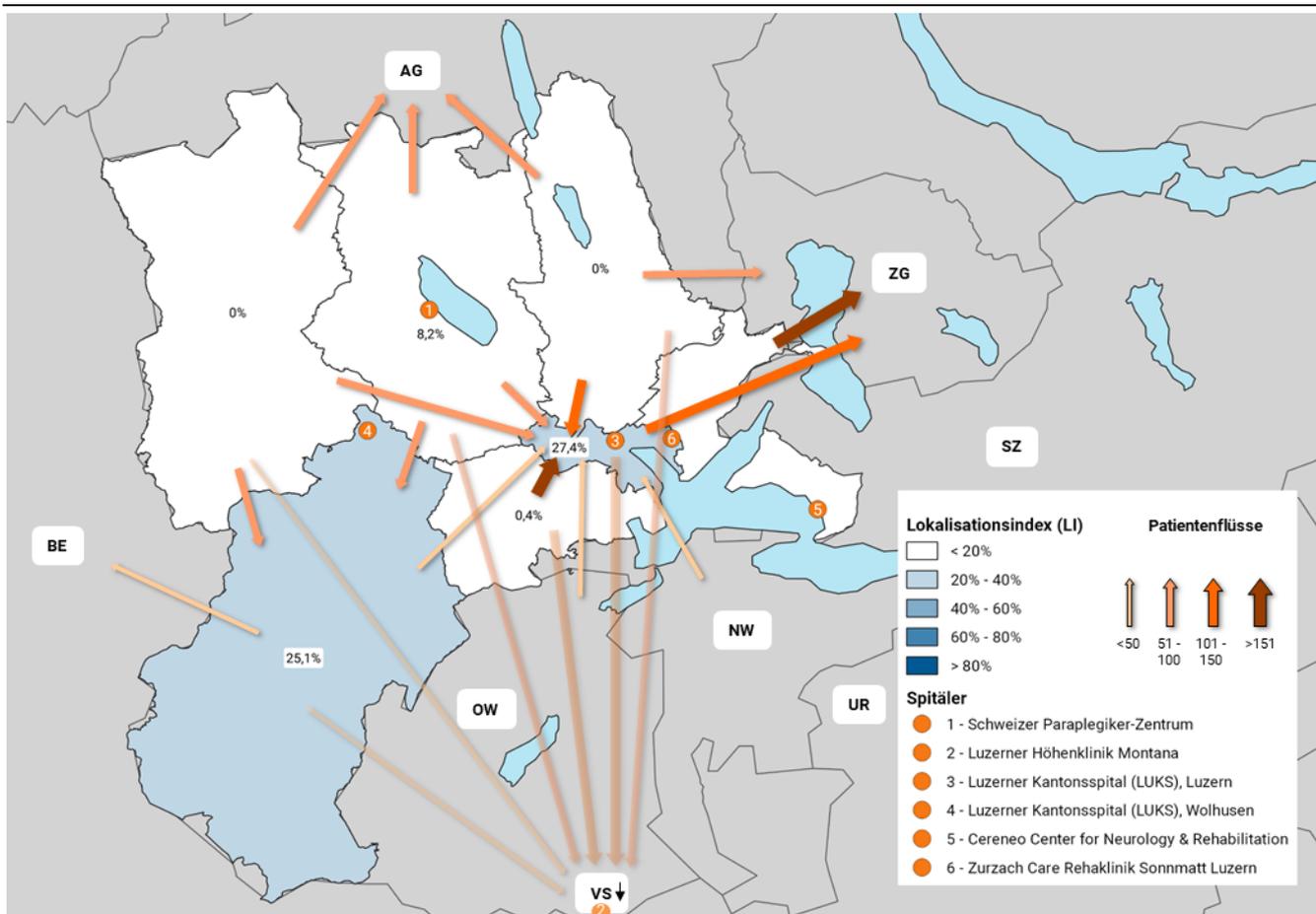
	Entlebuch	Willisau	Sursee	Luzern-Land	Luzern-Stadt	Hochdorf
Zuwanderung	311	0	1 079	94	942	0
Zustrom, %	87,1%	.	96,3%	96,9%	83,4%	.
Abwanderung	137	363	458	800	499	574
Abfluss, %	74,9%	100,0%	91,8%	99,6%	72,6%	100,0%
Lokalisationsindex (LI), %	25,1%	0,0%	8,2%	0,4%	27,4%	0,0%
Market Share Index (MSI), %	12,9%	.	3,7%	3,1%	16,6%	.
Nettowanderung	174	-363	621	- 706	443	-574
Exportindex (EI)	0,44	.	0,42	8,51	0,53	.

Bemerkung: Wenn die Zuwanderung null ist, können der Zustrom, der Market Share Index und der Exportindex nicht berechnet werden.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 5.11 Patientenströme nach Luzerner Regionen



Bemerkung: Die Pfeile stellen Patientenströme dar. Die Dicke der Pfeile spiegelt die absolute Anzahl an Patient/innen wider. Dargestellt sind Patientenströme in andere Regionen, die mindestens 10% der Patient/innen der Herkunftsregion bzw. in dem Herkunftskanton umfassen. Der Referenzpunkt ist somit das Patientenkollektiv aus der Herkunftsregion bzw. aus dem Herkunftskanton. Die Abwanderung zeigt die Bedeutung der Zielregion für die Sicherstellung der Versorgung in der Herkunftsregion bzw. in dem Herkunftskanton auf.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

5.2 Bedarfsprognose

Kapitel 5.2 enthält die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs in der Rehabilitation. Mit Bezug auf den gesetzlichen Auftrag der Kantone gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV beziehen sich die Prognosen auf den Bedarf der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern. Ziel ist es, eine zuverlässige Schätzung des künftigen Leistungsbedarfs zu erhalten. Dazu berücksichtigt der Kanton insbesondere die relevanten Einflussfaktoren, wie dies in Art. 58b Abs. 1 KVV vorgesehen ist. Die Bedarfsprognosen bilden die Grundlage für die neue kantonale Planung und wurden mit dem im Kapitel 2.4 (auf Seite 17) beschriebenen Prognosemodell berechnet. Als Ausgangspunkt dienen die Daten der MS für das Referenzjahr 2021. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis zum Jahr 2035 (Prognosehorizont). Im Zentrum der Bedarfsprognose steht das Basisszenario, welches das plausibelste Szenario darstellt. Das Minimalszenario und das Maximalszenario stellen die Bandbreite

der möglichen Entwicklungen dar. Das Minimalszenario kombiniert Annahmen und Szenarien zu den Einflussfaktoren, die zu einer relativ niedrigen Bedarfsschätzung führen, während das Maximalszenario die Obergrenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen aufzeigt. Alle Einflussfaktoren wurden in Kapitel 2.4 ausführlich beschrieben, die Definition der relevanten Parameter für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs der Luzerner Wohnbevölkerung sind in Kasten K 3.1 zusammengefasst.

In Bezug auf die epidemiologischen oder medizintechnischen Entwicklungen stützt sich der Kanton Luzern auf die Arbeiten der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH, 2021). So geht der Kanton Luzern zwar davon aus, dass es einen kurzfristigen Effekt auf die Rehabilitation im Zusammenhang mit Covid-19 geben wird, aber dass weitere, später auftretende Auswirkungen noch nicht voraussehbar sind. Zusätzlich rechnet der Kanton mit einer Entwicklung von der stationären zur ambulanten Versorgung, die zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht genau quantifiziert

werden kann. Auch deshalb geht der Kanton Luzern für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs von einer leichten Annäherung der Luzerner Hospitalisierungsraten an die gesamtschweizerischen Raten aus, insofern die kantonalen Hospitalisierungsraten im Referenzjahr über den gesamtschweizerischen Raten lagen.

5.2.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

In diesem Kapitel wird der für das Jahr 2035 prognostizierte Leistungsbedarf dargestellt. Es handelt sich um einen Bedarf, der alle Einflussfaktoren gemäss Prognosemodell gleichzeitig berücksichtigt. Die isolierten Auswirkungen pro Einflussfaktor werden Kapitel 5.2.2 beschrieben.

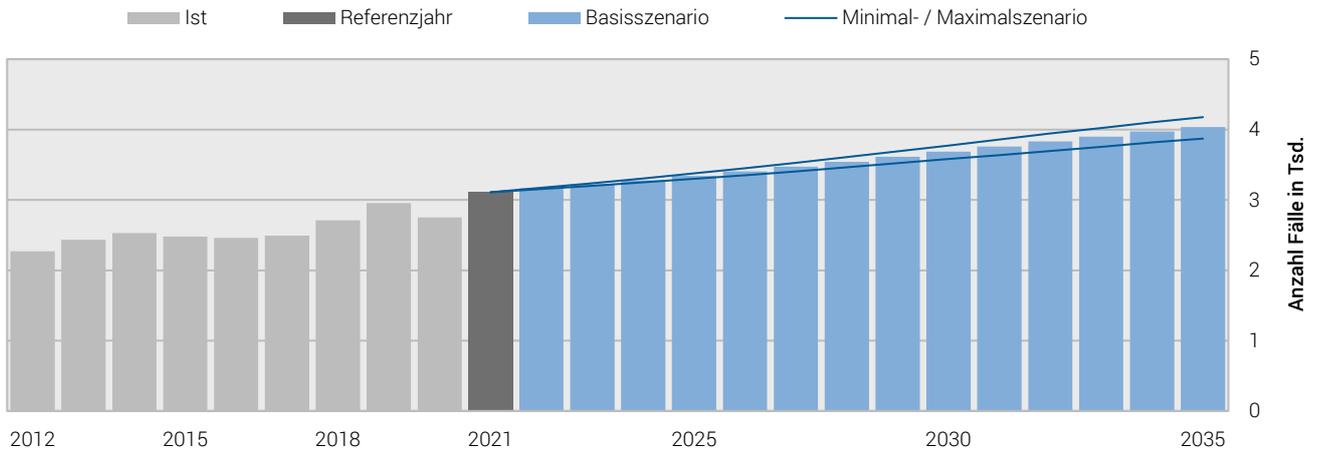
Prognostizierte Fälle 2035

Gemäss dem Basisszenario wird für den Zeitraum zwischen 2021 und 2035 ein Wachstum der stationären Fälle um 30% erwartet, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Fallzahl von 1,9% entspricht (vgl. Abbildung G 5 1.2). Gemäss Basisszenario steigen die Fallzahlen demnach von 3109 im Jahr 2021 auf 4036 im Jahr 2035, was 927 zusätzlichen Fällen entspricht. Auch das Minimalszenario (+25%) und das Maximalszenario (+34%) gehen von einer erheblichen Zunahme des Leistungsbedarfs bis 2035 aus.

K 5.1 Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Rehabilitation

		3 Szenarien			
		Min	Basis	Max	
Einflussfaktoren	Demographie	BFS tief	BFS Referenz	BFS hoch	Fälle
	Angleichung Hospitalisierungsraten	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 75%.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 50%.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt	
	Epidemiologie	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung	
	Medizintechnik aus Akutsomatik	Keine Veränderung	Gemäss Studien GDZH: Zunahme in der Akutsomatik im Bereich «Bewegungsapparat chirurgisch» kann zu leicht höheren Fallzahlen in der Muskuloskelettalen Rehabilitation führen (Anstieg im Zusammenhang mit dem Anstieg in der Akutsomatik)	Gemäss Studien GDZH: Zunahme in der Akutsomatik im Bereich «Bewegungsapparat chirurgisch» kann zu leicht höheren Fallzahlen in der Muskuloskelettalen Rehabilitation führen (Anstieg im Zusammenhang mit dem Anstieg in der Akutsomatik)	
	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro Leistungsgruppe	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro Leistungsgruppe	Kantonal – Grundlage für die Prognose bildet die MAHD der Luzerner Kantonsbevölkerung (Referenz)	Tage

G 5.12 Entwicklung der Fallzahlen, 2012–2035



Szenario	2021	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
Basis	3 109	4 036	+30%	+1,9%
Max	3 109	4 176	+34%	+2,1%
Min	3 109	3 871	+25%	+1,6%

Bemerkungen: CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

Tabelle T 5.14 zeigt die Aufschlüsselung der Bedarfsprognose nach Leistungsbereich und Prognoseszenario. Mit Ausnahme des Leistungsbereiches der pädiatrischen Rehabilitation (-4%) wird im Basisszenario für sämtliche Leistungsbereiche eine Zunahme des Leistungsbedarfs erwartet. Beim Minimalszenario ist

neben der pädiatrischen Rehabilitation (-19%) von einer Abnahme bei der Paraplegiologischen Rehabilitation (-9%) auszugehen. Die höchste Zunahme wird in allen drei Szenarien für die Leistungsbereiche der Geriatrischen und Muskuloskelettalen Rehabilitation prognostiziert.

T 5.14 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach Leistungsbereich und Prognoseszenario, 2035

Leistungsbereich	Referenz	Min			Basis			Max		
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
Muskuloskelettale Rehabilitation	1 110	1 434	+29%	1 535	+38%	1 602	+44%			
Neurologische Rehabilitation	571	714	+25%	729	+28%	744	+30%			
Paraplegiologische Rehabilitation	98	89	-9%	98	0%	114	+16%			
Kardiale Rehabilitation	386	485	+26%	493	+28%	501	+30%			
Pulmonale Rehabilitation	320	389	+22%	397	+24%	404	+26%			
Internistische und onkologische Rehabilitation	255	317	+24%	323	+27%	329	+29%			
Psychosomatische Rehabilitation	166	169	+2%	175	+5%	184	+11%			
Geriatrische Rehabilitation	167	239	+43%	247	+48%	255	+53%			
Pädiatrische Rehabilitation	26	21	-19%	25	-4%	30	+15%			
Nicht zuteilbare Leistungen	10	14	+40%	14	+40%	14	+40%			
Total	3 109	3 871	+25%	4 036	+30%	4 176	+34%			

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

T 5.15 Prognostizierter Pflorgetage nach Leistungsbereich und Prognoseszenario, 2035

Leistungsbereich	Referenz	Min			Basis			Max		
	2021	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Muskuloskelettale Rehabilitation	25 651	30 413	+19%		32 539	+27%		36 887	+44%	
Neurologische Rehabilitation	18 245	20 808	+14%		21 257	+17%		23 821	+31%	
Paraplegiologische Rehabilitation	3 941	3 592	-9%		3 939	-0%		4 573	+16%	
Kardiale Rehabilitation	8 241	9 791	+19%		9 958	+21%		10 695	+30%	
Pulmonale Rehabilitation	7 674	8 241	+7%		8 402	+9%		9 686	+26%	
Internistische und onkologische Rehabilitation	5 204	6 257	+20%		6 379	+23%		6 712	+29%	
Psychosomatische Rehabilitation	5 789	3 808	-34%		3 956	-32%		6 401	+11%	
Geriatrische Rehabilitation	3 795	5 246	+38%		5 422	+43%		5 797	+53%	
Pädiatrische Rehabilitation	806	666	-17%		765	-5%		931	+16%	
Nicht zuteilbare Leistungen	130	181	+39%		184	+42%		187	+44%	
Total	79 476	89 003	+12%		92 802	+17%		105 691	+33%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

Prognostizierte Pflorgetage 2035

Die prognostizierten Pflorgetage nach Leistungsbereich und Prognoseszenario sind in Tabelle T 5.15 dargestellt. Alle drei Szenarien gehen von einer Zunahme der Pflorgetage aus (Basisszenario: +17%, Minimalszenario: +12%, Maximalszenario: +33%). Die Zunahme der Pflorgetage ist in allen Szenarien geringer als die prognostizierte Zunahme mit Bezug auf die Fallzahlen (siehe dazu Tabelle T 5.14). Im Besonderen gilt das jedoch für das Basis- und das Minimalszenario, die beide von einer Verkürzung der MAHD (Angleichung der MAHD an das Spital im 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro Leistungsgruppe) ausgehen.

5.2.2 Effekte einzelner Einflussfaktoren

Im vorangehenden Kapitel wurde der Bedarfsprognose unter Einbezug aller berücksichtigter Einflussfaktoren präsentiert. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren separat betrachtet.

Effekte der demografischen Entwicklung

Tabelle T 5.16 zeigt den Effekt der demografischen Entwicklung gemäss BFS Prognosen auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und nach Leistungsbereich. In allen Prognoseszenarien ergibt sich eine erhebliche Zunahme des prognostizierten Leistungsbedarfs unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Effekte. Am grössten sind die Effekte in der Geriatrischen Rehabilitation sowie in der Muskuloskelettalen Rehabilitation. Das ist nicht weiter überraschend, da es sich hierbei um die Leistungsbereiche mit dem ältesten Patientenkollektiv handelt. Entsprechend sind es gerade diese Leistungsbereiche, die von der demografischen Alterung am meisten betroffen sind. Insgesamt verdeutlicht Tabelle T 5.16 die massgebliche Bedeutung der demografischen Effekte in Bezug auf den künftigen Leistungsbedarf. Sowohl das Bevölkerungswachstum als auch die demografische Alterung tragen zum Anstieg des Leistungsbedarfs in der stationären Rehabilitation bei.

T 5.16 Effekt der demografischen Entwicklungen auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und Leistungsbereich, 2035

Leistungsbereich	Referenz	Min			Basis			Max		
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
Muskuloskelettale Rehabilitation	1 110	1 436	+29%	1 465	+32%	1 493	+35%			
Neurologische Rehabilitation	571	714	+25%	729	+28%	744	+30%			
Paraplegiologische Rehabilitation	98	109	+11%	111	+13%	114	+16%			
Kardiale Rehabilitation	386	485	+26%	493	+28%	501	+30%			
Pulmonale Rehabilitation	320	389	+22%	397	+24%	404	+26%			
Internistische und onkologische Rehabilitation	255	317	+24%	323	+27%	329	+29%			
Psychosomatische Rehabilitation	166	175	+5%	179	+8%	184	+11%			
Geriatrische Rehabilitation	167	239	+43%	247	+48%	255	+53%			
Pädiatrische Rehabilitation	26	27	+4%	28	+8%	30	+15%			
Nicht zuteilbare Leistungen	10	14	+40%	14	+40%	14	+40%			
Total	3 109	3 904	+26%	3 987	+28%	4 067	+31%			

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

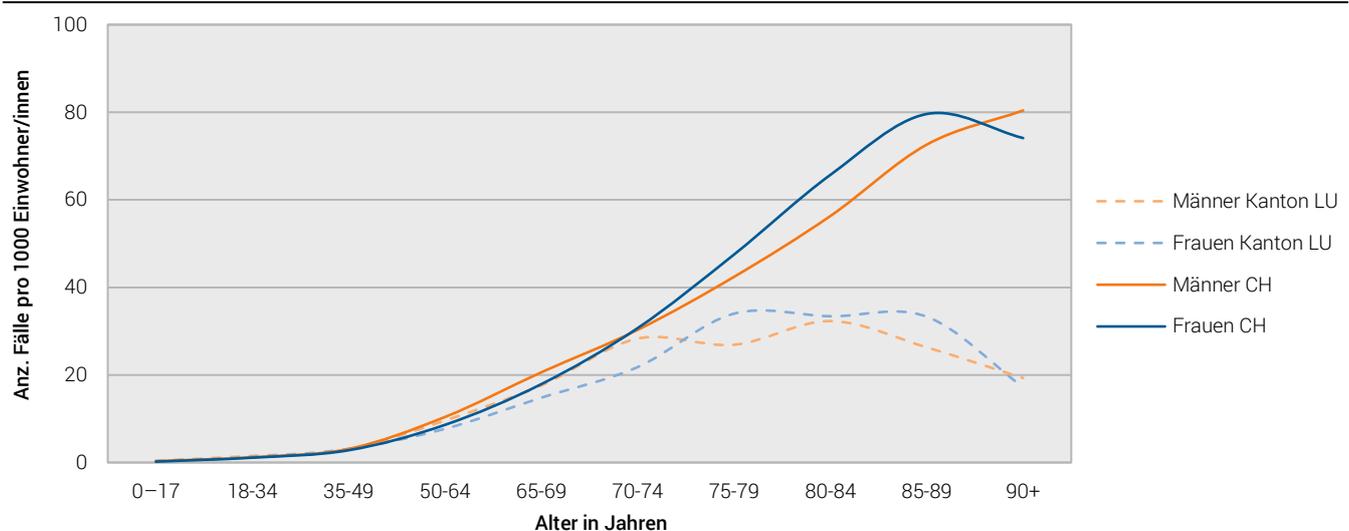
Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten

Abbildung G 5.13 zeigt die Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Altersgruppe für hospitalisierte Personen aus dem Kanton Luzern und für die Schweiz insgesamt. Es zeigt sich, dass es bis zum Alter von 50 Jahren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen Personen aus dem Kanton Luzern und der Schweiz gibt. Ab dem 50. Lebensjahr zeigen sich allerdings Unterschiede zwischen den Geschlechtern, aber vor allem auch Unterschiede im Vergleich zwischen dem Kanton Luzern und der Schweiz insgesamt. Letzteres gilt vor allem für

Personen im Alter ab 75 Jahren. Die Rate stationärer Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen ist im Kanton Luzern in dieser Altersgruppe signifikant niedriger.

Für Leistungsgruppen, in denen die Hospitalisierungsrate des Kantons Luzern im Referenzjahr über der gesamtschweizerischen Rate liegt, geht die vorliegende Bedarfsprognose im Basis- und im Minimalszenario von einer Angleichung gegen unten aus. Da der Kanton Luzern tendenziell niedrigere Raten aufweist, sind die daraus resultierenden Effekte marginal (vgl. Tabelle T 5.17). Im Basisszenario beträgt die prognostizierte Abnahme des Leistungsbedarfs bis 2035 gerade mal -0,7%, im Minimalszenario -1,0%.

G 5.13 Hospitalisierungsrate im Bereich der Rehabilitation nach Geschlecht, Altersgruppe und Wohnort, 2021



Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

T 5.17 Effekt aufgrund der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und Leistungsbereich, 2021–2035

Leistungsbereich	Referenz	Min		Basis	
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Muskuloskelettale Rehabilitation	1 110	1 108	-0%	1 108	-0%
Neurologische Rehabilitation	571	571	0%	571	0%
Paraplegiologische Rehabilitation	98	79	-19%	85	-13%
Kardiale Rehabilitation	386	386	0%	386	0%
Pulmonale Rehabilitation	320	320	0%	320	0%
Internistische und onkologische Rehabilitation	255	255	0%	255	0%
Psychosomatische Rehabilitation	166	160	-4%	162	-2%
Geriatrische Rehabilitation	167	167	0%	167	0%
Pädiatrische Rehabilitation	26	21	-19%	23	-12%
Nicht zuteilbare Leistungen	10	10	0%	10	0%
Total	3 109	3 077	-1,0%	3 087	-0,7%

Bemerkung: Das Maximalszenario geht von keiner Angleichung der Hospitalisierungsraten aus und ist deshalb hier nicht dargestellt.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

Effekte durch die medizintechnischen Einflussfaktoren

Die Operationalisierung der Effekte aufgrund der epidemiologischen, medizintechnischen und übrigen Einflussfaktoren sind in Kasten K 5.1 beschrieben. Eine Veränderung aufgrund der Medizintechnik wird nur im Basis- und im Maximalszenario angenommen, konkret aufgrund eines korrespondierenden Anstiegs der

Revisionsoperationen von Hüft- und Knieprothesen in der Akutso-matik (vgl. Kapitel 3.2 bzw. GDZH, 2021). Tabelle T 5.18 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die prognostizierten Fallzahlen. Im Bereich der Muskuloskelettalen Rehabilitation wird eine Zunahme von +4,9% (+54 Fälle) im Basisszenario bzw. +7,3% (+81 Fälle) im Maximalszenario prognostiziert.

T 5.18 Effekt durch medizintechnische Einflussfaktoren nach Leistungsbereich, 2021–2035

Leistungsbereich	Referenz	Min		Basis		Max	
	2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Muskuloskelettale Rehabilitation	1 110	1 110	0,0%	1 164	+4,9%	1 191	+7,3%
Total	3 109	3 109	0,0%	3 163	+1,7%	3 190	+2,6%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

5.2.3 Prognostizierte Patientenströme

Wie bereits in Kapitel 3.2.3 zur Akutsomatik erläutert, ist eine Prognose in Bezug auf die Patientenströme schwierig bzw. mit grossen Unsicherheiten behaftet. Angesichts dieser Unsicherheiten ist die Auswertung zur prognostizierten Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten gemäss Tabelle T 5.19 mehr als Orientierungshilfe zu verstehen, anhand dessen die Entwicklungen im Prognosezeitraum eingeordnet werden können. Sollten sich im Zeitraum bis 2035 massgebliche Abweichungen zur Prognose der Patientenströme offenbaren, könnten auf massgebliche

Veränderungen in der Versorgungslandschaft hinweisen. Im Total wird im Basisszenario ein Anstieg der Abwanderung um 552 Fälle (+28%) auf 2493 prognostiziert. Ausgehend von den ausserkantonalen Hospitalisierungen im Referenzjahr ist dadurch vor allem ein Anstieg der Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort in den Kantonen Wallis, Zug, Aargau, Bern und Graubünden zu erwarten. Gemäss Prognose werden Spitäler mit Standort in diesen Kantonen im Jahr 2035 mehr als 200 stationäre Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten verzeichnen. Da sich die Spitalplanung auf die Versorgung der im Kanton wohnhaften Bevölkerung konzentriert, wird die Zuwanderung nicht weiter betrachtet.

T 5.19 Prognostizierte Patientenströme – Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Zielkanton (Basisszenario), 2021 vs. 2035

Zielkanton	2021		2035		Veränderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
VS	429	22%	528	21%	+99	+23%
ZG	416	21%	547	22%	+131	+31%
AG	401	21%	527	21%	+126	+31%
BE	246	13%	319	13%	+73	+30%
GR	207	11%	261	10%	+54	+26%
SG	53	3%	66	3%	+13	+25%
NW	62	3%	85	3%	+23	+37%
TG	26	1%	33	1%	+7	+27%
ZH	33	2%	39	2%	+6	+18%
Übrige	68	4%	88	4%	+20	+29%
Total	1 941	100%	2 493	100%	+552	+28%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2024

6 Ambulante Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich nicht Bestandteil der Spitalplanung. Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung sind jedoch komplementär, so dass ein Verständnis des Angebots und der Inanspruchnahme sowie der Patientenströme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für die Beurteilung der Spitalplanung hilfreich sein kann. Aus diesem Grund gibt dieses Kapitel einen Überblick über die ambulante

Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. In einem ersten Schritt werden das Leistungsangebot und die Inanspruchnahme nach Fachrichtungen beleuchtet. In einem zweiten Schritt werden die Patientenströme in und aus dem Kanton Luzern aufgezeigt. Der Fokus liegt primär auf einer deskriptiven Darstellung der zeitlichen Entwicklung.

K 6.1 Grundlagen zur Analyse der ambulanten Gesundheitsversorgung

Datenpool der SASIS AG

Der Datenpool ist eine von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Ausserdem werden für einzelne Leistungserbringergruppen Mengenangaben (z. B. Konsultationen, Hausbesuche) erfasst. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten nicht zur Rückerstattung weitergeleitet werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z. B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Umgang mit Gruppenpraxen

Gruppenpraxen, welche verschiedene medizinische Fachrichtungen abdecken, wurden der Kategorie «Gruppenpraxen» zugewiesen. Gruppenpraxen, welche nur eine Fachrichtung anbieten, sind der entsprechenden Kategorie zugewiesen. So wurde z.B. eine Gruppenpraxis, in der nur Kinderärztinnen und Kinderärzte tätig sind, der Pädiatrie zugeordnet.

Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons LU, also unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten im Kanton selber (innerkantonal) oder in einem anderen Kanton (ausserkantonal) behandelt wurden. Die Berechnungen erfolgten auf der Basis der Anzahl Konsultationen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet wurden. In Arztpraxen bezieht sich dies sowohl auf Besuche in der Praxis, wie auch Hausbesuche.

Standardisierung

Die Standardisierung wird nach der direkten Methode vorgenommen. Dies bedeutet, dass gruppenspezifische Raten (nach Alter und Geschlecht) berechnet und gewichtet werden, so dass sie an die Bevölkerungsstruktur einer theoretischen Standardbevölkerung angepasst sind. Die Resultate sind vergleichbar mit den Resultaten anderer Bevölkerungen, jedoch sind die umgerechneten Resultate ohne direkten (intuitiven) Bezug zur Anzahl Konsultationen.

Formel für die Berechnung der alters- und geschlechtsstandardisierten Raten (R):

$$\text{Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate} = \frac{\sum_{ij} (N_{ij} * r_{ij})}{\sum_{ij} N_{ij}}$$

N_{ij} : Zahl der Personen in der Altersgruppe i und Geschlecht j in der Standardbevölkerung

r_{ij} : Alters- und geschlechtsspezifische Rate der untersuchten Bevölkerung

Als Standardbevölkerung wird die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet.

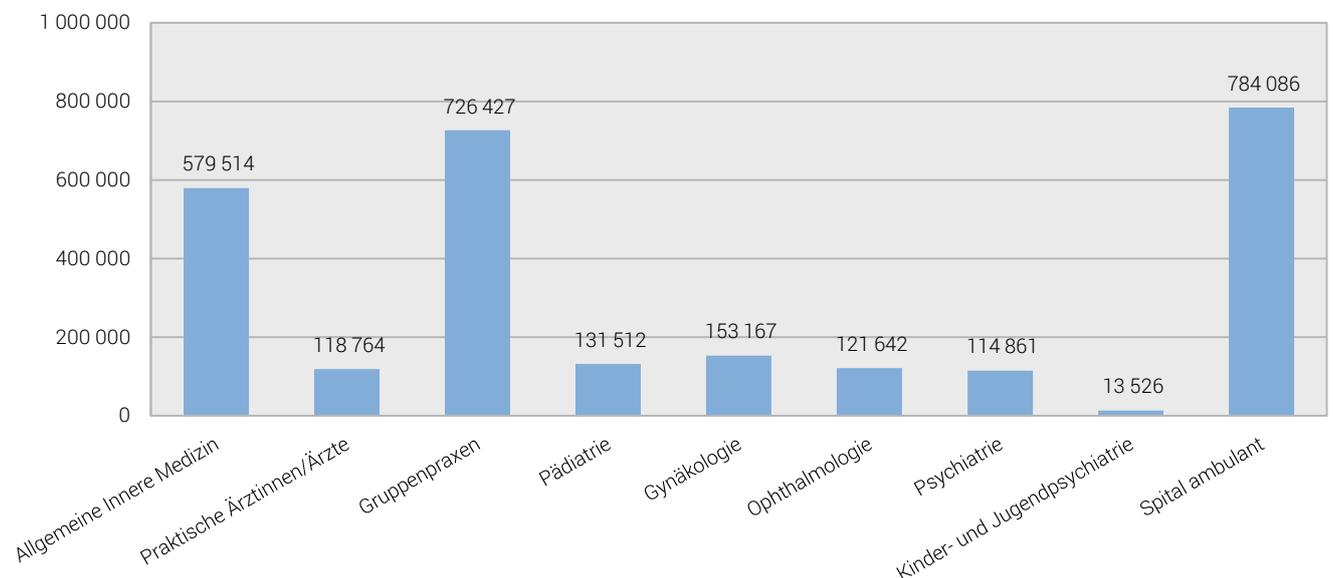
6.1 Angebot und Inanspruchnahme

Abbildung G 6.1 zeigt die Inanspruchnahme im Jahr 2021 der Luzerner Wohnbevölkerung in den Arztpraxen nach den wichtigsten medizinischen Fachrichtungen sowie im spitalambulanten Bereich. Bei den Praxen war die Anzahl der Konsultationen der Luzernerinnen und Luzerner in den Gruppenpraxen (rund 726 000) und bei der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) (580 000) am höchsten. Die Anzahl der Konsultationen in den anderen Fachgebieten war deutlich geringer. Sie lag zwischen 153 000 Konsultationen in der Gynäkologie und 14 000 in Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahr 2021 waren für Luzernerinnen und Luzerner ausserdem gut 784 000 Konsultationen ambulanten Spitalbereich zu verzeichnen.

6.1.1 Grundversorgung (Hausarztmedizin)

Gemäss kantonseigenen Daten waren 2020 im Kanton Luzern 404 Hausärztinnen und Hausärzte tätig (vgl. Abbildung G 6.2). Diese 404 Hausärztinnen und Hausärzte entsprachen 270,3 Vollzeitstellen. Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte, sowohl pro Kopf wie auch in Vollzeitäquivalenten, gab es im Wahlkreis Luzern-Stadt.

G 6.1 Anzahl Konsultationen in Arztpraxen und im ambulanten Spitalbereich von Patientinnen und Patienten mit Wohnkanton Luzern, 2021

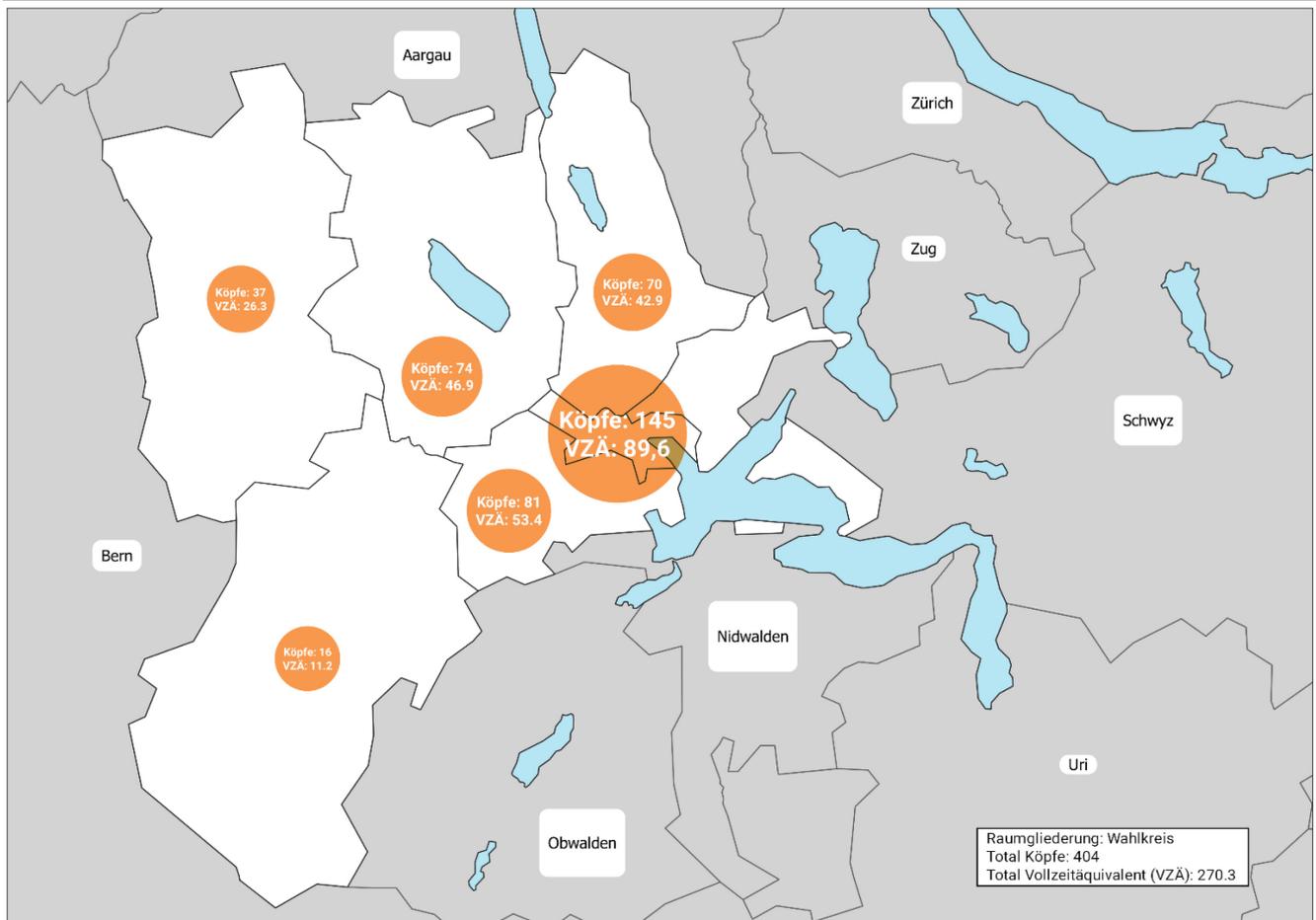


Bemerkung: Die Kategorie «Gruppenpraxen» bezieht sich ausschliesslich auf Praxen, welche verschiedene medizinische Fachrichtungen abdecken.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.2 Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte, Personen und Vollzeitäquivalente (VZÄ), Luzern, 2023



Bemerkung: Einschlusskriterium: Grundversorger/innen, Personen mit Haupttätigkeit Allgemeine Innere Medizin oder Praktische Ärztinnen/Ärzte. Wenn eine Person in mehreren Wahlkreisen tätig ist, wird sie mehrfach gezählt. 17 Personen sind in 2 Wahlkreisen tätig und 1 Person in 3 Wahlkreisen.

Quelle: Register des Kantons Luzern / Analysen Obsan

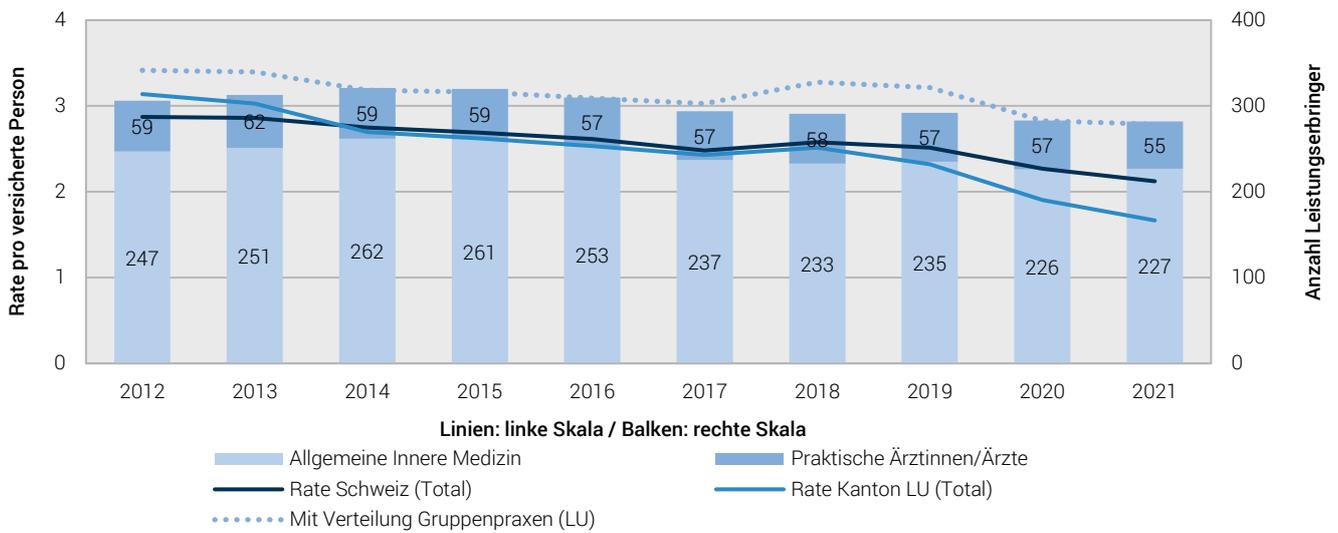
© Obsan 2024

Die Abbildung G 6.3 zeigt die Anzahl OKP-abrechnender Leistungserbringer sowie die Inanspruchnahme der ärztlichen Grundversorgung durch Luzerner Patientinnen und Patienten basierend auf den Daten aus dem Datenpool der SASIS AG. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass sich die «Anzahl Leistungserbringer» gemäss Datenpool über die Anzahl Nummern im Zahlstellenregister (ZSR) mit einem Standort im Kanton Luzern definiert, d. h. es handelt sich hier nicht um Personen oder Vollzeitstellen. Das gilt für sämtliche folgenden Analysen, die auf den Daten aus dem Datenpool basieren.

Im Jahr 2021 gab es im Kanton Luzern 282 Grundversorgerinnen und -versorger, davon weisen 227 den Facharzttitel AIM auf, bei den restlichen 55 handelt es sich um praktische Ärztinnen und Ärzte. Im Jahr 2012 waren noch 306 Leistungserbringer verzeichnet. Diese Zahl ist bis 2014 gestiegen und danach leicht gesunken. Die Zahlen zur Inanspruchnahme verlaufen ähnlich, zeigen aber bereits seit 2012 eine rückläufige Tendenz auf. Seit 2018 hat sich dieser Rückgang nochmals deutlich beschleunigt. Im Jahr 2021 kommen pro versicherte Person im Kanton Luzern 1,7

Konsultationen in der Grundversorgung. Die (alters- und geschlechtsstandardisierte) Rate unterscheidet sich stark vom Schweizer Durchschnitt von 2,1 Konsultationen pro Person. Es ist jedoch anzumerken, dass in dieser Abbildung die Tätigkeit der Kategorie «Gruppenpraxen», welche aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen besteht, nicht berücksichtigt ist. Gerade in solchen gemischten Gruppenpraxen wird aber ein grosser Teil der Tätigkeit durch Hausärztinnen und Hausärzte erbracht. Eine Schätzung für 2019 ergab, dass 65% der Tätigkeit in Gruppenpraxen der Hausarztmedizin zugerechnet werden können. Abbildung G 6.3 enthält deshalb zusätzlich die Inanspruchnahme in der ärztlichen Grundversorgung inklusive Ergänzung um 65% der Inanspruchnahme in den Gruppenpraxen.

G 6.3 Grundversorgung: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons LU. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern. Die Kategorie «Gruppenpraxen» bezieht sich ausschliesslich auf Praxen, welche verschiedene medizinische Fachrichtungen abdecken.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

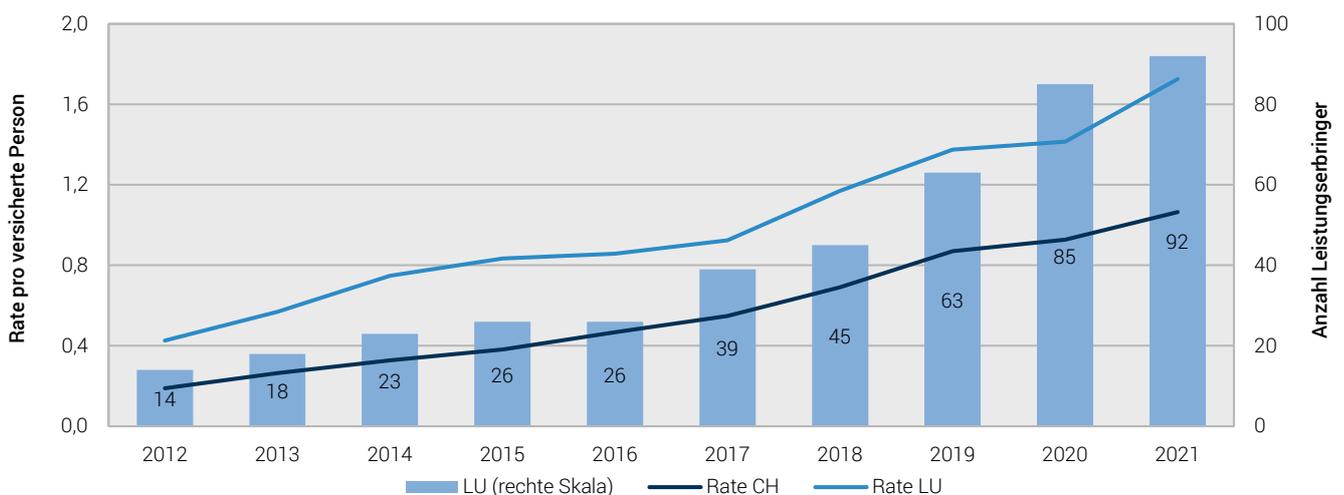
© Obsan 2024

6.1.2 Gruppenpraxen

Die Kategorie «Gruppenpraxen» bezieht sich ausschliesslich auf Praxen, welche verschiedene medizinische Fachrichtungen abdecken. Die Anzahl der Gruppenpraxen ist zwischen 2012 und 2021

von 14 auf 92 stark gestiegen (vgl. Abbildung G 6.4). Auch die Inanspruchnahme hat sich im Kanton Luzern und der Gesamtschweiz vervier- bzw. verfünffacht. Die Inanspruchnahme der Luzernerinnen und Luzerner in Gruppenpraxen ist in allen Jahren höher als jene aller Schweizerinnen und Schweizer.

G 6.4 Gruppenpraxen: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern. Die Kategorie «Gruppenpraxen» bezieht sich ausschliesslich auf Praxen, welche verschiedene medizinische Fachrichtungen abdecken.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

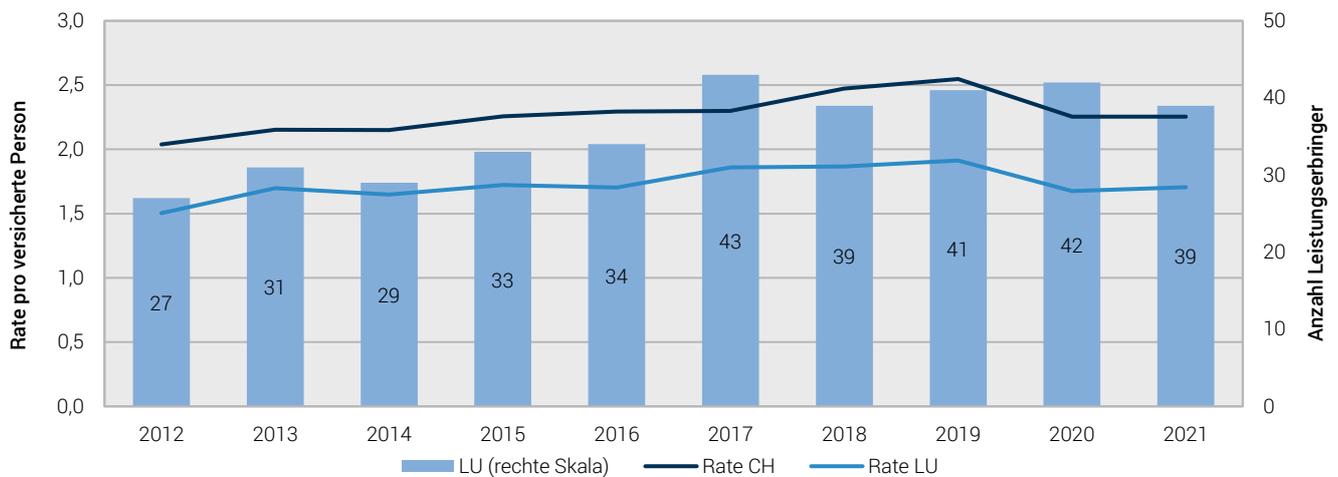
6.1.3 Pädiatrie

2021 gab es im Kanton Luzern 39 Pädiaterinnen und Pädiater (vgl. Abbildung G 6.5). Diese Zahl steigt seit 2012 tendenziell an, auch wenn zwischen 2020 und 2021 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Die Inanspruchnahme ist im Kanton in den letzten Jahren von 1,5 auf 1,7 Konsultationen pro versicherte Person gestiegen. Die alters- und geschlechtsstandardisierte Konsultationsrate der Luzerner Bevölkerung liegt für die gesamte betrachtete Periode deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt).

6.1.4 Gynäkologie

2021 zählte der Kanton 59 Gynäkologinnen und Gynäkologen (vgl. Abbildung G 6.6). Die Zahl der Gynäkologinnen und Gynäkologen ist seit 2012 tendenziell gestiegen. Die Inanspruchnahme von gynäkologischen Leistungen betrug 2021 0,7 Konsultationen pro versicherte Frau. Die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate näherte sich mit der Zeit der gesamtschweizerischen Rate an.

G 6.5 Pädiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



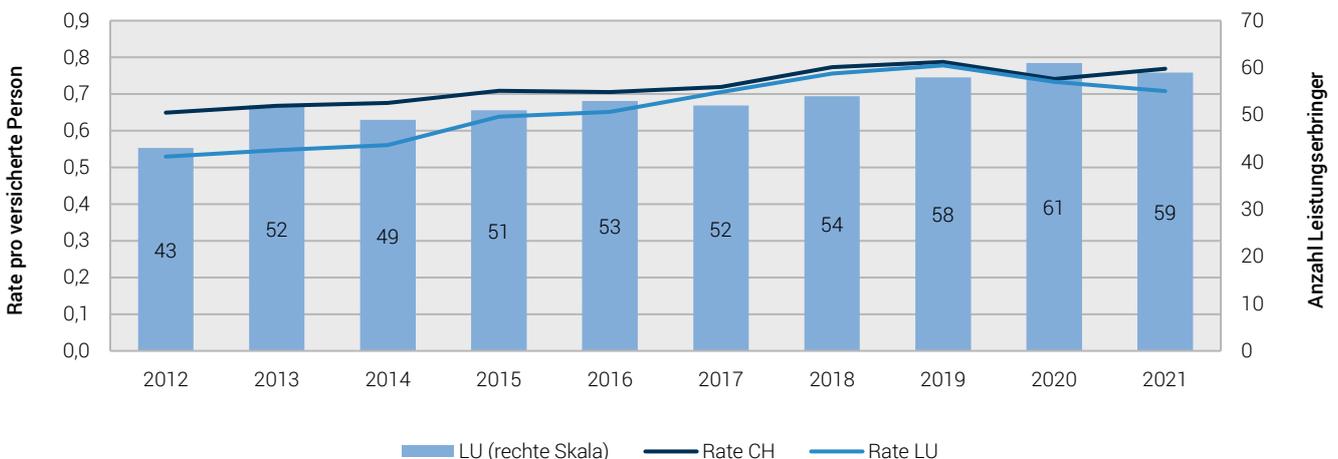
Bemerkung: Einschlusskriterium: Bevölkerung unter 19 Jahren

Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.6 Gynäkologie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Einschlusskriterium: weibliche Bevölkerung

Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

6.1.5 Psychiatrie

Im Jahr 2021 waren im Kanton Luzern 82 Psychiaterinnen und Psychiater tätig (ohne Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater). Die Zahl schwankt in den Vorjahren zwischen 72 und 85 Leistungserbringern (vgl. Abbildung G 6.7). Die Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen beträgt 2021 im Kanton Luzern 0,27 Konsultationen pro versicherte Person. Die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate lag somit deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 0,5 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme ist in den letzten Jahren auf gesamtschweizerischer Ebene gestiegen, während sie im Kanton Luzern stabil geblieben ist.

6.1.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Jahr 2021 zählte der Kanton Luzern 8 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Seit 2012 ist diese Zahl um drei Leistungserbringer zurückgegangen (-27%), vgl. Abbildung G 6.8). Die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Leistungen betrug 2021 im Kanton Luzern 0,1 Konsultationen pro versicherte Person unter 19 Jahren. Die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate liegt somit deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 0,2 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme ist in den letzten Jahren auf gesamtschweizerischer Ebene gestiegen, während sie im Kanton Luzern stabil geblieben ist.

G 6.7 Psychiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021

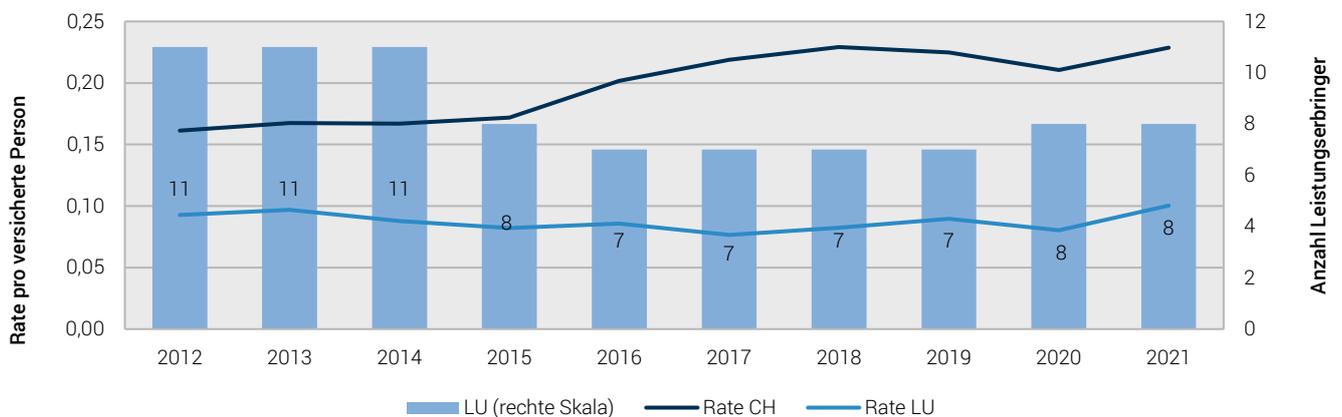


Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012-2021



Bemerkung: Einschlusskriterium: Bevölkerung unter 19 Jahren

Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

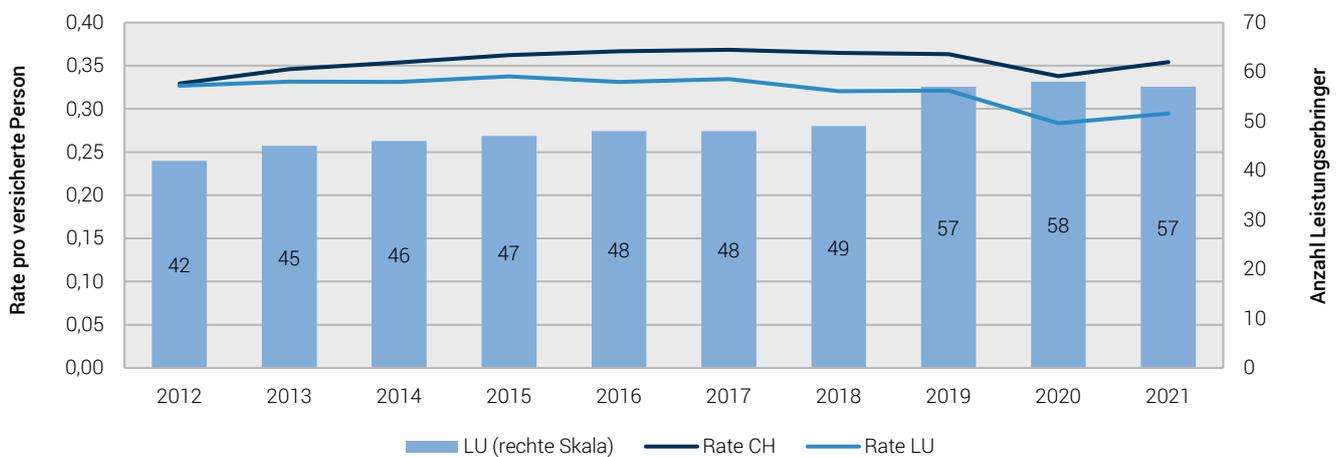
6.1.7 Ophthalmologie

Im Jahr 2021 zählte der Kanton Luzern 57 in der Ophthalmologie tätige Ärztinnen und Ärzte. Seit 2012 ist die Zahl der Leistungserbringer um 36% gestiegen (vgl. Abbildung G 6.9). Auf eine versicherte Person kamen 2021 durchschnittlich 0,3 Konsultationen, was leicht unter der durchschnittlichen Anzahl Konsultationen der Gesamtschweiz liegt (0,35). Die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate blieb im Kanton Luzern bis 2019 relativ stabil, während sie in der Gesamtschweiz tendenziell anstieg. Ab 2019 ist die Entwicklung vergleichbar: zuerst eine Abnahme gefolgt von einem Anstieg.

6.1.8 Chirurgie

Im Jahr 2021 zählte der Kanton Luzern 23 in der Chirurgie tätige Ärztinnen und Ärzte. Seit 2012 ist die Zahl der Leistungserbringer gestiegen (vgl. Abbildung G 6.10). Auf eine versicherte Person kamen im Kanton Luzern im Jahr 2021 durchschnittlich 0,04 Konsultationen und in der Gesamtschweiz 0,05 Konsultationen. Für den Kanton Luzern stieg die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate bis 2018 an, ging danach zurück und liegt nun fast wieder auf dem Niveau von 2012. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist die Tendenz über den gesamten Zeitraum eher abnehmend.

G 6.9 Ophthalmologie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021

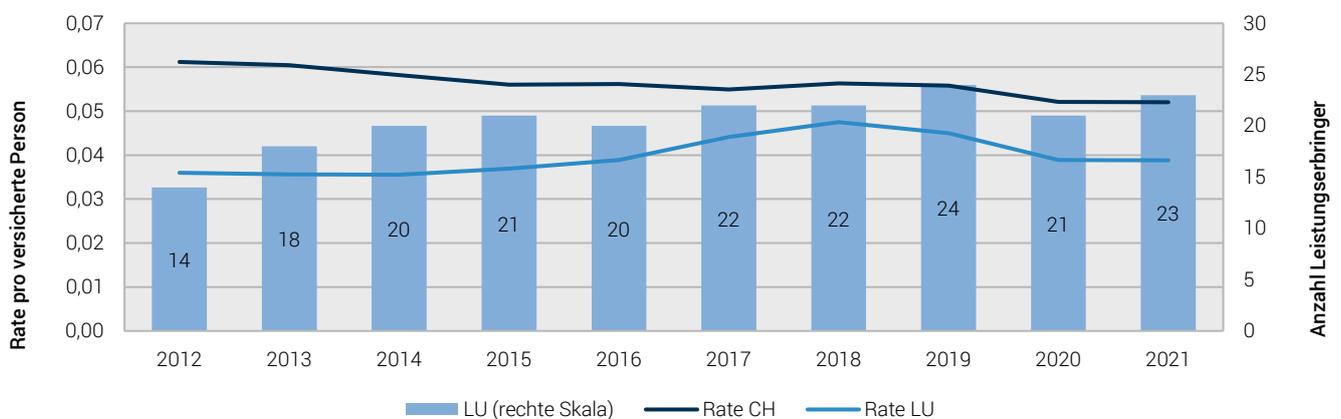


Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.10 Chirurgie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

6.1.9 Dermatologie

Im Jahr 2021 zählte der Kanton Luzern 18 in der Dermatologie tätige Ärztinnen und Ärzte. Mit Ausnahme des Jahres 2012 (14 Leistungserbringer) blieb die Anzahl der Leistungserbringer relativ stabil (vgl. Abbildung G 6.11). Auf eine versicherte Person kamen 2021 durchschnittlich 0,13 Konsultationen, somit ist die Inanspruchnahme von dermatologischen Konsultationen geringer als in der Gesamtschweiz. Für den Kanton Luzern ist die alters- und geschlechtsstandardisierte Inanspruchnahmerate im Analysezeitraum relativ stabil geblieben. Gesamtschweizerisch ist vor allem ein Abfall der Inanspruchnahme im Jahr 2020 zu beobachten.

6.1.10 Ambulante zahnmedizinische Versorgung

Die Zahnbehandlung ist nur in seltenen Fällen als KVG-Leistung anerkannt. Aus diesem Grund herrscht vollständige Freiheit bei der Wahl des zahnmedizinischen Leistungsanbieters. Im Kanton Luzern waren im Jahr 2022 insgesamt 501 Zahnärztinnen und Zahnärzte zugelassen. 2015 waren es noch 327 (+53%). Die Zahl der Zahnarztpraxen war dagegen zwischen 2015 und 2022 mit einem leichten Rückgang von 195 auf 192 relativ stabil.

6.1.11 Spitalambulanter Bereich

Im Kanton Luzern kamen im Jahr 2021 auf eine versicherte Person durchschnittlich 1,9 Konsultationen im spitalambulantem Bereich. Die Inanspruchnahme hat in den letzten Jahren zugenommen, so lag die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate im Jahr 2012 noch bei 1,5 Konsultationen (vgl. Abbildung G 6.12). Die Inanspruchnahme spitalambulanter Dienste liegt im Kanton Luzern unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Der starke Rückgang der Inanspruchnahme im Kanton Luzern im Jahr 2018 ist ein statistisches Artefakt, das nur sichtbar wird, wenn das Abrechnungsjahr und nicht das Behandlungsjahr betrachtet wird.

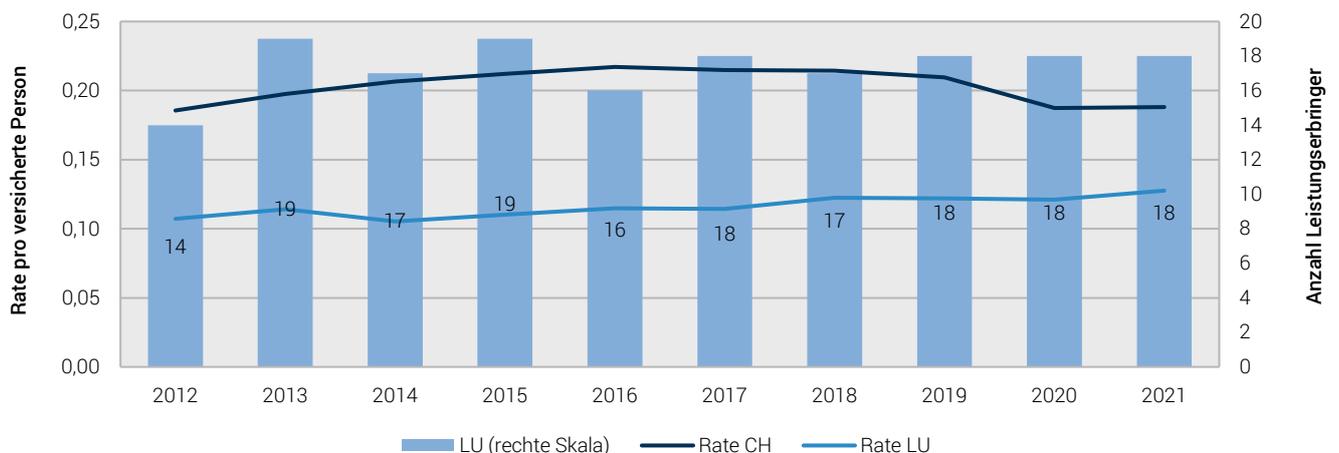
6.1.12 Weitere ambulante Leistungsangebote

Im Folgenden wird auf weitere ambulante Leistungsangebote, die über die OKP finanziert werden, eingegangen.

Hebammen

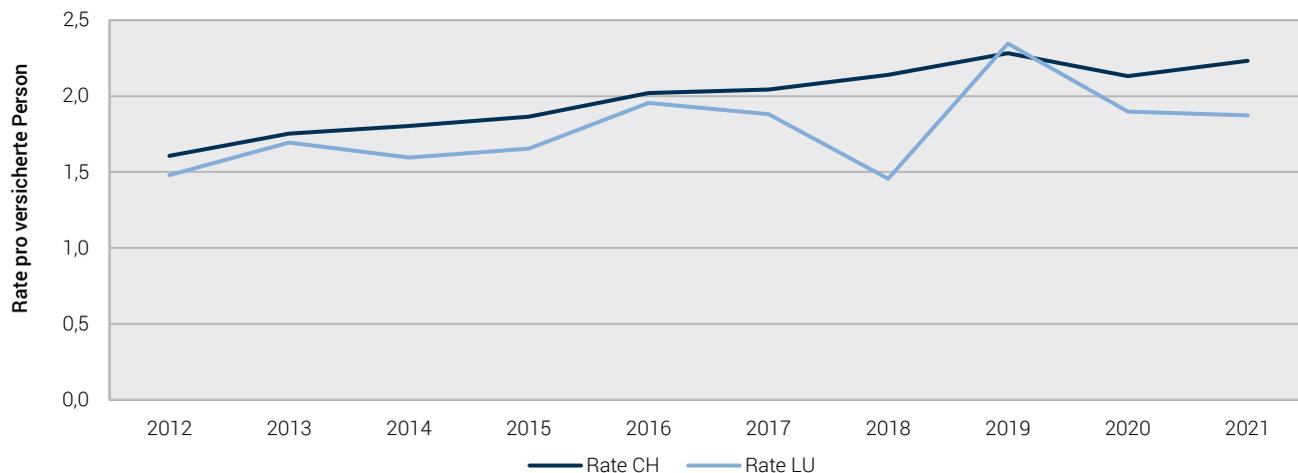
Im Jahr 2021 waren 112 Hebammen im Kanton Luzern tätig (vgl. Abbildung G 6.13). Die Zahl der Hebammen hat sich seit 2012 fast verdoppelt. Die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate für Frauen lag im Jahr 2021 bei 0,03 Konsultationen und liegt somit unter dem Schweizer Niveau (0,06). Die Inanspruchnahme stieg sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz bis 2018 stark an und ging dann allmählich zurück.

G 6.11 Dermatologie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

G 6.12 Spitalambulanter Bereich: Anzahl Konsultationen pro versicherte Person, Luzern und Schweiz, 2012–2021

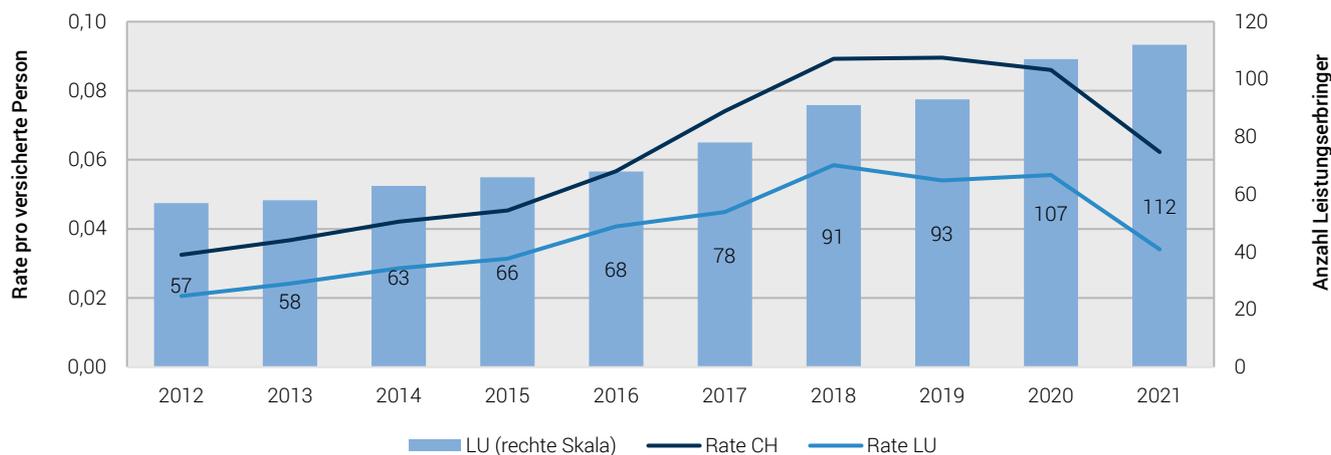


Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.13 Hebammen: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Einschlusskriterium: weibliche Bevölkerung

Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

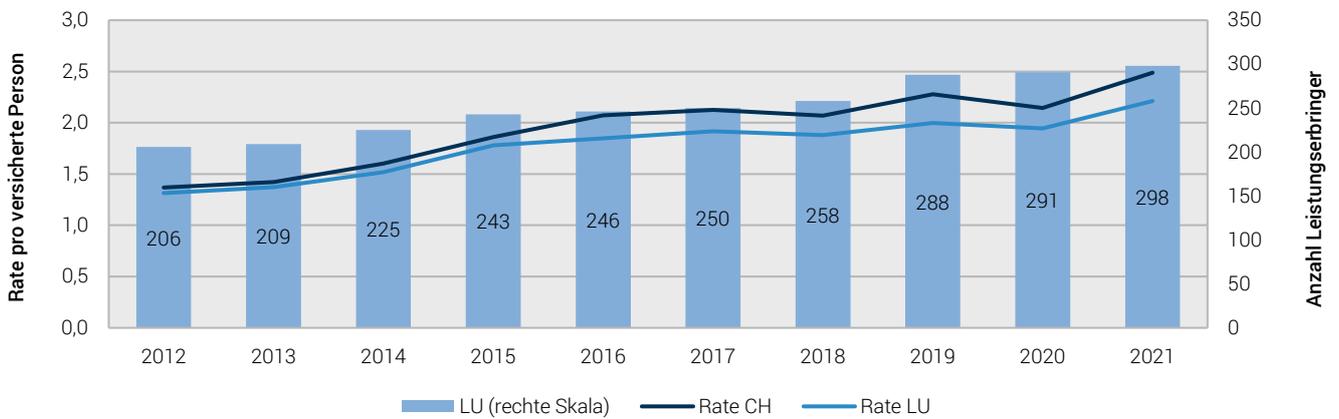
Physiotherapie

Im Kanton Luzern gab es 2021 298 ambulant tätige Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Die Anzahl Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist seit 2012 kontinuierlich gestiegen (vgl. Abbildung G 6.14). Auch die Inanspruchnahme ist zwischen 2012 und 2021 deutlich von 1,3 auf 2,2 Konsultationen pro versicherte Person gestiegen. Die zeitliche Entwicklung verläuft im Kanton Luzern ähnlich wie auf gesamtschweizerischer Ebene, allerdings auf einem tieferen Niveau.

Chiropraktik

Im Kanton Luzern gab es 2021 19 ambulant tätigen Chiropraktikerinnen und Chiropraktoren (vgl. Abbildung G 6.15). Die Anzahl der Leistungserbringer blieb während des Analysezeitraums stabil. Die Inanspruchnahme ist im Kanton Luzern (0,18) höher als in der Gesamtschweiz (0,13). Die Inanspruchnahme blieb weitgehendst unverändert zwischen 2012 und 2021.

G 6.14 Physiotherapie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021

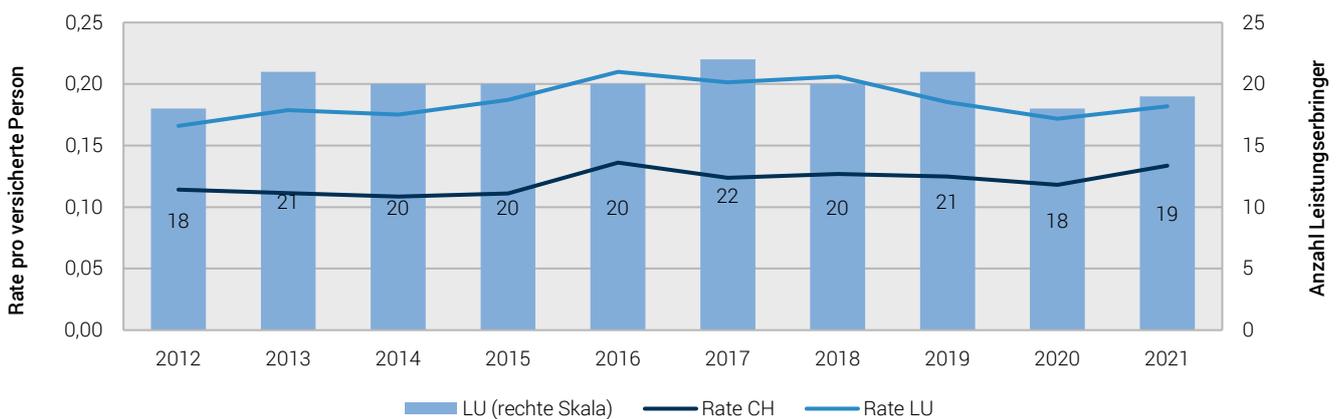


Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.15 Chiropraktik: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021

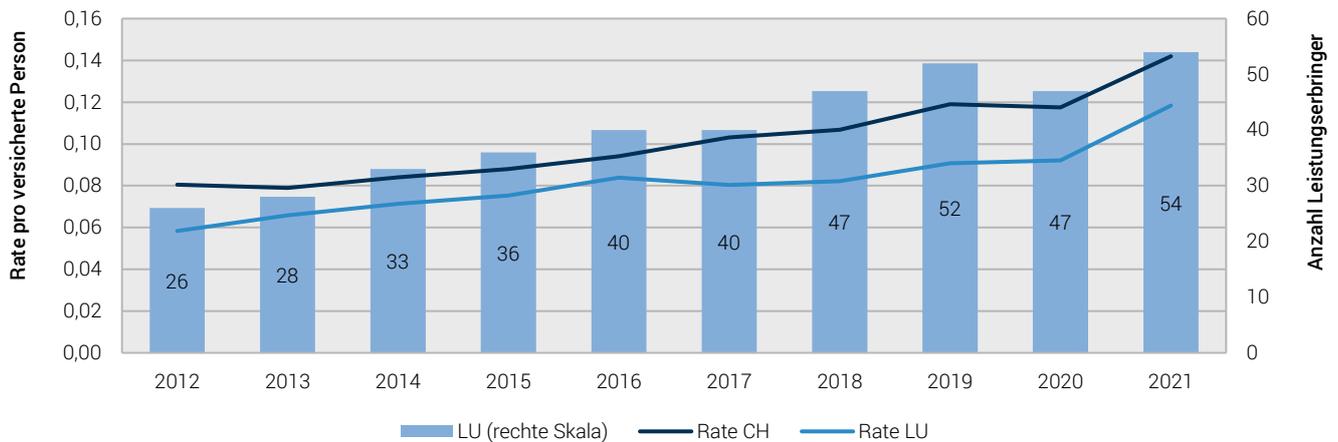


Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.16 Ergotherapie: Anzahl Leistungserbringer und Inanspruchnahmerate, Luzern und Schweiz, 2012–2021



Bemerkung: Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton Luzern. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton Luzern.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

Ergotherapie

Im Kanton Luzern gab es 2021 54 ambulant tätige Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (vgl. Abbildung G 6.16). Die Anzahl der Ergotherapeutinnen und -therapeuten ist seit 2012 kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2021 betrug die Anzahl Konsultationen im Kanton Luzern 0,1 pro versicherte Person, was unter der Schweizer Rate liegt. Auch die Inanspruchnahme ist zwischen 2012 und 2021 sowohl im Kanton Luzern wie der Gesamtschweiz deutlich gestiegen.

naler Personen zu Luzerner Leistungserbringer ist 2021 im Bereich der spitalambulanten Konsultationen zu verzeichnen (21%). An zweiter und dritter Stelle folgen die Kinder- und Jugendpsychiatrie (19%) und die (Erwachsenen-)Psychiatrie (15%). Die Konsultationen in Luzerner Arztpraxen durch ausserkantonale Personen sind in der Grundversorgung und in der Pädiatrie am geringsten; sie machen 6% bzw. 5% aus. Die Anteile sind – abgesehen von Schwankungen – in den letzten Jahren relativ stabil geblieben.

6.2 Patientenströme

Dieses Kapitel beschreibt die Patientenströme in der ambulanten medizinischen Versorgung für die Grundversorgung, Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dafür wurden die Ärztinnen und Ärzte der AIM und die praktischen Ärztinnen und Ärzte zur «Grundversorgung» zusammengefasst. Die Patientenströme beschreiben einerseits die Zuwanderung, d.h. die Anzahl an Personen, die nicht im Kanton Luzern wohnen, aber ambulante Dienste im Kanton Luzern aufgesucht haben. Andererseits wird die Abwanderung beschrieben, d.h. die Anzahl der Luzernerinnen und Luzerner, die ambulante Dienste ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen haben. Die relativen Anteile werden jeweils als Zustrom und Abfluss bezeichnet.

6.2.2 Abwanderung und Abfluss

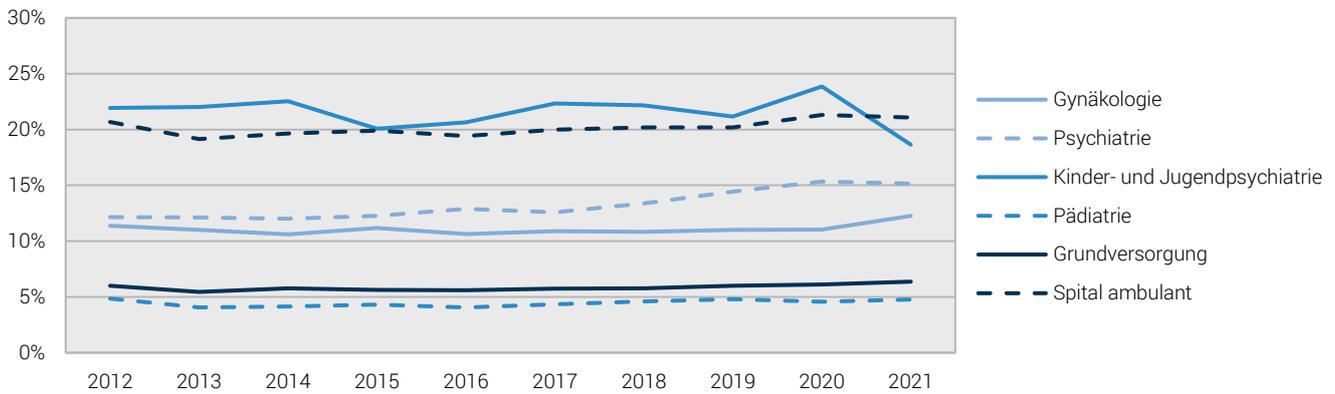
Abbildung G 6.18 zeigt den prozentualen Anteil der ausserkantonalen Konsultationen von in Luzern versicherten Personen zwischen 2012 und 2021. Die höchste ausserkantonale Inanspruchnahme weist der Bereich Psychiatrie auf: Ein Viertel (24,3%) der Konsultationen erfolgte 2021 nicht im Kanton selber. In der Gynäkologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es jeweils 16%, in der ambulanten Spitalversorgung 11% und in der Pädiatrie und der Grundversorgung jeweils 7%. Der Abfluss blieb in der Gynäkologie und der Pädiatrie zwischen 2012 und 2021 stabil. In der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Grundversorgung und in der ambulanten Spitalversorgung stieg der Abfluss an.

Die grösste absolute Anzahl an Konsultationen von Luzernerinnen und Luzernern ausserhalb des Kantons betreffen einerseits die Grundversorgung (2021: 106 271 Konsultationen) und andererseits die spitalambulante Versorgung (2021: 86 915 Konsultationen, vgl. Abbildung G 6.19). In beiden Bereichen ist die Anzahl der ausserkantonale erbrachten Konsultationen zwischen 2012 und 2021 stark angestiegen (+55,7% bzw. +69,4%).

6.2.1 Zuwanderung und Zustrom

Abbildung G 6.17 zeigt den Anteil der Konsultationen von ausserkantonale versicherten Personen am Total der in Luzern erbrachten Konsultationen (Zustrom). Der grösste Zustrom ausserkanto-

G 6.17 Zustrom: Anteil der Konsultationen (in Prozent) von ausserkantonally versicherten Personen an allen Konsultationen bei Leistungserbringern im Kanton Luzern, nach Fachrichtung, 2012–2021

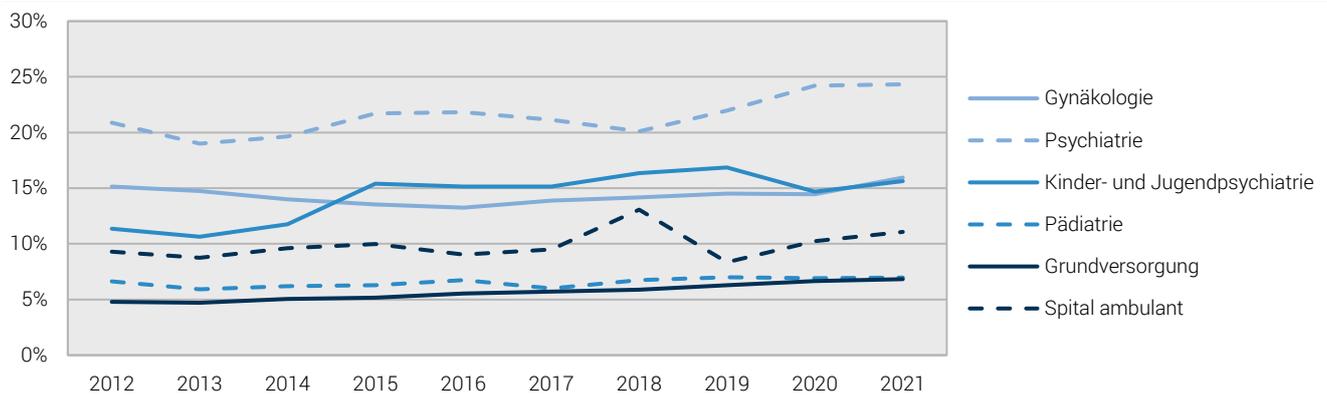


Bemerkung: Grundversorgung: Allgemeine Innere Medizin und praktische Ärztinnen und Ärzte.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.18 Abfluss: Anteil ausserkantonaler Konsultationen (in Prozent) von im Kanton Luzern versicherten Personen, nach Fachrichtung, 2012–2021

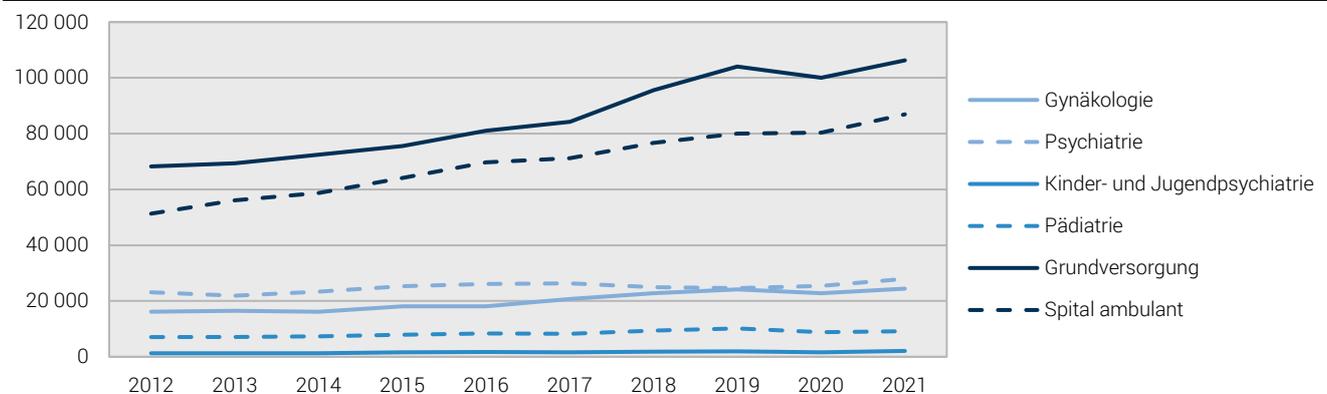


Bemerkung: Grundversorgung: Allgemeine Innere Medizin und praktische Ärztinnen und Ärzte.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

G 6.19 Abwanderung: Anzahl ausserkantonaler Konsultationen von im Kanton Luzern versicherten Personen, nach Fachrichtung, 2012–2021



Bemerkung: Grundversorgung: Allgemeine Innere Medizin und praktische Ärztinnen und Ärzte.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2024

7 Literaturverzeichnis

- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. (2021). *High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19*. *Nature* 594, 259–264
- Andersen, R. M. (1968). *A behavioural model of families: Use of health services*. Research Series No. 25. Chicago, IL: Chicago Center for Health Administration Studies, University of Chicago
- Andersen, R. M. (1995). *Re-visiting the behavioural model and access to medical care: does it matter?*. *Journal of Health Social Behavior*, 36, 1–10. doi:10.2307/2137284
- BAG (2019). *Faktenblatt: Regelung „ambulant vor stationär“*. Bundesamt für Gesundheit. 29. April 2019, www.bag.admin.ch.
- BFS (2006). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie*. Neuchâtel, November 2006, Version 5.2, Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch
- BFS (2020a). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2020b). *Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel TARPSY, 2018*. BFS Aktuell. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2022). *Monitoring der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2020–2050. Vergleiche zwischen den Beobachtungen und den Vorausschätzungen der Szenarien*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bowe, B., Xie, Y. & Al-Aly, Z. *Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection* (2022). *Nat Med* 28, 2398–2405. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02051-3>
- Bucher, H.-P. (2008). *Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050*. Statistisches Amt des Kantons Zürich, www.statistik.zh.ch.
- Carr-Hill, R., T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock & G. Hardman (1994). *Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services*. *British Medical Journal*, 309(6961), 1046– 1049.
- Czaja, M., Meinschmidt, G. & Bettge, S. (2012). *Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte*. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 66(3), 34–43. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring*, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. (2022) *SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank*. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>
- DSES (2019). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020–2023*. Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES), République et Canton de Genève. www.ge.ch
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T. & Pfinninger, T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel. www.fmh.ch
- Füglister-Dousse, S., Merçay, C. (2023). *Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024 Canton de Fribourg*. Etat de Fribourg. <https://www.fr.ch/document/499101>
- GDK (2018). *Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik im Rahmen der kantonalen Spitalplanung: Empfehlung der GDK. Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_d.pdf
- GDK (2019a) *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27. Juni 2019*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN_2018/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf
- GDK (2019b). *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Psychiatrie und Rehabilitation. Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, betreffend die Psychiatrie und die Rehabilitation. Verabschiedet durch den Vorstand GDK am 27. Juni 2019*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_Psy_Reha_V2.0_20190627_def_d.pdf
- GDK (2022a). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom*

- 21.12.2007, der KVV-Revision zu den Planungskriterien vom 23.6.2021 und der Rechtsprechung vom 1.1.2012 bis 31.12.2021. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 und am 25.5.2018 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 20.5.2022. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM-Spitalplanung_revidiert_20220520_def_d.pdf
- GDK (2022b). *Umsetzung Art. 3 Abs. 4bis des Covid-19-Gesetzes, Empfehlung und Beurteilung zuhanden der Kantone vom 10. März 2022*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/ansteckende_krankheiten/EM_Umsetzung_Art_3_Abs_4bis_Covid-19-Gesetz_20220310_def_d.pdf
- GDK (2022c). *Empfehlung der GDK: Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche vom 24. November 2022*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/Rehabilitation/Empfehlungen/EM_Musterplanungssystematik-Definitionen_20221124_def_d.pdf
- Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen (2021). *Schaffhauser Spitalplanung 2023: Planungsbericht und Prognose 2030*. Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat vom 8. Juni 2021. <http://www.sh.ch>
- GDZH (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2011). *Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2016). *Gesundheitsversorgungsbericht 2016*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2017a). *Gesundheitsversorgungsbericht 2017*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2017b). *Gesundheitsversorgungsbericht 2017. Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025*, Dezember 2017. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. www.gd.zh.ch.
- Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009). *Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). www.gd.zh.ch.
- Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016). *Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akuten somatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Jörg, R., Hedinger, D., Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). *Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden (Obsan Bericht 14/2019)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kanton Luzern (2015). *B21 Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnisnahme*. Planungsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat, 20. Oktober 2015. Luzern. <https://www.lu.ch>
- Katsoularis I., Fonseca-Rodríguez O., Farrington P., et al. (2022). *Risks of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and bleeding after covid-19: nationwide self-controlled cases series and matched cohort study*. *BMJ (Clinical Research ed.)*. 2022 Apr; 377:e069590. doi: 10.1136/bmj-2021-069590.
- Kuang, S., Earl, S., Clarke, J., et al. (2023). *Experiences of Canadians with long-term symptoms following COVID-19. Insights on Canadian Society*. December 2023. Statistics Canada Catalogue no. 75-006-X. statcan.gc.ca
- Liu Y., Chen Y., Wang Q., et al. *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study*. *JAMA Neurol.* 2022; 79(5):509–517. doi:10.1001/jamaneurol.2022.0461
- Löwel, H. & Meisinger, C. (2006). *Epidemiologie und demographische Entwicklung am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland*. *Medizinische Klinik*, 101, 804–811. <https://doi.org/10.1007/s00063-006-1108-7>
- Matter-Walstra, K.; Widmer, M.; Busato, A. (2006). *Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland*, *BMC Health Services Research*, (6), p. 119, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-119>.
- McGregor, P., McKee, P. & O'Neill, C. (2008). *The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison*. *The European Journal of Health Economics*, 9(2), 147–156.

- Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J. & Koopmanschap, M. (2013). *The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review*. *European Journal of Ageing*, 10, 353–361. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x>
- Niccoli, T. & Partridge, L. (2012). *Ageing as a risk factor for disease*. *Current Biology*, 22, R741–5
- Pavel B., Moroti R., Spataru A., Popescu MR, Panaitescu AM, Zagrean A-M. *Neurological Manifestations of SARS-CoV2 Infection: A Narrative Review*. *Brain Sciences*. 2022; 12(11):1531. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111531>
- Penchansky R., Thomas J.W. (1981). *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction*. *Med Care*. 1981 Feb;19(2):127-40. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001. PMID: 7206846.
- Pellegrini, S.; Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pérez-Gómez, A., Vitallé, J., Gasca-Capote, C. et al. *Dendritic cell deficiencies persist seven months after SARS-CoV-2 infection*. *Cell Mol Immunol* 18, 2128–2139 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41423-021-00728-2>
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018a). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Obsan Dossier 63)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018b). *Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale. Analyse de six groupes de prestations chirurgicales (Obsan Bulletin 1/2019)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2021). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Sheldon, T. A., Smith, G. D. & Bevon, G. (1993). *Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS*. *British Medical Journal*, 306, 835–839.
- Schliwen, A. (2015). *Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System*. Frankfurt a. M., Deutschland: Peter Lang International Academic Publishers. <http://dx.doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9>
- SVR (2018). *Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, www.svr-gesundheit.de
- SwissDRG (2019). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. (Version Juni 2019). Gültig ab 1.1.2020*. https://www.swissdrg.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf
- SwissDRG (2022). *Règles et définitions pour la facturation des cas sous ST Reha (Version mai 2021). Applicable à partir du 1.1.2022*. <https://www.swissdrg.org/>
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates*. *Statistical methods in medical research*, 15(6), 547-569.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Weaver, F., Cerboni, S., Oettli, A., Andenmatten, P., Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (document de travail 32)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Wehrli, R. (2015). *Bedarfsprognose HSM: Teilbericht Methodik*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- WHO (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. www.who.int.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG*. Polynomics et Helsana sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Wirth, B., Stucki, M., Jörg, R., Thommen, C. & Höglinger, M. (2022). *Impact of the Covid-19 pandemic on inpatient health care in Switzerland – a retrospective study using admission data of all Swiss hospitals* (Preprint). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2404427/v1>.
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B. et al. *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. *Nat Med* 28, 583–590 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>

8 Anhänge

Ergänzende Informationen zum vorliegenden Versorgungsbericht sind als Beilagen verfügbar. Anhänge sind als integraler Bestandteil des Versorgungsberichts und somit Teil des vorliegenden Dokuments.

Folgende Anhänge stehen nachfolgend zur Verfügung:

- Anhang 1: KVV 11. Abschnitt: Planungskriterien (Stand 1. Januar 2022)
- Anhang 2: Liste der für die Spitalplanung 2023 entwickelten Spital-Leistungsgruppen des Kantons Zürich, SPLG Version 2023.1 (gültig ab 1. Januar 2023)
- Anhang 3: Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen, nach SPLB bzw. Leistungsgruppen- und bereiche und Wohnort, 2018–2021
- Anhang 4: Psychiatrie - Vergleich Leistungsgruppe und PCG

Anhang 1 KVV 11. Abschnitt: Planungskriterien (Stand 1. Januar 2023)

Art. 58a Grundsatz

- ¹ Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.
- ² Sie wird periodisch überprüft.

Art. 58b Versorgungsplanung

- ¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen namentlich die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren.
- ² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG aufgeführt sind.
- ³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Das zu sichernde Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.
- ⁴ Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:
 - a. die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung;
 - b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
 - c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Art. 58c Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;
- b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;
- c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art. 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität

- ¹ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt namentlich durch Vergleiche der schwereregradbereinigten Kosten. Bei Pflegeheimen ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise zu berücksichtigen.
- ² Bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen ist insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:
 - a. Sie verfügt über das erforderliche qualifizierte Personal.

- b. Sie verfügt über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
 - c. Sie verfügt über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
 - d. Sie verfügt über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.
 - e. Sie verfügt über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.
- ³ Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden.
 - ⁴ Bei der Beurteilung der Spitäler ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten.
 - ⁵ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen.

Art. 58e Interkantonale Koordination der Planungen

- ¹ Zur Koordination ihrer Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 KVG müssen die Kantone namentlich:
 - a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen;
 - b. das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.
- ² Jeder Kanton koordiniert sich namentlich mit:
 1. den Kantonen, in denen eine oder mehrere auf seiner Liste aufgeführte oder für seine Liste vorgesehene Einrichtungen ihren Standort haben;
 2. den Kantonen, auf deren Liste eine oder mehrere Einrichtungen aufgeführt sind, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, oder für deren Liste solche Einrichtungen vorgesehen sind;
 3. den Kantonen, die Standort von Einrichtungen sind, in denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte aus seinem Gebiet behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden;
 4. den Kantonen, aus denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte in Einrichtungen, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden;
 5. anderen Kantonen, wenn die Koordination zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann.

Art. 58f Listen und Leistungsaufträge

- ¹ Auf der Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG sind die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufzuführen, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

- ² Jeder Einrichtung auf der Liste wird ein Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG erteilt. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so hält der Leistungsauftrag fest, für welchen Standort er gilt.
- ³ Die Listen halten für jedes Spital die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen fest.
- ⁴ Die Kantone bestimmen die Auflagen, die die Leistungsaufträge für Spitäler und Geburtshäuser enthalten müssen. Für akutsomatische Spitäler können sie namentlich folgende Auflagen vorsehen:
 - a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;
 - b. Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen;
 - c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;
 - d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation;
 - e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern;
 - f. Mindestfallzahlen.
- ⁵ Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge für Pflegeheime Auflagen enthalten.
- ⁶ Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge namentlich folgende Auflagen enthalten, sofern diese weder strukturerhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern:
 - a. für akutsomatische Spitäler: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Leistungsmengen;
 - b. für Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG, die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Kapazitäten;
 - c. für Pflegeheime: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Kapazitäten.
- ⁷ Sie sehen vor, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen.

Anhang 2 Liste der für die Spitalplanung 2023 entwickelten Spital-Leistungsgruppen des Kantons Zürich, SPLG Version 2023.1 (gültig ab 1. Januar 2023)

SPLB	SPLG	Beschreibung
Basispaket	BP	Basispaket
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
	KIE1	Kieferchirurgie
Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
	NCH1.1.1	Neurochirurgische Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
	NCH1.1.1.1	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM)
	NCH1.1.2	Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM)
	NCH1.1.3	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)
	NCH2	Spinale Neurochirurgie
NCH2.1	Behandlung von seltenen Rückenmarkstumoren (IVHSM)	
NCH3	Periphere Neurochirurgie	
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des ZNS (ohne Palliativpatienten)
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen
	NEU3.1	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
	NEU4.2	Prächirurgische Epilepsiediagnostik
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
	AUG1.4	Katarakt
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie

SPLB	SPLG	Beschreibung
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie
	VIS1.1	Pankreasresektion (IVHSM)
	VIS1.2	Leberresektion (IVHSM)
	VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Operationen (IVHSM)
	VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
	HAE5	Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
	GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
	RAD1	Interventionelle Radiologie
	RAD2	Komplexe Interventionelle Radiologie
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe
	HER1.1.6	Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (IVHSM)
	KAR1	Kardiologie und Devices
	KAR2	Elektrophysiologie und CRT
	KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
	KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)
	KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'operative Urologie'
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'operative Urologie'
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation

SPLB	SPLG	Beschreibung
	PNE1.3	Cystische Fibrose
	PNE2	Polysomnographie
Thoraxchirurgie	TH01	Thoraxchirurgie
	TH01.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
	TH01.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen	TPL1	Herztransplantationen (IVHSM)
	TPL2	Lungentransplantationen (IVHSM)
	TPL3	Lebertransplantationen (IVHSM)
	TPL4	Pankreas- und Inseltransplantation (IVHSM)
	TPL5	Nierentransplantationen (IVHSM)
	TPL6	Darmtransplantation
	TPL7	Milztransplantation
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat
	BEW2	Orthopädie
	BEW3	Handchirurgie
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
	BEW5	Arthroskopie des Knies
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität
	BEW7.1	Erstprothese Hüfte
	BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen
	BEW7.2	Erstprothese Knie
	BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie
BEW9	Maligne Knochentumore	
BEW10	Plexuschirurgie	
BEW11	Replantationen	
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie
	GYNT	Gynäkologische Tumore
	GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (>= 36 0/7 SSW)
	GEBS	Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (>= 35 0/7 SSW und GG 2000g)
	GEB1.1	Geburtshilfe (>= 32 0/7 SSW und GG 1250g)
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	NEOG	Grundversorgung Neugeborene (>= 36 0/7 SSW und GG 2000g)
	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (>= 35 0/7 SSW und GG 2000g)
	NEO1.1	Neonatologie (>= 32 0/7 SSW und GG 1250g)
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (>= 28 0/7 SSW und GG >=1000g)
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (< 32 0/7 SSW und GG < 1500g)
(Radio-)Onkologie	ONK1	Onkologie

SPLB	SPLG	Beschreibung
	RA01	Radio-Onkologie
	NUK1	Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)
	UNF1.1	Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)
	UNF2	Schwere Verbrennungen (IVHSM)
Querschnittsbereich	KINM	Kindermedizin
	KINC	Kinderchirurgie
	KINB	Basis-Kinderchirurgie
	KAA	Kinderanästhesie "A"
	KAB	Kinderanästhesie "B"
	KAC	Kinderanästhesie "C"
	KAD	Kinderanästhesie "D"
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker
	ISO	Sonderisolerstation

Anhang 3 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen nach Wohnort

G 8.1 Akutsomatik - Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen nach Patientenherkunft und SPLB, 2018–2021

	Fälle (n)	Standardisierte Rate					Trend
	2021	2018	2019	2020	2021		
Total							
– CH	1 234 125	146,4	144,9	135,9	140,4		
– LU	52 535	128,2	128,7	121,7	125,1		
Basispaket							
– CH	470 210	57,1	56,1	52,3	53,5		
– LU	18 532	45,7	46,5	43,3	44,5		
Dermatologie							
– CH	3 931	0,6	0,5	0,4	0,5		
– LU	169	0,5	0,3	0,4	0,4		
Hals-Nasen-Ohren							
– CH	37 324	4,8	4,7	4,1	4,3		
– LU	1 833	4,9	4,9	4,1	4,4		
Neurochirurgie							
– CH	7 599	0,7	0,9	0,8	0,9		
– LU	411	0,7	0,9	0,8	1,0		
Neurologie							
– CH	31 673	3,6	3,6	3,5	3,6		
– LU	1 275	2,9	2,6	3,0	3,1		

	Fälle (n)	Standardisierte Rate					Trend
	2021	2018	2019	2020	2021		
Ophthalmologie							
- CH	11 229	1,4	1,4	1,2	1,3		
- LU	638	1,5	1,4	1,2	1,5		
Endokrinologie							
- CH	6 041	0,6	0,7	0,6	0,7		
- LU	309	0,8	0,9	0,8	0,8		
Gastroenterologie							
- CH	34 632	4,1	4,0	3,9	3,9		
- LU	1 382	3,1	3,1	3,2	3,3		
Viszeralchirurgie							
- CH	25 996	2,3	2,9	2,7	3,0		
- LU	1 029	2,3	2,6	2,4	2,5		
Hämatologie							
- CH	15 107	1,8	1,9	1,8	1,8		
- LU	601	1,6	1,4	1,4	1,5		
Gefässe							
- CH	20 377	2,2	2,4	2,3	2,4		
- LU	941	1,9	2,4	2,5	2,4		
Herz							
- CH	55 307	6,7	6,7	6,3	6,4		
- LU	2 953	7,2	7,7	7,1	7,3		

	Fälle (n)	Standardisierte Rate					Trend
	2021	2018	2019	2020	2021		
Nephrologie							
- CH	4 462	0,7	0,6	0,6	0,5		
- LU	151	0,3	0,3	0,4	0,4		
Urologie							
- CH	61 454	7,3	7,2	6,9	7,2		
- LU	2 282	6,4	6,1	5,7	5,6		
Pneumologie							
- CH	17 391	2,9	2,7	2,0	2,0		
- LU	580	2,5	1,9	1,3	1,4		
Thoraxchirurgie							
- CH	2 723	0,3	0,4	0,4	0,3		
- LU	118	0,3	0,4	0,4	0,3		
Transplantationen							
- CH	578	0,1	0,1	0,1	0,1		
- LU	27	0,1	0,0	0,0	0,1		
Bewegungsapparat							
- CH	182 523	21,3	20,7	19,5	20,7		
- LU	7 889	19,7	19,3	18,6	18,9		
Rheumatologie							
- CH	4 714	0,3	0,5	0,4	0,5		
- LU	151	0,3	0,4	0,3	0,4		

	Fälle (n)	Standardisierte Rate					Trend
	2021	2018	2019	2020	2021		
Gynäkologie							
- CH	35 088	4,3	4,0	3,7	3,9		
- LU	1 324	3,3	3,2	3,0	3,1		
Geburtshilfe							
- CH	100 472	11,1	10,8	10,6	11,1		
- LU	4 956	11,1	10,9	10,7	11,0		
Neugeborene							
- CH	90 664	10,4	10,4	10,3	10,3		
- LU	4 383	10,0	10,0	9,9	9,9		
(Radio-) Onkologie							
- CH	10 847	1,5	1,3	1,2	1,3		
- LU	439	0,9	0,9	0,9	1,1		
Schwere Verletzungen							
- CH	3 783	0,4	0,4	0,4	0,4		
- LU	162	0,4	0,3	0,4	0,4		

Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2024

G 8.2 Rehabilitation - Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen nach Patientenherkunft und Leistungsbereich, 2018–2021

	Fälle (n)	Standardisierte Rate			Trend
	2021	2019	2020	2021	
Total					
– CH	94 386	10,7	10,2	10,6	
– LU	3 109	7,4	6,7	7,5	
Muskuloskeletale Rehabilitation					
– CH	33 753	3,7	3,6	3,7	
– LU	1 110	2,5	2,5	2,7	
Neurologische Rehabilitation					
– CH	14 810	1,8	1,7	1,7	
– LU	571	1,5	1,4	1,4	
Paraplegiologische Rehabilitation					
– CH	1 520	0,2	0,2	1'520	
– LU	98	0,3	0,2	98	
Kardiale Rehabilitation					
– CH	8 858	1,1	1,0	1,0	
– LU	386	0,9	0,9	1,0	
Pulmonale Rehabilitation					
– CH	7 387	0,7	0,7	0,9	
– LU	320	0,5	0,5	0,8	

	Fälle (n)	Standardisierte Rate			Trend
	2021	2019	2020	2021	
Internistische und onkologische Rehabilitation					
– CH	9 747	1,2	1,2	1,1	
– LU	255	0,8	0,5	0,6	
Psychosomatische Rehabilitation					
– CH	3 694	0,4	0,4	0,4	
– LU	166	0,4	0,4	0,4	
Geriatrische Rehabilitation					
– CH	13 027	1,3	1,2	1,4	
– LU	167	0,4	0,3	0,4	
Pädiatrische Rehabilitation					
– CH	393	0,1	0,0	0,0	
– LU	26	0,1	0,1	0,1	

Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/innen. Die Darstellung nach Leistungsgruppen ist erst ab 2019 mit der verwendeten Systematik der Fallzusammenführung möglich.

Quellen: BFS – MS, STATPOP

© Obsan 2024

Anhang 4

T 8.1 Psychiatrie - Vergleich Leistungsgruppe (Spalte) und PCG (Zeilen): Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten, 2021

	Organische Störungen (F00-F09)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (F11-F19)	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	Affektive Störungen (F30-F39)	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50-F59)	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	Intelligenzstörungen (F70-F79)	Entwicklungsstörungen (F80-F89)	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	Nicht-F Diagnosen (andere)	Total
TP21A		138	200										338
TP21B		278	89										367
TP24A	81											11	92
TP24B	63											19	82
TP25A				3									3
TP25B				448									448
TP26A					12								12
TP26B					53								53
TP27A					77							1	78
TP27B					165								165
TP27C					840							1	841
TP28A						67							67
TP28B						422							422
TP29A								27					27
TP29B								258					258
TP30A							13		3	14	40		70
TP30B							10		20	3			33
TP30C							27		3	9	9		48
TP70Z												10	10
Nicht zuteilbar				6									6
Total	144	416	289	457	1 147	489	50	285	26	26	49	42	3 420

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2024

9 Beilage

Die folgenden Beilagen befinden sich in separaten Dokumenten. In der Regel handelt es sich um Excel-Tabellen mit detaillierten Analysen, die kaum sinnvoll in einen Bericht integriert werden können.

Beilage 1 Bedarfsanalyse Akutsomatik, nach SPLG

Beilage 2 Bedarfsanalyse Psychiatrie, nach Leistungsgruppen

*Beilage 3 Bedarfsanalyse Rehabilitation, nach
Leistungsgruppen*

Beilage 4 Bedarfsprognose Akutsomatik, nach SPLG

*Beilage 5 Bedarfsprognose Psychiatrie, nach
Leistungsgruppen*

*Beilage 6 Bedarfsprognose Rehabilitation, nach
Leistungsgruppen*



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.



Erratum

In der Publikation:

«Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern»

ISBN 978-2-940670-40-6/ Obsan Bericht 02/2024

In der Zusammenfassung wurde im Abschnitt «Patientenströme und Spitalversorgungsregionen» (Psychiatrie) der Lokalisationsindex korrigiert (67,1% statt 32,9%).