

Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern



IMPRESSUM

©2018 LUSTAT Statistik Luzern
Burgerstrasse 22, Postfach 3768, 6002 Luzern
info@lustat.ch
www.lustat.ch

Wissenschaftliche Leitung Nathalie Portmann
Autorschaft Angela Kaufmann, Andrea Oppliger, Agnes Zwimpfer
Redaktion Eliane Degonda
Externe Fachexpertinnen und -experten Edith Lang, Luzia von Deschwanden (Dienststelle Soziales und Gesellschaft),
David Dürr, Christos Pouskoulas (Dienststelle Gesundheit und Sport)
Layout und Gestaltung LUSTAT Statistik Luzern
Bildnachweis Umschlag: Universitätsspital Zürich USZ, Nicolas Zovi;
Teil 1: LUKS, Natalie Boo/Aura, Spitex Schweiz; S. 19: Luzerner Kantonsspital LUKS, Pixelio,
Rainer Sturm, Pixelio, Günter Havlena;
Teil 2: Georg Anderhub, Dany Schulthess; S. 54: Georg Anderhub, Spitex Schweiz (2x)
ISBN 978-3-906728-96-4
Abdruck – ausser für kommerzielle Zwecke – unter Angabe der Quelle gestattet

Diese Publikation wurde nach den Grundsätzen der Charta der öffentlichen Statistik der Schweiz erstellt.

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser

Die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung ist aufgrund der ungebremst steigenden Gesundheitsausgaben vermehrt in den Fokus gerückt. Dabei spielt der Kanton Luzern eine Vorreiterrolle. Er war der erste Kanton, der Mitte 2017 eine Liste mit Eingriffen definierte, die ambulant durchzuführen sind, sofern es die medizinischen Umstände zulassen.

In meinem Alltag realisiere ich mit Freude: Es hat inzwischen ein Umdenken stattgefunden. Ist von ambulant und stationär die Rede, wissen viele sehr wohl, worum es geht und um die Bedeutung der Thematik.

Dass sich LUSTAT Statistik Luzern vertieft dem Thema widmet, ist nicht nur nützlich, sondern sehr verdankenswert. Damit erhalten die interessierten Leserinnen und Leser quasi ein Handbuch, das ihnen die Ausgangslage, die Historie, die Tendenzen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in den Jahren 2010 bis 2016 bis hin zu spezifischen Auffälligkeiten aufzeigt und in einen Gesamtkontext einbettet.



Es erstaunt mich persönlich nicht, dass bereits zwischen 2010 bis 2016 sowohl in den Akutspitälern als auch in der Langzeitpflege eine Verlagerung von stationär zu ambulant stattgefunden hat, wie dies die statistischen Auswertungen eindrücklich zeigen. Schliesslich ist eine ambulante Behandlung im Akutspital tendenziell wesentlich günstiger als eine stationäre – zumindest dort, wo der Tarif richtig angesetzt ist. Möglich geworden ist diese Verschiebung dank des medizinischen Fortschritts und des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen. Auch dies kommt eingangs der Publikation deutlich zum Ausdruck.

Noch sind wir aber nicht dort angelangt, wo wir letztlich sein wollen. Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen ungebremst weiter. Denn genauso wie die Tatsache, dass ambulant in der Regel günstiger ist als stationär, steht auch fest: Generell steigt die Zahl der Eingriffe sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich weiter an. Entsprechend gilt es, falsche Anreize aus dem Weg zu räumen. So beispielsweise jener, dass bei einer privat versicherten Person eher eine stationäre Behandlung oder der Spitaleintritt am Abend vor der Behandlung anberaunt wird. Beides erfordert Gegenmassnahmen, die nicht weh tun und somit strikte umzusetzen sind. Kommt hinzu: Der Steuerzahler bezahlt solche Aufenthalte immer mit.

Ich bin mir denn auch sicher: Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird vor allem im Akutbereich, der Psychiatrie und der Rehabilitation weiterverfolgt werden. Es ist sogar davon auszugehen, dass mit dem medizinischen Fortschritt weitere Behandlungen dazukommen, die es erlauben, diesen Grundsatz noch häufiger anzuwenden. In der Langzeitpflege sind es in erster Linie die Pflegebedürftigen selbst respektive deren Angehörige, die eine ambulante Versorgung nach Möglichkeit vorziehen. Auch das geht sehr schön aus der Studie hervor. Hier gilt es, jede Situation individuell zu beurteilen. Das heisst: Wir müssen gute ambulante und stationäre Angebote gleichwertig zur Verfügung stellen.

Ich danke allen Beteiligten herzlich für ihre wertvollen Ausführungen rund um dieses spannende Thema.

Guido Graf, Regierungsrat
Gesundheits- und Sozialdirektor des Kantons Luzern

Liebe Leserin, lieber Leser

Das Schweizer Gesundheitssystem zeichnet sich aus durch eine Vielzahl beteiligter Akteure und Interessengruppen sowie durch seine föderalistische Prägung. Dies macht nicht nur eine Gesamtbeschreibung anspruchsvoll, sondern lässt es zudem zu einer besonderen Herausforderung werden, vergleichbare Informationen für statistische Analysen bereitzustellen.

Darüber hinaus befindet sich das Gesundheitssystem in ständigem Wandel. Der medizinische Fortschritt ermöglicht, dass sich neue Angebote und Verfahrensmodi etablieren. Gesellschaftliche und demografische Entwicklungen führen zu veränderten Bedürfnissen, auf die das Gesundheitswesen wiederum reagiert. Kostenentwicklungen und Anpassungen der Finanzierungsmodelle verschieben die Usancen in der Praxis. Auf all diese Bewegungen hat die Statistik zu reagieren, wenn sie die wesentlichen Informationen zur Gesundheitsversorgung bereitstellen und das Wesen des schweizerischen Gesundheitssystems aktuell erfassen und faktenbasiert beschreiben will.

Im Zug des schweizweit aufkommenden Diskurses um den gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ sind in den letzten Jahren die Angebote der ambulanten und intermediären Strukturen stärker ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt. Entsprechend ist auch der Bedarf nach verlässlichem Zahlenmaterial gewachsen. Die Informationen zu den ambulanten Angeboten werden zum Teil erst seit wenigen Jahren statistisch erfasst; teilweise befinden sich die Statistiken gegenwärtig noch im Auf-, jedenfalls aber im Ausbau.



Die grosse Herausforderung, die vorhandenen Gesundheitsstatistiken bei der Analyse übergeordneter Fragestellungen zueinander in Bezug zu setzen, wird jedoch bestehen bleiben. Denn jeder Bereich der Gesundheitsversorgung bietet für seine Klientel massgeschneiderte Angebote, hat andere Finanzierende und folgt anderen Problemlösungsperspektiven. Wenn nun die Statistik versucht, die jeweilige Realität möglichst objektiv zu erfassen und also die Daten bei den einzelnen Produzenten erhebt, gelangt sie zu Gesundheitsstatistiken – von der Sozialmedizinischen Statistik über die Krankenhausstatistik bis zur Spitex-Statistik –, die voneinander genauso verschieden sind wie die jeweiligen Gesundheitsbereiche, die sie vermessen.

Unter den genannten herausfordernden Bedingungen sind die statistischen Analysen vorliegender Studie – die erste ihrer Art im Themenfeld Gesundheit – entstanden. Die Autorinnen haben es sich zum Ziel gesetzt, trotz nicht immer vorbehaltlos vergleichbarer Grundlagen möglichst gewinnbringende Erkenntnisse und Informationen aus den diversen Datengrundlagen herauszukristallisieren. Die Publikation nimmt eine Kontextualisierung vor, die es gerade auf dem Gebiet der kantonalen Gesundheitsversorgung bisher so nicht gab.

Umso mehr bin ich überzeugt, dass die entstandene Publikation für alle, die im Kanton Luzern mit Gesundheitsthemen beschäftigt sind oder sich dafür interessieren, von grossem Nutzen ist.

Norbert Riesen
Direktor LUSTAT Statistik Luzern

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	4
I. TEIL AKUTSOMATISCHE VERSORGUNG	7
AMBULANTE UND STATIONÄRE VERSORGUNG IM AKUTSPITAL	8
STATIONÄRE AUFENTHALTE IN AKUTSPITÄLERN	20
AMBULANTE BEHANDLUNGEN IN AKUTSPITÄLERN	28
II. TEIL LANGZEITPFLEGERISCHE VERSORGUNG	35
AMBULANTE UND STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	36
STATIONÄRE LANGZEITVERSORGUNG IN PFLEGEHEIMEN	45
AMBULANTE PFLEGE IM INDIVIDUELLEN UMFELD	55
SYNTHESE	67
ANHANG	69
GLOSSAR	69
LITERATUR	75

EINLEITUNG

Die Analysen vorliegender Publikation widmen sich vertieft der Gesundheits- und Pflegeversorgung im Kanton Luzern. Dazu werden einerseits stationäre und ambulante Behandlungen in Akutspitälern betrachtet und andererseits die Betreuung und Pflege in Pflegeheimen, zu Hause oder in intermediären Strukturen. Nicht im Fokus nachfolgender Analysen stehen weitere Gesundheitsdienstleister wie Arztpraxen, Rehabilitations- und Psychiatriekliniken, Physio- und andere Therapeuten – um nur einige zu nennen.

Kanton Luzern stellt Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicher

Wie das gesamtschweizerische umfasst das Luzerner Gesundheitssystem die unterschiedlichsten Teilbereiche und wird durch verschiedenste Einflussfaktoren geprägt. Die Bedürfnisse, denen das Gesundheitswesen nachzukommen hat, sind so vielfältig wie die Kantonsbevölkerung in den unterschiedlichen Regionen und in ihren unterschiedlichen Lebensphasen selbst – das Gesundheitssystem versorgt die Einwohnerschaft buchstäblich von der Geburt bis zum Tod. Der Kanton Luzern stellt die medizinische Versorgung und die Luzerner Gemeinden die Langzeitpflege-Versorgung aller Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons sicher. Dabei strebt der Kanton Luzern eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, ausreichende, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu angemessenen Kosten an. Bei der Ausgestaltung sind neben den kantonalen Vorgaben auch eidgenössische Gesetze (u.a. Kranken- und Unfallversicherungsgesetz) zu berücksichtigen.

Das Gesundheitssystem entwickelt sich laufend und rasant, sodass die je aktuellen Informationen, die zu seiner Beschreibung zusammengetragen werden wollen, teils jeweils noch nicht vollständig und teils nur beschränkt vergleichbar zugänglich sind. Vereinfachende Aussagen über das Luzerner Gesundheitssystem sind – wie sich im Gesagten andeutet – ohne profunde Kontextualisierung kaum möglich. Um die nachfolgend untersuchten Gesundheitsthemen unabhängig von der Komplexität ihrer Voraussetzungen fassbar zu machen, werden diesen hier einleitend einige übergreifende Bemerkungen vorangestellt.

Gesundheitssystem Schweiz – das Zusammenspiel verschiedenster Akteure

Gesundheitspolitik strebt Gesundheitsversorgung zu tragbaren Kosten an

Die Schweizer Gesundheitspolitik hat zum Ziel, der Bevölkerung ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem zu tragbaren Kosten zur Verfügung zu stellen. Die Gesundheit der Bevölkerung soll „geschützt, gefördert, erhalten und wiederhergestellt“ werden (Rüefli/Duetz et al. 2015, S. 117). Die Zuständigkeiten sind dabei zwischen dem Bund und den Kantonen (und den Kantonen und ihren Gemeinden) aufgeteilt. Eine Besonderheit des Schweizer Systems besteht darin, dass auch nichtstaatliche Akteure in Form beispielsweise von Verbänden grossen politischen Einfluss geltend machen (Rüefli/Duetz et al. 2015, S. 118).

Bund ist zuständig für übergeordnete Gesundheitsthemen

In der Zuständigkeit des Bundes befinden sich wenige sehr übergeordnete Gesundheitsthemen wie der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsrisiken, die Regulierung der Reproduktions- und Transplantationsmedizin, der medizinischen Forschung und der Gentechnologie. Weiter sorgt der Bund für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte- und Apothekerschaft sowie nichtuniversitärer Gesundheitsberufe. Dem Bund obliegt darüber hinaus die Regulierung und Aufsicht der Sozial- und der Zusatzversicherungen. Alle anderen Gesundheitsthemen obliegen den Kantonen, den Gemeinden oder nichtstaatlichen Organisationen.

Kantone und Gemeinden organisieren gemeinsam die eigentliche Gesundheitsversorgung

Die eigentliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist bei den Kantonen angesiedelt. Diese wirken einerseits an der Bundespolitik mit und setzen bundesrechtliche Vorgaben um. Andererseits verfügen sie je über eine eigene Ge-

sundheitsgesetzgebung und verfolgen ihre eigene Gesundheitspolitik. Dabei geht es um die gewichtigen Aufgaben, die Versorgung der Bevölkerung in den Bereichen der Spitäler und Heime, der spitalexternen Dienste sowie des Notfall- und Rettungswesens sicherzustellen. Weiter obliegen den Kantonen die Zulassung und Aufsicht ambulanter Leistungserbringer sowie gesundheitspolizeiliche Aufgaben (Hygiene, Impfwesen). Die Kantone verantworten die Heilmittelabgabe und kümmern sich um die Trägerschaft gesundheitsberuflicher Bildungsinstitutionen, die Prävention und die Gesundheitsförderung sowie die Patientenrechte. Die Rolle der Gemeinden hängt von der Aufgabenteilung ab, die zwischen ihnen und ihrem Kanton besteht.

In Luzern ist der Kanton für die Spitalversorgung zuständig, und Gemeinden verantworten die Langzeitpflege-Versorgung

Im Kanton Luzern ist der Kanton für die Planung der bedarfsgerechten Spital- und Pflegeheimversorgung verantwortlich. Im Spitalwesen hat der Kanton darüber hinaus die Versorgung sicherzustellen. Im Bereich der Langzeitpflege sind die Luzerner Gemeinden für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zuständig – sowohl mit genügend Pflegeheimplätzen als auch mit ambulanten Pflegeangeboten, welche es der Bevölkerung erlauben, sich ausserhalb einer stationären Institution pflegen zu lassen.

Geltende Tarifordnungen im Schweizer Krankenversicherungsgesetz

Krankenkassenobligatorium garantiert finanzielle Deckung der gesundheitlichen Grundversorgung

Auf nationaler Ebene ist die Gesundheitsversorgung über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geregelt. Dieses trat in der heutigen Form 1996 in Kraft; seine Teilrevisionen wurden 2011 und 2012 verbindlich. Die im KVG definierte Grundversicherung gewährleistet die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und ist für diese obligatorisch. Versichert sind unter anderen die Kosten für Arztbehandlungen, stationäre Aufenthalte in den allgemeinen Abteilungen der kantonalen Listenspitäler, die Langzeitpflege in den kantonal gelisteten Pflegeheimen, aber auch die Pflege zu Hause und in Tages- oder Nachtstrukturen. Auf der Basis der im KVG festgeschriebenen Bestimmungen handeln die Tarifpartner die geltenden Tarife für die versicherten gesundheitlichen Leistungen aus.

Dienstleister im Gesundheitsbereich und Krankenversicherer handeln Tarifverträge gemeinsam aus

Die Tarifpartner, das sind auf der einen Seite jene Gesundheitsdienstleister, welche die Leistungen, die sie für die Bevölkerung erbringen, über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen. Dabei handelt es sich um Ärzte und Ärztinnen, Spitäler, Pflegeheime, Tages- oder Nachtstrukturen, Spitex-Organisationen, selbständige Pflegefachpersonen und viele mehr. Auf der anderen Seite bestimmen die Krankenversicherer in den Tarifverhandlungen mit; sie haben die abgerechneten Versicherungsleistungen zu finanzieren. Beide Tarifpartner können sich zu Verbänden zusammenschliessen, um Verhandlungen zu führen. Kommt eine Einigung zustande, muss ein entsprechender Tarifvertrag vom Kanton oder – wenn er schweizweit gelten soll – vom Bundesrat genehmigt werden (Caminada/Reinhardt et al. 2015, S. 430).

Vielfalt der Gesundheitsleistungen machen Abrechnung nach einheitlichem System unmöglich

Die Gesundheitsdienstleister, die über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen, bieten die unterschiedlichsten Behandlungen und Leistungen an, sodass dieser Vielfalt nicht über ein einziges Abrechnungssystem gerecht zu werden ist.

In stationärem Spitalbereich wird nach Pauschalen abgerechnet

Im stationären Spitalbereich schreibt das KVG seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 die Abrechnung über leistungsbezogene Pauschalen vor. Im Zug der Einführung dieser Bestimmung wurde die schweizweit einheitliche Tarifstruktur SwissDRG erarbeitet, mittels derer die Akutspitäler ihre Leistungen abrechnen. Abgerechnet wird nach Fällen (Fallpauschalen).

In ambulantem Spitalbereich und in Arztpraxen wird nach Einzelleistungen abgerechnet

Im ambulanten Spitalbereich und in den Arztpraxen wird nicht nach Pauschalen, sondern über Einzelleistungen abgerechnet. Die zugerechneten Taxpunkte, die jede Leistung definieren, ergeben zusammen die Tarifstruktur. Die hier gängige TARMED-Tarifstruktur, welche die Spitäler und die Ärzteschaft für ihre Rechnungsstellungen beiziehen, kennt über 4'500 Positionen. Die Physiotherapie kennt eine eigene Tarifstruktur.

In der Langzeitpflege wird nach Zeittarifen abgerechnet

In der stationären Langzeitpflege wird im Gegensatz zur Akutsomatik (vgl. Glossar → S. 69) weder nach Pauschalen noch nach Einzelleistungen, sondern nach Zeit abgerechnet. Die Abrechnung nach Pflegetagen variiert je nach Pflegeaufwand der zu betreuenden Person.

Auch in der ambulanten Pflege wird über die für die Leistung benötigte Zeit abgerechnet. Ambulante Dienstleister wie die Spitex-Organisationen kennen für drei verschiedene Leistungsgruppen einen Stundenpreis und rechnen ihre Einsätze ab 10 Minuten in 5-Minuten-Schritten ab.

Bei den intermediären Strukturen gelten unterschiedliche Verrechnungsarten

Die intermediären Strukturen sind im Zwischenbereich zwischen ambulanter und stationärer Pflege angesiedelt. Das KVG unterscheidet jedoch lediglich zwischen stationären und ambulanten Leistungen. Dies führt zu pragmatischen Lösungen im Bereich der Abrechnung. Beispielsweise gehören die Tages- oder Nachtstrukturen zu den ambulanten Leistungserbringern, werden aber nach stationären Tarifen entschädigt (→ S. 40).

Statistische Analyse der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern

Zunehmende Alterung der Bevölkerung stellt Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen

Nachfolgende Analysen widmen sich vertieft dem Gesundheitswesen im Kanton Luzern. Dabei wird einerseits die Spitalversorgung der Bevölkerung im Akutbereich in den Blick genommen und andererseits die langzeitpflegerische Versorgung, sei es innerhalb oder ausserhalb einer stationären Einrichtung. Die Situation in der Langzeitpflege im Kanton zu betrachten, ist nicht zuletzt im Hinblick darauf interessant, als die Bevölkerung allgemein vermehrt älter wird als in früheren Zeiten und der Anteil der betagten und hochbetagten Personen an der Kantonsbevölkerung zunimmt. Die Sicherstellung des Pflegeangebots stellt dementsprechend eine aktuelle und künftige Herausforderung der Gesundheitspolitik dar, und die statistischen Untersuchungen können Aufschluss darüber geben, wo Luzern hier steht. Die steigende Lebenserwartung stellt auch die Akutspitäler vor neue Herausforderungen.

Im Kanton Luzern gilt der gesundheitspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“

Ein weiterer Aspekt, der die Gesundheitspolitik gegenwärtig umtreibt und wohl auch künftig umtreiben wird, sind die kontinuierlich ansteigenden Gesundheitskosten. Im Hinblick auf sie und anderes eröffnen die nachfolgenden Analysen einen weiteren Schwerpunkt, der von aktuellem und öffentlichen Interesse ist: die Untersuchung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung im Kanton. Dieses Verhältnis ist sowohl im akutsomatischen Spitalbereich als auch in der Langzeitpflege-Versorgung von grosser gesundheitspolitischer Relevanz. Der Kanton Luzern verfolgt wie auch die anderen Schweizer Kantone vermehrt den gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“. Das heisst, dass im Akutspital Behandlungen vermehrt spitalambulant vorgenommen und im Pflegebereich die Luzernerinnen und Luzerner so weit und so lange als möglich ausserhalb von stationären Einrichtungen gepflegt werden. Die nachfolgenden Untersuchungen zeigen aus statistischer Sicht, wie sich die stationäre wie auch die ambulante akutsomatische Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege in den letzten Jahren entwickelt haben.

I. TEIL

AKUTSOMATISCHE VERSORGUNG

Ambulante und stationäre Versorgung im Akutspital

Stationäre Aufenthalte in Akutspitalern

Ambulante Behandlungen in Akutspitalern



Ambulante und stationäre Versorgung im Akutspital

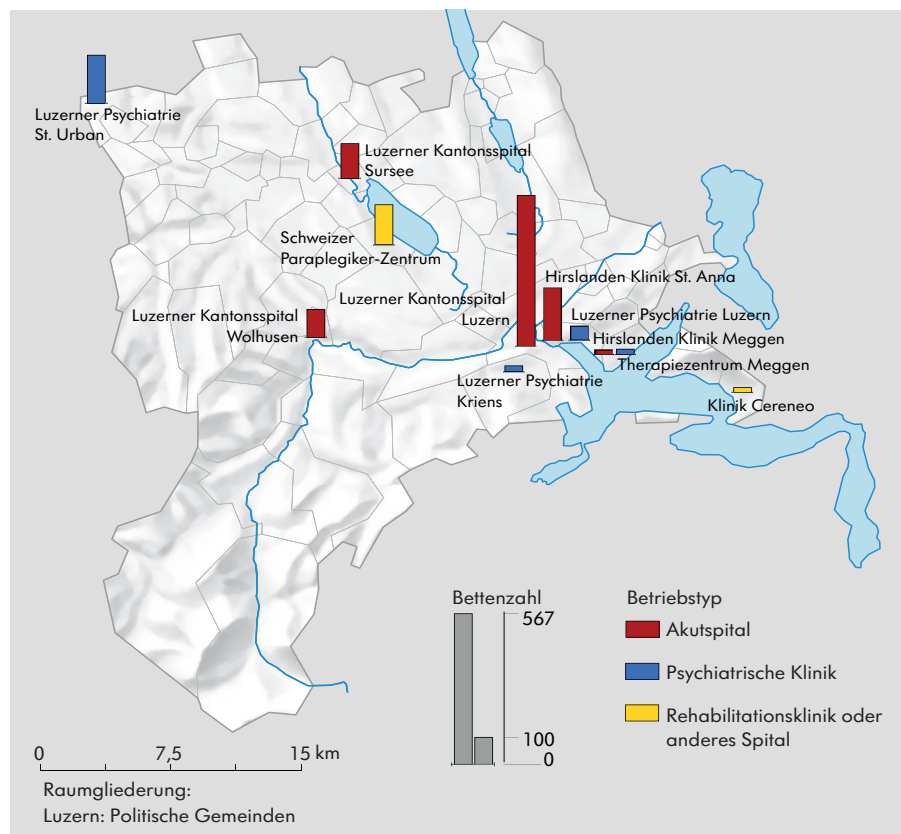
Der Kanton Luzern ist im Rahmen der Gesundheitspolitik unter anderem für die Spitalversorgung der Bevölkerung zuständig. In der Spitalplanung erarbeitet er die kantonale Spitalliste und stellt über die gelisteten inner- und ausserkantonalen Spitäler und Kliniken sicher, dass für die Gesundheitsanliegen der Kantonsbevölkerung jederzeit ausreichend Spitalangebote und -kapazitäten zur Verfügung stehen (→ S. 4). Die Listenspitäler sind dem Kanton über einen Leistungsauftrag mit zu erbringendem Leistungskatalog verpflichtet. Die Bevölkerung ihrerseits kann gemäss dem Grundsatz der freien Spitalwahl unter den für eine Behandlung vorgesehenen Krankenhäusern frei wählen.

Spitalangebot im Kanton Luzern

Im Kanton Luzern gibt es 4 akutsomatische Spitäler

Das Spitalangebot im Kanton Luzern umfasste 2016 insgesamt 10 Krankenhäuser respektive -kliniken (→ Abb. 1.1). 4 davon waren akutsomatisch tätig, also sogenannte Akutspitäler: Das Luzerner Kantonsspital LUKS mit Standorten in Luzern, Sursee und Wolhusen, die Hirslanden Klinik St. Anna Luzern und die Hirslanden Klinik Meggen (bis und mit 2013 Swissana Clinic) sowie das Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch. 2 Kliniken waren im Versorgungsbereich Psychiatrie tätig und 4 weitere dienten als Rehabilitations- oder andere Spezialklinik.

Abbildung 1.1
Spitalversorgung: Bettenangebot 2016
 Kanton Luzern



F11K01G01

LUSTAT Statistik Luzern

Datenquelle: BFS/LUSTAT – Krankenhausstatistik

Ohne Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch (5 Betten), ohne RehaClinic Sonnmatt in Luzern (Neueröffnung Okt. 2016), ohne Luzerner Hohenklinik Montana im Wallis (68 Betten)

Nachfolgende Analyse fokussiert ausschliesslich auf den akutsomatischen Bereich der Spitalversorgung. Die Akutsomatik umfasst Behandlungen körperlicher Krankheiten, Unfälle und Geburten ohne psychische Krankheiten und ohne Massnahmen der medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen. Akutsomatische Behandlungen werden in Akutspitälern (inkl. Geburtshäuser) vorgenommen und umfassen medizinische, therapeutische und (akut-)pflegerische Massnahmen. Zu den Akutspitälern zählen allgemeine Krankenhäuser sowie Spezialkliniken in den Bereichen Chirurgie, Gynäkologie/Neonatalogie und Pädiatrie. Bei den auf der Spitalliste (vgl. Glossar → S. 73) des Kantons Luzern gelisteten ausserkantonalen Akutspitälern handelt es sich insbesondere um Universitätsspitäler.

Zwei Drittel aller Spitalbetten im Kanton befinden sich im Akutbereich

Die Krankenhäuser lassen sich nicht ganz trennscharf über ihr Versorgungsangebot kategorisieren. So bietet beispielsweise das Luzerner Kantonsspital am Standort Luzern neben akutsomatischen Behandlungen auch Rehabilitationsleistungen an, und das Schweizer Paraplegikerzentrum in Nottwil ist neben der Rehabilitation auch im akutsomatischen Bereich tätig. Die Spitäler werden des-

Statistiken der Gesundheitsversorgung I

- **Stationärer Bereich:** Die gesamtschweizerischen Erhebungen zu den Statistiken der stationären Gesundheitsversorgung werden seit 1998 vom Bundesamt für Statistik (BFS) organisiert. Alle Spitäler und Geburtshäuser unterstehen für diese Statistiken einer Auskunftspflicht.

Die **Krankenhausstatistik** erhebt jährlich die administrativen Daten aller Spitäler in der Schweiz; seit 2010 auch der Geburtshäuser. Erfasst werden Informationen zu folgenden Bereichen: Rechtsform, Leistungsangebot, Infrastruktur, angestelltes und externes Personal, Betten und stationäre Behandlungen, Kosten und Finanzierung. Ab den Daten des Jahrs 2013 wurde der Fragebogen mit Informationen zum ambulanten Spitalbereich erweitert.

Die **Medizinische Statistik der Krankenhäuser** erhebt Daten aller stationär in einem schweizerischen Spital behandelten Personen. Erfasst werden soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht und Nationalität), Informationen über die Hospitalisierung (z.B. Eintritt, Aufenthaltsart und Austritt) sowie Diagnosen und Behandlungen in kodierter Form. Im Zug der Einführung der neuen leistungsorientierten Spitalfinanzierung (SwissDRG) wurden Anpassungen der Medizinischen Statistik notwendig, die für akutsomatische Spitäler seit 2010 obligatorisch sind.

- **Ambulanter Bereich:** Im Gegensatz zur stationären Gesundheitsversorgung fehlte es im ambulanten Bereich bislang an einer breiten statistischen Grundlage. Deshalb hat der Bundesrat das Bundesamt für Statistik mit dem Aufbau der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung beauftragt (**MARS** – Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Seit 2013 werden im Rahmen der Krankenhausstatistik Strukturdaten des ambulanten Spitalangebots erhoben, mit dem Datenjahr 2014 führte das BFS die Erhebung der Patientendaten Spital ambulant (PSA) ein (→ Box S. 28), basierend auf dem Datenjahr 2015 die Erhebung Strukturdaten der Arztpraxen und der ambulanten Zentren (MAS). Die Umsetzung weiterer Erhebungen im ambulanten Bereich (wie die Erhebung „Patientendaten Arztpraxen“) wird geprüft (Bundesamt für Statistik 2017).

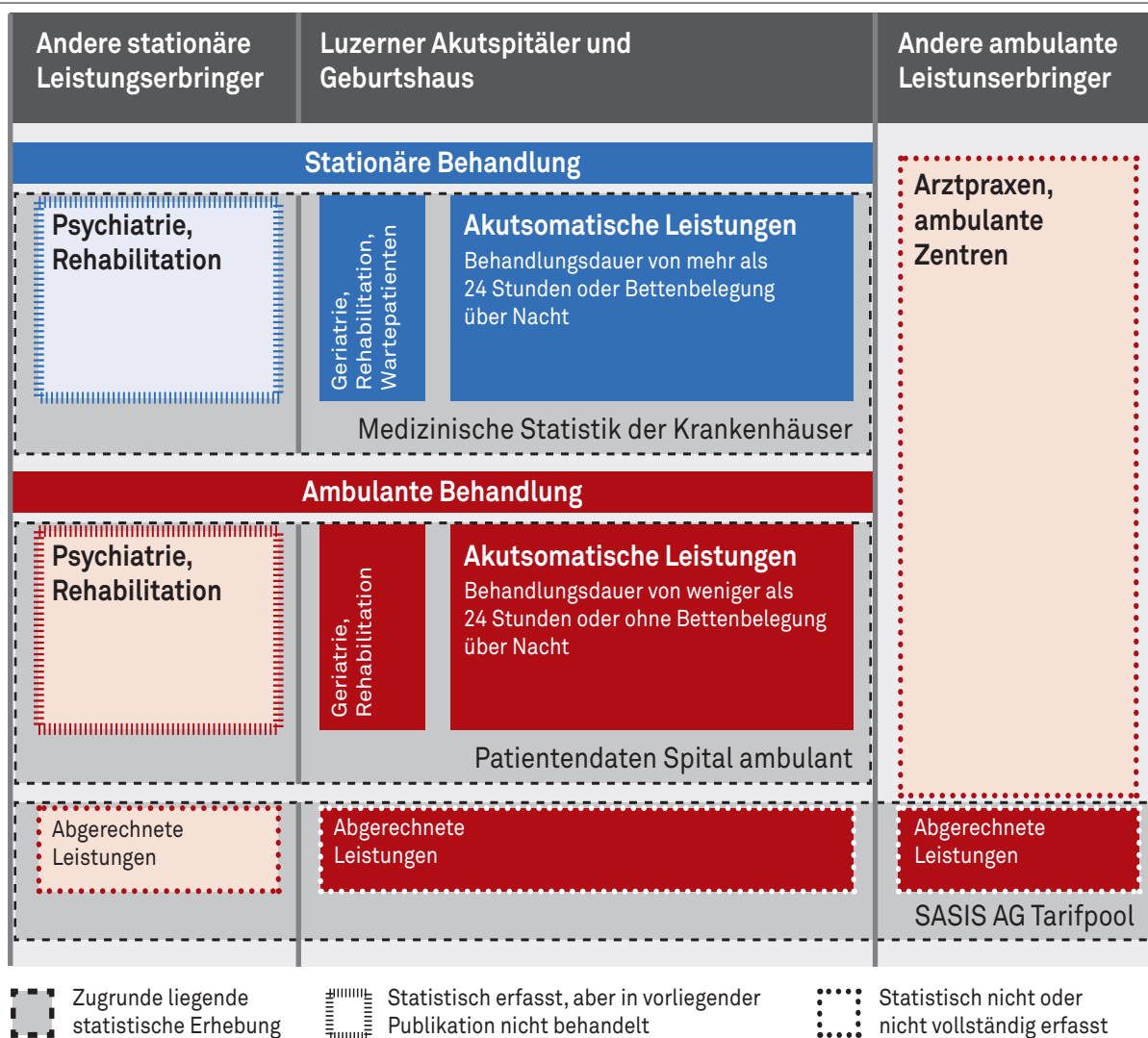
halb im Folgenden nach ihren hauptsächlich angebotenen Dienstleistungen dem entsprechenden Versorgungsbereich zugeordnet (→ Abb. 1.2).

In den Krankenhäusern und Kliniken auf Kantonsgebiet standen 2016 insgesamt 1'533 Betten zur Verfügung; 1'020 davon in den Akutspitälern, 274 in psychiatrischen Kliniken und 239 in Rehabilitations- oder Spezialkliniken.

2016 entfielen von den insgesamt 61'095 stationären inner- und ausserkantonalen Behandlungsfällen in den Spitälern des Kantons Luzern 92 Prozent auf den Akutbereich. Die psychiatrischen Kliniken sowie die Rehabilitations- und Spezialkliniken zählten 8 Prozent aller Fälle, erbrachten aber 37 Prozent der insgesamt 498'784 Pflēgetage. Letzteres zeigt sich in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer: In den Akutspitälern dauerte eine Hospitalisierung im Durchschnitt 5,6 Tage; in den psychiatrischen Kliniken, Rehabilitations- und anderen Spezialkliniken gut 35 Tage.

Akutbereich ist für gut 90 Prozent der stationären Spitalbehandlungen verantwortlich

Abbildung 1.2
Spitalversorgung: Ambulante und stationäre Behandlungen und ihre statistische Erfassung
 Kanton Luzern



Angebot akutsomatischer Spitalbehandlungen für die Luzerner Bevölkerung

Eine Spitalbehandlung kann stationär oder ambulant erfolgen. Ein stationärer Aufenthalt dauert mehr als 24 Stunden oder ist mit der Belegung eines Spitalbetts über Nacht verbunden; mit einer ambulanten Behandlung geht keine nächtliche Bettenbelegung einher.

Mehrheit der Personen wird ambulant behandelt im Spital

Die Bedeutung des ambulanten Sektors hat in den letzten Jahren stark zugenommen (Regierungsrat des Kantons Luzern 2015: 15). Ambulante Leistungen machen heute die grosse Mehrheit aller Spitalbehandlungen aus. So wurden im Jahr 2015 rund 41'500 Luzernerinnen und Luzerner einmal oder wiederholt in einem Akutspital stationär behandelt, während es im ambulanten Bereich der Akutspitäler rund 148'400 Luzernerinnen und Luzerner waren. Dieses Verhältnis zwischen im Spital stationär Behandelten (rund ein Fünftel) und ambulant Behandelten (rund vier Fünftel) besteht auch auf Ebene aller Schweizer Spitäler.

Ambulante Spitalbehandlungen sind meist kostengünstiger als stationäre

Der gesundheitspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird in den letzten Jahren sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz intensiv verfolgt. Medizinischer Fortschritt, kontinuierlicher Kostenanstieg im Gesundheitswesen, Patientenwunsch nach früherer Entlassung sowie Aufholbedarf im internationalen Vergleich sind einige Faktoren, welche die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich vorantreiben (Schwendener/Sommer et al. 2016: 10). Wesentlich geht es darum, den kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten entgegenzuwirken, denn ambulante Gesundheitsleistungen sind mehrheitlich kostengünstiger als jene im stationären Bereich.

Im Kanton Luzern wird seit 2017 die Verlagerung von stationär auf ambulant forciert, indem bestimmte Eingriffe ambulant erfolgen müssen

Kostensteigerungen durch nicht zwingend nötige stationäre Spitalbehandlungen sollen vermieden werden. Zu diesem Zweck führt der Kanton Luzern seit Juli 2017 eine Liste mit 12 Gruppen von Eingriffen, die im Normalfall ambulant durchzuführen sind. Ähnliche Bestrebungen laufen auch für die Gesamtschweiz. So hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zugunsten des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ beschlossen: Ab 2019 sollten schweizweit bestimmte Eingriffe nur noch ambulant durchgeführt werden, sofern es die medizinischen Umstände zulassen. Die Liste mit insgesamt 9 definierten Eingriffen aus 6 Behandlungsgruppen bildet einen gesamtschweizerischen Konsens in dieser Frage.

Luzerner Liste der ambulant durchzuführenden Spitaleingriffe ist umfangreicher als die gesamtschweizerische

Die Mitte 2017 eingeführte und für 2018 erweiterte Liste des Kantons Luzern geht weiter als der gesamtschweizerische Ansatz, indem sie die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Behandlung bei zusätzlichen Eingriffsgruppen vorschreibt. Neben Luzern führen weitere Kantone wie beispielsweise Aargau, Schaffhausen, Wallis, Zug und Zürich ebenfalls Listen zur Förderung ambulanter Eingriffe.

Finanzierung der akutsomatischen Spitalangebote im Kanton Luzern

Stationäre Spitalbehandlungen werden vom Kanton und den Krankenversicherer gemeinsam finanziert, ambulante gehen ganz zulasten der Krankenversicherer

Ambulante Leistungen haben andere Finanzierer respektive Abgeltungssysteme als stationäre Leistungen. Deshalb stellt sich die Frage, wer von allfälligen Kosteneinsparungen durch eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich profitiert und wer allenfalls mit Mehrkosten belegt wird. Nach einer Übergangsfrist, die den Kantonen für die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmung zugestanden wurde, ist seit 2017 bei den gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) vergüteten stationären Spitalleistungen verbindlich folgender Kostenteiler in Kraft: Die Kantone finanzieren mindestens 55 Prozent; die Krankenversicherer übernehmen die restlichen maximal 45 Prozent (→ Box). Die nachfolgend analysierten Zahlen entsprechen dem Verhältnis des Kostenteilers nicht vollumfänglich, da die Jahre ihrer Erhebung in die Zeit der Übergangsfrist fiel, die den Kantonen zur Einführung des Kostenteilers zugestanden

Fehlanreize
im Schweizer Gesundheitswesen
hemmen die Verlagerung
von stationär nach ambulant

wurde. Ambulante Leistungen ihrerseits gehen hingegen zu 100 Prozent zulasten der Krankenversicherer.

Was die Wirksamkeit der politischen Bemühungen zugunsten des ambulanten Bereichs betrifft, bestehen gemäss der Studie von Schwendener/Sommer et al. (2016: 6ff.) im Finanzierungs- und Tarifsysteem des Schweizer Gesundheitswesens nach wie vor Fehlanreize, welche die angestrebte Verlagerung verlangsamten. Einerseits besteht ein Hemmnis in der ungleichen Finanzierung, denn ambulante Spitalbehandlungen werden anders vergütet als stationäre. Andererseits wird die Förderung ambulanter Behandlungen auch dadurch gehemmt, dass im ambulanten und im stationären Bereich je unterschiedliche Tarifsysteme zur Anwendung kommen (zu den Tarifsystemen vgl. → S. 5ff.). Das hat zur Folge, dass eine Behandlung, wird sie stationär durchgeführt, zu höheren Entgelten führt als die ambulante Durchführung derselben Behandlung.

Ziel: Verlagerung chirurgischer Eingriffe in den ambulanten Bereich

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan beauftragt, für die 9 definierten chirurgischen Eingriffe, welche ab 2019 schweizweit für die ambulante Behandlung vorgesehen sind, das Potenzial der Verlagerung in den ambulanten Bereich sowie die monetären Auswirkungen der Verlagerung zu berechnen. Der Obsan-Studie (Roth/Pellegrini 2018: 9ff.), die diesem Auftrag nachkommt, ist als erste Erkenntnis zu entnehmen, dass das Verlagerungspotenzial vom stationären in den ambulanten Bereich von der jeweiligen Eingriffsart abhängig ist. Die Autorschaft der Studie geht davon aus, dass bei den untersuchten 9 chirurgischen Eingriffen schweizweit ungefähr 70 bis 80 Prozent der stationären Fälle, deren Aufenthalt maximal

Revision der Spitalfinanzierung

Um die Regelungen zur Spitalfinanzierung des vom Bund revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Kanton Luzern umzusetzen, wurde das kantonale Spitalgesetz auf den 1. Januar 2012 angepasst. Die Neuregelung der Spitalfinanzierung führte zu verschiedenen Änderungen. Akutspitäler werden für ihre stationären Leistungen seither mittels Fallpauschalen finanziert (Vergütung von leistungsorientierten Normpreisen statt von Kosten), das Tarifsysteem SwissDRG regelt die Vergütung nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich. Neu geregelt wurde auch die Kostenaufteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Seit Ablauf der Übergangsfrist Anfang 2017 bezahlen die Kantone mindestens 55 Prozent der Kosten, die Krankenversicherungen maximal 45 Prozent. Auf den kantonalen Spitallisten geführte öffentliche oder weitere Spitäler sind einander in Bezug auf die Finanzierung gleichgestellt. Zudem besteht für die Patientinnen und Patienten – mit wenigen Einschränkungen – freie Spitalwahl. Erfolgt eine Behandlung ohne medizinische Notwendigkeit in einem ausserkantonalen Listenspital, übernehmen Wohnkanton und Krankenkasse maximal die Kosten einer innerkantonalen Behandlung (Referenztarif). Die Differenz muss durch eine Zusatzversicherung oder die behandelte Person selber getragen werden. Bei einer entsprechenden Behandlung in einem Nichtlistenspital liegt gar die volle Zahlungsverantwortung bei der Patientin oder dem Patienten respektive seiner Krankenversicherung.

Von Verlagerung in den ambulanten Bereich profitieren voraussichtlich hauptsächlich die Kantone

Ambulante Konsultationen haben seit 2013 fast doppelt so stark zugenommen wie stationäre

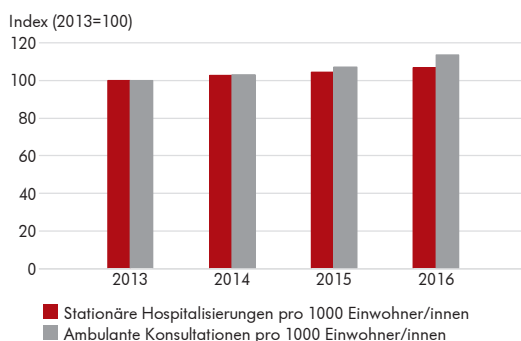
2 Tage dauern und ein geringes Komplexitätsniveau aufweisen, in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Schweizweit wären dies im Jahr 2016 rund 33'000 Fälle gewesen (Kanton Luzern: 890 Fälle).

Insgesamt kommt die Studie zum Schluss, dass die Verlagerung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung kostenneutral ausfallen dürfte. Zwar fallen bei einer ambulanten Behandlung die vollständigen Kosten bei den Krankenkassensicherern an, während es bei einem stationären Aufenthalt lediglich 45 Prozent von diesen sind (→ Box S. 12). Da ambulante Behandlungen aber in der Regel kostengünstiger sind als stationäre, dürfte die Verlagerung von stationär auf ambulant den Versicherern dennoch keine Mehrkosten beschern. Kosteneinsparungen würden deshalb hauptsächlich bei den Kantonen anfallen. Obsan schätzt anhand der Daten des Jahres 2016, dass die Verlagerung der 9 ausgewählten Eingriffe in den ambulanten Bereich für die Kantone Kosteneinsparungen von rund 90 Millionen Franken bringen wird (Roth/Pellegrini 2018: 9ff.). Schwendener/Sommer et al. (2016: 22ff.) schätzen das jährliche Einsparpotenzial – wenn mittel- oder längerfristig möglichst viele Eingriffe von stationär auf ambulant verlagert werden – für die Schweiz bis ins Jahr 2030 auf rund 1 Milliarde Franken. Voraussetzung für diese maximale Verlagerung ist die Beseitigung bestehender Fehlanreize.

Um in nachfolgender Analyse die stationären Hospitalisierungen mit den ambulanten Konsultationen vergleichen zu können, werden die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (stationär) sowie die Krankenhausstatistik (ambulant) beigezogen. Die ambulanten Konsultationen werden seit 2013 in der Krankenhausstatistik erfasst – jedoch nur summarisch (→ Box S. 9).

Im Kanton Luzern haben seit 2013 sowohl stationäre Hospitalisierungen als auch ambulante Konsultationen zugenommen, wobei das Wachstum im ambulanten Bereich deutlich höher ausgefallen ist als im stationären Bereich. 2016 meldeten die vier Luzerner Akutspitäler fast 784'000 ambulante Konsultationen neben knapp 56'300 stationären Hospitalisierungen von inner- und ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Dies entsprach 1'942 ambulanten Konsultationen und 139 Hospitalisierungen pro 1000 Personen der Luzerner Wohnbevölkerung (→ Abb. 1.3). Bei den ambulanten Konsultationen ist dieser Wert

Abbildung 1.3
Akutspitäler: Ambulante Konsultationen und stationäre Hospitalisierungen – Raten seit 2013
 Kanton Luzern



F11K03G01 LUSTAT Statistik Luzern
 Datenquelle: BFS – Krankenhausstatistik, Med. Statistik der Krankenhäuser

seit 2013 (1'714 Kons./1000 Einw.) um 13 Prozent gewachsen. Im gleichen Zeitraum hat die Rate der stationären Hospitalisierungen um 7 Prozent zugenommen (von 131 auf 139 Hosp./1000 Einw.).

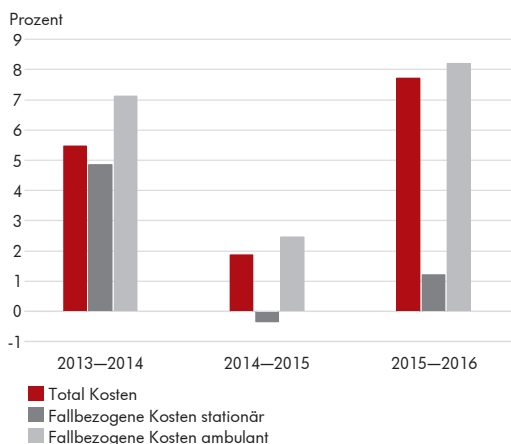
Stationäre Behandlungen haben sich nicht reduziert; Leistungsangebot wurde insgesamt ausgebaut

Obwohl die ambulanten Konsultationen deutlich stärker zugenommen haben als die stationären Hospitalisierungen und obwohl von einer mindestens teilweise erfolgten Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich auszugehen ist, führte dies nicht zu einer Reduktion der stationären Behandlungen. Vielmehr hat insgesamt eine Ausdehnung des medizinischen Leistungsangebots stattgefunden. Zu demselben Schluss kamen Roth und Pellegrini (2015: 10 und 31f.) für die Jahre 2007 bis 2013 auch bezüglich der Gesamtschweiz. Gemäss der Autorschaft geht die Zunahme in der ambulanten Versorgung nur selten primär auf die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zurück. Vielmehr werde das Wachstum der ambulanten Versorgung durch andere Faktoren wie den technischen Fortschritt, die Infrastruktur der Spitäler oder das Vergütungssystem beeinflusst.

Ambulante patientenbezogene Kosten sind stärker gewachsen als stationäre

Die Betriebskosten der 4 Luzerner Akutspitäler sind gemäss Krankenhausstatistik seit 2013 jährlich angestiegen (→ Abb. 1.4). 2014 betrug das Kostenwachstum gegenüber dem Vorjahr 5,5 Prozent; 2015 betrug es 1,9 Prozent und 2016 lag es bei 7,7 Prozent. Da nichtpatientenbezogene Kosten (z.B. für Lehre, Forschung oder Beiträge der öffentlichen Hand für gemeinwirtschaftliche Leistungen) nicht nach ambulante oder stationäre unterschieden werden können, basiert die nachfolgende Analyse ausschliesslich auf den patientenbezogenen Kosten. Das Wachstum der patientenbezogenen ambulanten Kosten fiel in den drei betrachteten Zeiträumen jeweils höher aus als dasjenige der stationären. Von 2014 auf 2015 haben die Kosten der Spitäler weniger stark zugenommen als in den beiden anderen betrachteten Jahren. Begründet wird dies unter anderem in vergleichsweise tieferen Investitionen und in einer kurzfristigen Reduktion des Kostenwachstums in Bereichen wie Personal, medizinischer Bedarf, Immobilien-

Abbildung 1.4
Akutspitäler: Kostenentwicklung seit 2013
 Kanton Luzern



F11K03G02

LUSTAT Statistik Luzern
 Datenquelle: BFS – Krankenhausstatistik

Kosten ambulante bzw. stationäre: Ohne Kosten fallunabhängiger Leistungen (z.B. für Lehre und Forschung)

Untersuchung der 9 gesamtschweizerisch zur ambulanten Behandlung vorgeschriebenen Eingriffe im Kanton Luzern

unterhalt und Informatik. Die patientenbezogenen stationären Kosten waren in besagtem Zeitraum sogar rückläufig (-0,3%); die ambulanten Kosten stiegen um 2,4 Prozent an.

Die 9 chirurgischen Eingriffe, welche schweizweit ab 2019 zur ambulanten Behandlung vorgeschrieben werden und welche Obsan im Auftrag des Bundes analysiert hat (→ S. 12), interessieren auch auf Kantonsebene. Welche Bedeutung kommt den 9 Eingriffen in der Luzerner Bevölkerung zu? Und wenn die Luzernerinnen und Luzerner sich einem der 9 Eingriffe unterziehen: Wie viele der Behandlungen werden ambulant vorgenommen? Im Auftrag von LUSTAT wurden die für diese Untersuchung benötigten Daten für die Jahre 2012 bis 2015 von Obsan bereitgestellt. Aufgrund des aktuelleren Datums des LUSTAT zur Verfügung gestellten Datensatzes entsprechen die daraus berechneten Schweizer Werte nicht exakt denjenigen, welche in der gesamtschweizerischen Obsan-Studie (Roth/Pellegrini 2018) zu einem früheren Zeitpunkt errechnet wurden.

Bei den 9 analysierten Eingriffen wurden 2015 im Wohnkanton Luzern 5'188 Behandlungen durchgeführt

Die nachfolgende Auswertung basiert aufgrund der Datenverfügbarkeit auf zwei unterschiedlichen Datenquellen (→ Box). Bei den 9 betrachteten chirurgischen Eingriffen wurden 2015 in der Luzerner Wohnbevölkerung 5'188 Behandlungen durchgeführt.

9 Eingriffe führten seit 2012 zu mehr Interventionen

Seit 2012 hat das Total der Interventionen im Bereich der 9 Eingriffe leicht zugenommen (+1,7%). Die Entwicklung verlief je nach Eingriffsart unterschiedlich: Insgesamt mehr Behandlungen – ambulante und stationäre – wurden von 2012 bis 2015 bei der Gebärmutter-Ausschabung (mittlere jährl. Veränderung: +7%) und beim Gebärmutterhals-Eingriff (+6%) gezählt. Ein Rückgang konnte bei der Kniegelenk-Spiegelung (-17%) und der Mandel-Entfernung (-17%) beobachtet werden. Bei den anderen Eingriffen lagen die mittleren jährlichen Veränderungen zwischen minus 3 und plus 2 Prozent (→ Abb. 1.5).

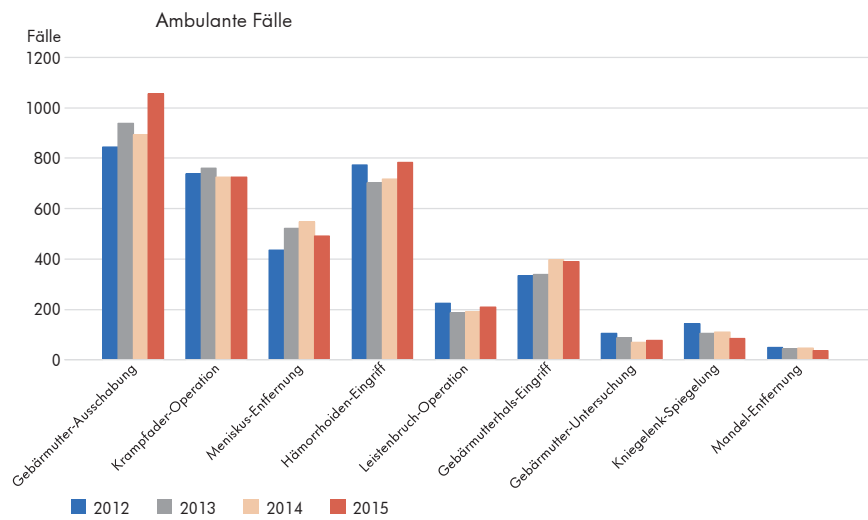
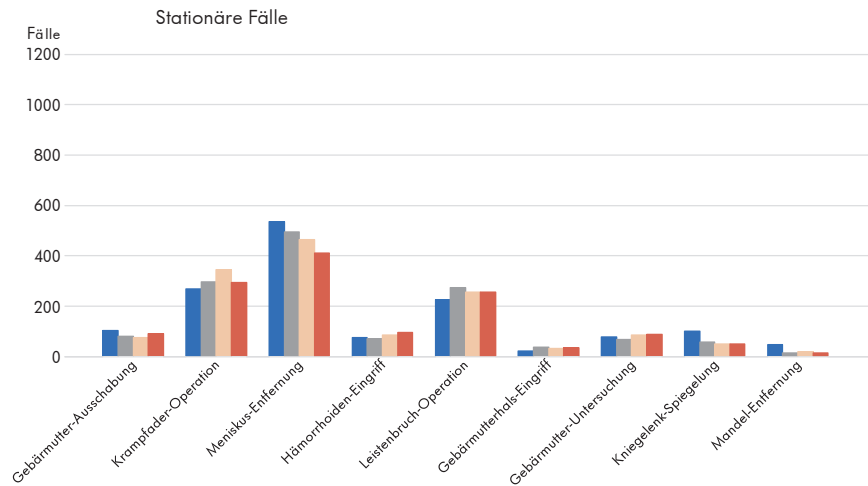
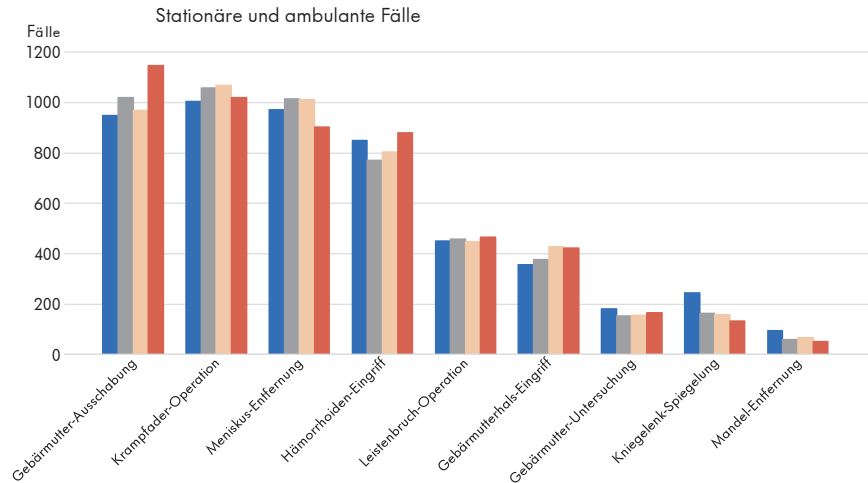
Analyse 9 chirurgischer Eingriffe im Wohnkanton Luzern: Datengrundlage

In obigen Auswertungen werden die Daten zu den stationär durchgeführten Eingriffen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser entnommen; hier werden Fälle nach CHOP-Codes erfasst. Die Daten zu den ambulant durchgeführten Eingriffen gehen auf den Tarifpool der SASIS-AG zurück; hier wird die Anzahl der erbrachten Leistungen nach TARMED-Positionen registriert (zu den Tarifsystemen vgl. → S. 5ff.). Berücksichtigt werden im Tarifpool neben den ambulanten Leistungen in Spitälern auch jene in Arztpraxen. Da nicht alle Versicherer beteiligt sind, liegt jedoch keine Vollerhebung vor; die Ergebnisse werden hochgerechnet. Beim Vergleich der stationären mit den ambulanten Fällen ist zu beachten, dass diesen unterschiedliche Datenquellen zugrunde liegen.

Abbildung 1.5

Akutspitäler und Arztpraxen: Stationäre und ambulante Fälle nach Eingriff seit 2012

Wohnkanton Luzern



F11K03G07

Datenquelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, SASIS AG - Tarifpool / Auswertung Obsan
LUSTAT Statistik Luzern

9 Eingriffe werden zu drei Vierteln ambulant durchgeführt, wobei sich dieser Anteil seit 2012 leicht erhöht hat

Meniskus- und Mandel-Entfernung sowie Kniegelenk-Spiegelungen wurden in den letzten Jahren stark in den ambulanten Bereich verlagert

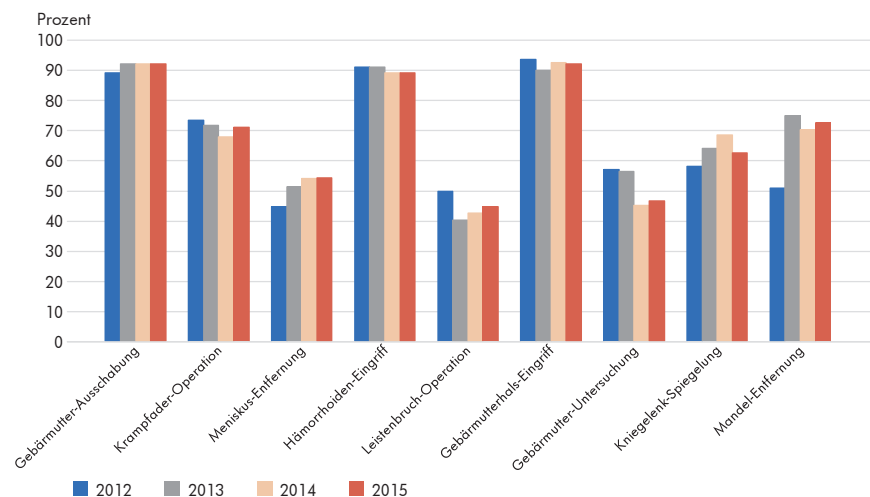
Gebärmutter-Ausschabung und Hämorrhoiden-Eingriff wurden schon 2012 meistens ambulant durchgeführt

Die 9 ausgewählten chirurgischen Eingriffe wurden bei der Luzerner Wohnbevölkerung 2015 zu 74 Prozent ambulant durchgeführt (2012: 71%). Damit hat sich die ambulante Quote bei diesen 9 Eingriffen zwischen 2012 bis 2015 leicht erhöht. Der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe variierte jedoch nach ihrer Art: Meistens ambulant durchgeführt wurden Gebärmutter-Ausschabung, Eingriffe am Gebärmutterhals und bei Hämorrhoiden; hier erfolgten 2015 rund 9 von 10 Fällen ambulant (→ Abb. 1.6). In jeweils 7 von 10 Fällen – und damit ebenfalls mehrheitlich ambulant – wurden Mandeln und Krampfadern entfernt. Das Kniegelenk wurde in 6 von 10 Fällen ambulant gespiegelt und der Meniskus in etwas mehr als der Hälfte der Fälle ambulant entfernt.

Leistenbruch-Operationen und Gebärmutter-Untersuchungen wurden mehrheitlich stationär durchgeführt: 2015 waren rund 45 respektive 47 Prozent dieser Fälle ambulanter Art. Bei beiden Eingriffen ist der Anteil der ambulanten Behandlungen an Luzernerinnen und Luzernern von 2012 bis 2015 gesunken. Eine Verlagerung von stationär zu ambulant zeigte sich bei der Meniskus- und Mandel-Entfernung wie auch bei der Kniegelenk-Spiegelung. Bei der Meniskus-Entfernung fand die Verlagerung in allen Altersgruppen statt, wobei die ambulante Quote 2015 bei den 26- bis 45-jährigen und den 46- bis 65-jährigen Luzernerinnen und Luzernern am höchsten war (67% und 55%). Bei den 66- bis 85-jährigen wurden 48 Prozent und bei den bis und mit 25-jährigen 44 Prozent ambulant behandelt. Bei der Leistenbruch-Operation, der Krampfadern-Entfernung sowie dem Hämorrhoiden-Eingriff reduzierte sich mit steigendem Alter der Luzerner Patientinnen und Patienten der Anteil der ambulanten Fälle.

Von den 9 ausgewählten Eingriffen wurden in der Luzerner Bevölkerung die Gebärmutter-Ausschabung, die Krampfadern- und Meniskus-Entfernung sowie der Hämorrhoiden-Eingriff am häufigsten durchgeführt. Die ambulante Quote stieg hier von 2012 bis 2015 bei der Meniskus-Entfernung (45% auf 54%) an und ging bei der Krampfadern-Entfernung leicht zurück (73% auf 71%). Bei der Gebärmutter-Ausschabung und dem Hämorrhoiden-Eingriff hatte der Anteil

Abbildung 1.6
Akutspitäler und Arztpraxen: Anteil ambulante Fälle nach Eingriff seit 2012
 Wohnkanton Luzern



Ambulante Quote bei den 9 Eingriffen
liegt im Kanton Luzern
über dem Schweizer Mittel

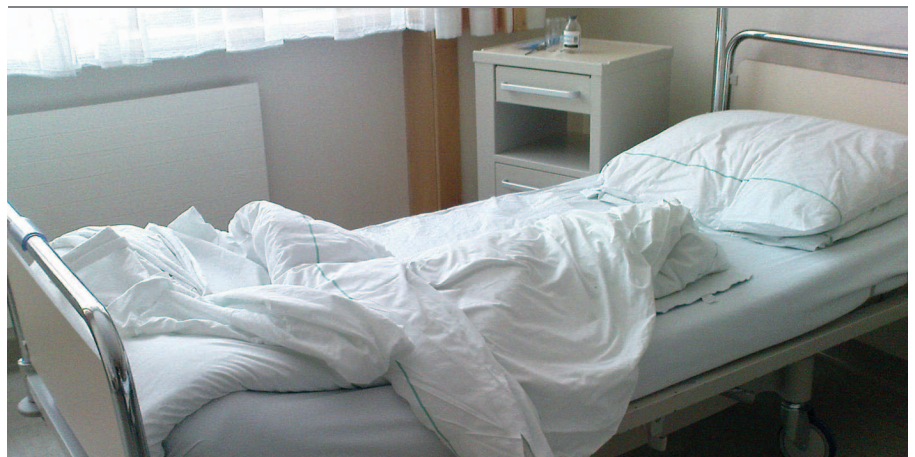
ambulant durchgeführter Behandlungen bereits 2012 um die 90 Prozent betragen; diese hohe Quote veränderte sich im betrachteten Zeitraum nur wenig.

Schweizweit wie auch bei der Bevölkerung des Kantons Luzern wurde die Mehrheit der untersuchten 9 Eingriffe ambulant durchgeführt. Die Luzernerinnen und Luzerner wiesen im Durchschnitt im Jahr 2015 bei allen untersuchten Eingriffen eine höhere ambulante Quote aus als die Bevölkerung der Gesamtschweiz (74% vs. 58%). Mit Ausnahme der Gebärmutter-Untersuchung lag die ambulante Quote für die Luzerner Bevölkerung über dem jeweiligen Schweizer Wert.

Ambulante Quote nimmt schweizweit
wie auch im Kanton Luzern zu,
aber unterschiedlich je nach Eingriff

Gesamtschweizerisch hat die ambulante Quote insgesamt in den Jahren 2012 bis 2015 ebenfalls zugenommen und ist bei keinem der 9 Eingriffe rückläufig gewesen (resp. die Abnahme betrug max. -1 Prozentpunkt). Bei der Luzerner Bevölkerung hingegen ist die ambulante Quote im betrachteten Zeitraum bei 5 der 9 Eingriffe mehr als 1 Prozentpunkt gesunken, und auch die Zunahme der Quote insgesamt ist bei den Luzernerinnen und Luzernern etwas weniger ausgeprägt gewesen als bei der gesamtschweizerischen Bevölkerung.

Schweizweit hat die ambulante Quote bei der Gebärmutter-Untersuchung und -Ausschabung, der Mandeln- und Krampfadern-Entfernung sowie bei der Kniegelenk-Spiegelung zugenommen. Diese Entwicklungen stimmen bei der Gebärmutter-Ausschabung und der Mandel-Entfernung mit denjenigen der Luzerner Bevölkerung überein. Aufgrund der relativ geringen Anzahl Fälle können die Luzerner Ergebnisse jedoch zufälligen Schwankungen unterliegen und sind deshalb mit Vorsicht zu interpretieren (LUSTAT-Berechnung anhand Obsan-Auswertung 2018).



Stationäre Aufenthalte in Akutspitälern

Die Akutsomatik umfasst Behandlungen bei Geburten, körperlichen Krankheiten oder Unfällen (exkl. psychische Krankheiten und stationäre medizinische Rehabilitation). Nachfolgende Analyse untersucht den stationären Bereich der Akutsomatik. Von einer stationären Behandlung wird gesprochen, wenn die Hospitalisierung im Akutspital mindestens 24 Stunden dauert und mit einer Bettenbelegung verbunden ist. Ebenfalls als stationäre Behandlungen gelten Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird oder die im Zug der Überweisung in ein anderes Spital erfolgen oder die durch Todesfall enden.

Stationäre Behandlungen in Akutspitälern

2,5 Betten pro 1000 Einwohner/innen stehen in Akutspitälern des Kantons zur Verfügung

Die in Akutspitälern behandelten Fälle machten 2016 über 90 Prozent aller Spitalbehandlungen aus. Zwei Drittel des Spitalbettenangebots im Kanton Luzern waren 2016 im Akutbereich angesiedelt. 2016 standen in den vier Luzerner Akutspitälern 2,5 Betten pro 1000 Einwohner/innen zur Verfügung (2010: 2,7 Betten, → Tab. 1.1). Das Bettenangebot im Kanton Luzern lag 2016 wie bereits 2010 unter dem Schweizer Durchschnitt. Abgenommen hat das akutsomatische Bettenangebot allerdings auch schweizweit: 2010 waren gesamtschweizerisch in den Akutspitälern 3,1 Betten pro 1000 Personen verfügbar; 2016 waren es noch 2,8 Betten.

2016 ist das Bettenangebot in Luzerner Akutspitälern kleiner als noch 2010

Im Jahr 2012 ist das Bettenangebot in einem der vier Akutspitäler auf Kantonsgebiet, dem Luzerner Kantonsspital LUKS, reduziert worden. Dies einerseits, weil seit der Einführung von SwissDRG (→ Box S. 12) die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Spital und damit der dortige Bettenbedarf deutlich kleiner geworden war, andererseits standen aufgrund von Umbauarbeiten temporär weniger Betten zur Verfügung. Ab dem darauf folgenden Jahr hat sich der Bettenbestand im LUKS jedoch durch den Ausbau der Bereiche Neonatologie, Intermediate Care und Akutgeriatrie wieder leicht erhöht. 2016 lag die Bettenzahl in den vier Luzerner Akutspitälern mit insgesamt 1'020 Betten wenig unter dem Wert von 2010 (-1%).

Tabelle 1.1

Akutspitäler: Bettenangebot, Austritte und Personal seit 2010

Kanton Luzern

Jahr	Spitäler	Betten		Stationäre Fälle ²	Personal Vollzeitäquivalente (VZÄ) im Jahresmittel
		Total	pro 1000 Einwohner/innen ¹		
2010	4	1 031	2,7	48 934	4 880
2011	4	1 011	2,6	50 523	4 965
2012	4	971	2,5	49 562	5 158
2013	4	1 001	2,6	51 001	5 402
2014	4	1 008	2,6	52 858	5 672
2015	4	1 004	2,5	54 292	5 936
2016	4	1 020	2,5	56 267	6 191

F11K01T01

LUSTAT Statistik Luzern

Datenquelle: BFS – Krankenhausstatistik, Med. Statistik der Krankenhäuser

2012: Reduktion der Fälle u.a. aufgrund der Einführung von SwissDRG und neuer Falldefinition

¹ Ständige Wohnbevölkerung Ende Jahr

² Ein Fall bzw. eine Hospitalisierung entspricht einem Austritt während des Jahres, d.h. eine Person kann mehreren Fällen zugeteilt sind. Geburtshaus Terra Alta: Austritte erst seit 2011 erfasst

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
in Akutspital ist sinkend

Im Mittel dauerte 2016 ein Aufenthalt in einem Luzerner Akutspital 5,6 Tage. Die Aufenthaltsdauer ist in den letzten Jahren stetig zurückgegangen (2010: 6,3 Tg.).

Von allen 61'100 Luzerner stationären Fällen des Jahrs 2016 wurden rund 56'300 Fälle in den Akutspitälern behandelt; 15 Prozent mehr als 2010. Die Tatsache, dass die behandelten Personen im Mittel weniger lang in Spitalpflege blieben als noch 2010, führte jedoch dazu, dass sich die Zahl der stationären Pflage tage im betrachteten Zeitraum nur leicht erhöht hat (+2%).

Rate der durchschnittlich pro Tag
belegten Spitalbetten ist rückläufig

Obwohl das Bettenangebot in den Luzerner Akutspitälern leicht zurückgegangen ist und mehr Fälle behandelt worden sind, nahm die Rate der durchschnittlich pro Tag belegten Spitalbetten pro 1000 Einwohner/innen ab; dies aufgrund der im Mittel gesunkenen Aufenthaltsdauer. 2016 betrug die Rate der durchschnittlich pro Tag belegten Spitalbetten 2,2 belegte Betten pro 1000 Luzerner/innen; 2010 sind es noch 2,6 Betten gewesen. Dieselbe Entwicklung hat auch schweizweit stattgefunden (CH: 2016: 2,2 Betten; 2010: 2,5 Betten).

Es wird mehr Personal
in Luzerner Akutspitälern beschäftigt

2016 war in den vier Luzerner Akutspitälern Personal im Umfang von knapp 6'200 Vollzeitstellen beschäftigt. Der Personalbestand hat seit 2010 um gut einen Viertel zugenommen.

42'300 Luzerner/innen
wurden 2016 hospitalisiert

Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung die stationären Angebote im Akutspital?

2016 haben sich fast 42'300 Luzernerinnen und Luzerner in einem Akutspital im oder ausserhalb des Kantons in stationäre Spitalpflege begeben (→ Tab. 1.2). Diese Zahl enthält auch gesunde Neugeborene und ihre Mütter; es wurden in diesem Jahr rund 4'200 Spitalgeburten verzeichnet. Die Zahl der stationär hospitalisierten Luzerner Bevölkerung hat gegenüber 2010 um 7 Prozent zugenommen, was in etwa dem Bevölkerungswachstum in diesem Zeitraum entspricht. Der Anteil der hospitalisierten Bevölkerung pro Jahr blieb insgesamt also unverändert (10%).

Hospitalisierungen nehmen zu

Insgesamt generierten die 42'300 Luzernerinnen und Luzerner, die sich im Jahr 2016 mindestens einmal stationär in akutsomatische Spitalpflege begeben mussten, rund 52'600 Hospitalisierungen. Einige Personen traten folglich im Lauf des Jahrs mehrmals in ein Spital ein (→ Tab. 1.2).

Tabelle 1.2

Akutspitäler: Inanspruchnahme durch die Luzerner Bevölkerung seit 2010

Wohnkanton Luzern

	Stationäre Patienten und Patientinnen	Stationäre Fälle ¹	Pflage tage ²	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Hospitalisierungs- rate pro 1000 Einwohner/innen ³	Anteil ausserkantonal behandelte Luzerner/innen (Fälle ¹)
2010	39 444	46 226	287 090	6,2	122,4	12,4
2011	38 602	47 333	285 919	6,0	123,9	12,1
2012	38 522	46 780	274 716	5,9	121,2	12,8
2013	38 961	47 474	278 440	5,9	121,6	12,7
2014	40 555	49 891	285 523	5,7	126,4	13,3
2015	41 509	51 174	289 728	5,7	128,3	13,6
2016	42 293	52 625	286 310	5,4	130,5	13,4

F11K01T02

LJSTAT Statistik Luzern

Datenquelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

2012: Reduktion der Fälle u.a. aufgrund der Einführung von SwissDRG und neuer Falldefinition

¹Ein Fall bzw. eine Hospitalisierung entspricht einem Austritt während des Jahres, d.h. eine Person kann mehreren Fällen/Hospitalisierungen zugeteilt sein.

²Berechnung Pflage tage: Austrittstag – Eintrittstag – Urlaub.

³Ständige Wohnbevölkerung Ende Jahr

Im Kanton Luzern haben die Fälle stationärer Hospitalisierungen seit 2010 zugenommen. Insgesamt stieg die Zahl der Fälle im Zeitraum von 2010 bis 2016 um 14 Prozent. Einen Teil dieser Zunahme geht auf das Bevölkerungswachstum im Kanton zurück (+7%).

2012 führte die Einführung der Fallpauschalen beziehungsweise der revidierten Spitalfinanzierung (→ Box S. 12) gesamtschweizerisch wie auch im Kanton Luzern zu einem temporären Rückgang der stationären Hospitalisierungen – dies aufgrund der methodischen Änderung der Definition des stationären Falls: Innerhalb von 18 Tagen in derselben medizinischen Hauptkategorie vorgenommene Rehospitalisierungen werden seit 2012 zu einem Spitalaufenthalt zusammengefasst. Nebst der Neudefinition eines Falls wirkte sich im Jahr 2012 im Kanton Luzern auch das temporär reduzierte Bettenangebot des Luzerner Kantonsspitals (→ S. 20) auf die Anzahl Hospitalisierungen aus.

Hospitalisierungsrate liegt 2016 bei
130,5 pro 1000 Personen

Von der Zunahme der in einem Akutspital stationär behandelten Fälle waren alle Altersgruppen betroffen. Um den allfälligen Effekt des Bevölkerungswachstums auszuschliessen, wird die Hospitalisierungsrate auf 1000 Einwohner/innen berechnet (Anzahl Fälle pro 1000 Einw.). Diese Rate lag im Jahr 2016 bei 130,5 Hospitalisierungen pro 1000 Luzerner/innen; 2010 sind es noch 122,4 Hospitalisierungen gewesen. Das Ergebnis zeigt, dass die stationären Hospitalisierungen nicht nur aufgrund des Bevölkerungswachstums zugenommen haben. Die Hospitalisierungsrate der Männer ist etwas stärker angestiegen als jene der Frauen. Die Rate liegt bei Frauen jedoch weiterhin höher als bei Männern (2016: 137,5 vs. 123,3); dies insbesondere wegen Hospitalisierungen aufgrund von Geburten (→ S. 21). Überdurchschnittlich war der Anstieg bei den Männern im Alter ab 85 Jahren, den 25- bis 44-jährigen Frauen (u.a. wegen Geburten), bei den Kindern und jungen Erwachsenen im Alter von bis und mit 24 Jahren (u.a. Anstieg Geburten und folglich mehr Neugeborene). Keine oder eine nur geringe Veränderung (bis 2%) war bei den 45- bis 84-jährigen Männern sowie bei den Frauen im Alter ab 45 Jahren auszumachen.

Hospitalisierungsrate
bei Frauen im Alter ab 85 Jahren
erhöht sich nur wenig

Die Hospitalisierungen von Patientinnen im Alter ab 85 Jahren haben um 22 Prozent zugenommen. Bezogen auf 1000 Einwohnerinnen dieser Altersgruppe zeigte sich die Zunahme lediglich schwach – von 344,2 auf 351,3 Hospitalisierungen. Dennoch ist die Zunahme der Patientinnenzahl ab 85 Jahren deutlich. Dies, weil sich die Zahl der 85-jährigen und älteren Frauen im Kanton Luzern seit 2010 um 20 Prozent erhöht hat.

Spitalaufenthalt dauert
im Mittel 5,4 Tage

Luzerner Patientinnen und Patienten waren 2016 im Mittel 5,4 Tage in einem inner- oder ausserkantonalen Akutspital stationär hospitalisiert. Diese Dauer ist seit 2010 (6,2 Tg.) stetig zurückgegangen (→ Tab. 1.2). Im Alter steigt die mittlere Aufenthaltsdauer in der Regel an. Dauerte 2016 der Krankenhausaufenthalt bei den 25- bis 44-jährigen Männern und Frauen im Durchschnitt 3,5 respektive 4,0 Tage, waren es bei den 85-jährigen und älteren Männern im Mittel 8,3 Tage und bei den gleichaltrigen Frauen 8,4 Tage. Die Altersgruppe der bis und mit 24-Jährigen bildet eine Ausnahme; sie weist etwas längere Krankenhausaufenthalte aus als die nächstältere Altersgruppe. Bei den Frauen dauert ein Spitalaufenthalt normalerweise länger als bei den Männern. Aber auch hier gab es im betrachteten Zeitraum eine Ausnahme: die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen.

Hospitalisierungsrate steigt und
Aufenthalte in Akutspitalern
werden kürzer

Während die mittlere Aufenthaltsdauer pro stationäre Behandlung im Akutspital seit 2010 stetig zurückgegangen ist, nahm die Hospitalisierungsrate pro 1000 Einwohner/innen in dieser Zeitspanne zu. Die Luzerner Bevölkerung begab sich also 2016 etwas häufiger in Spitalpflege als noch 2010, blieb aber jeweils weniger lang. Diese Entwicklung zeigt auch die Rate der Pfl egetage:

2010 kamen 760 Pflgetage auf 1000 Einwohner/innen, 2016 waren es 710 Tage. Begründen lässt sich das einerseits mit der Einführung der Fallpauschalen 2012, welche die Spitäler veranlasste, ihre Patientinnen und Patienten möglichst effizient und kurz zu behandeln. Andererseits hat auch der medizinische Fortschritt zu dieser Entwicklung beigetragen.

Am häufigsten wurde die Luzerner Bevölkerung aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äusserer Ursachen sowie aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems stationär hospitalisiert. An dritter Stelle erfolgten die Hospitalisierungen aufgrund von Krankheiten des Herzkreislaufsystems und an vierter Stelle aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems.

Am häufigsten werden chirurgische Eingriffe vorgenommen

62 Prozent der stationären Behandlungen in den inner- und ausserkantonalen Akutspitälern waren 2016 chirurgische Eingriffe und 25 Prozent diagnostische (Radiografie, Computertomografie, Röntgen, Ultraschall) sowie therapeutische Massnahmen (Physiotherapie, Rehabilitation, Transfusionen/Infusionen). Bei beiden Geschlechtern hat der Anteil der chirurgischen Eingriffe mit dem Alter abgenommen, während die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen zugenommen haben (→ Tab. 1.3). Zeigen lässt sich das anhand der Männer: Bei den 25- bis 44-jährigen Männern lag der Anteil der chirurgischen Eingriffe 2016 bei 73 Prozent, bei den 85-jährigen und älteren Männern bei 45 Prozent. Im Gegenzug wurden die hochbetagten Männer zu 43 Prozent für diagnostische und therapeutische Massnahmen hospitalisiert, während das bei den 25- bis 44-jährigen bei 19 Prozent der Fall war. Nach Geschlecht zeigt sich,

Tabelle 1.3

Akutspitäler: Hospitalisierungen nach Hauptbehandlung und Alter 2016

Wohnkanton Luzern

Hauptbehandlung nach Kapitel CHOP ¹	Stationäre Fälle ³	Nach Altersgruppen in Jahren				
	Total	0–24	25–44	45–64	65–84	85+
Alle	52 625	10 083	10 664	12 575	15 564	3 739
Chirurgische Eingriffe	32 449	3 501	8 608	9 176	9 596	1 568
Bewegungsorgane	10 254	1 108	1 659	3 659	3 307	521
Verdauungstrakt	5 272	452	1 004	1 727	1 791	298
Geburtshilfliche Operationen	4 167	325	3 835	7	—	—
Kardiovaskuläres System	2 210	60	184	660	1 108	198
Geschlechtsorgane	2 167	205	584	729	597	52
Integument (Haut)	1 846	292	406	535	507	106
Harnorgane	1 447	62	149	443	650	143
Nase, Mund, Pharynx (Rachen)	1 361	530	411	265	135	20
Nervensystem	753	60	104	255	287	47
Respiratorisches System	585	39	54	177	259	56
Augen	499	11	27	131	269	61
Ohren	442	305	49	46	39	3
Endokrines System (Hormonsystem)	324	18	79	142	80	5
Lymphgefässe und Hämatopoese (Blutbildung)	256	23	33	97	95	8
Weitere Interventionen (n. anderswo klassifiziert)	866	11	30	303	472	50
Diagnostische und therapeutische Massnahmen	13 051	2 688	1 307	2 607	4 806	1 643
Keine Angabe ²	7 125	3 894	749	792	1 162	528

F11K01T03

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

¹Ein Fall wird aufgrund der Hauptbehandlung einem Kapitel gemäss Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP) zugeteilt.

²Nicht erfasst werden Behandlungen, die routinemässig bei den meisten Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Erkrankung durchgeführt werden.

³Ein Fall entspricht einem Austritt während des Jahres, d.h. eine Person kann mehreren Fällen zugeteilt sein. Berücksichtigt werden alle stationären Fälle von im Kanton Luzern wohnhaften Personen.

dass sich die 25- bis 64-jährigen Frauen etwas häufiger stationär einem chirurgischen Eingriff unterziehen mussten als die gleichaltrigen Männer. Letztere erhielten während ihrer Hospitalisierung dafür etwas häufiger diagnostische und therapeutische Massnahmen. In der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen bestanden keine Geschlechtsunterschiede nach Behandlungsart, jedoch wurden die Männer ab 85 Jahren häufiger operiert als die gleichaltrigen Frauen.

Nach Kostenstellen betrachtet finden 4 von 10 Hospitalisierungen in der Chirurgie statt

41 Prozent der rund 52'600 stationären Hospitalisierungen in einem Akutspital wurden 2016 der Kostenstelle Chirurgie zugeschrieben. Weitere 27 Prozent fielen auf die Innere Medizin und 21 Prozent auf die Gynäkologie und Geburtshilfe (→ Abb. 1.7). Beide Geschlechter wurden am häufigsten im Leistungsbereich Chirurgie hospitalisiert. Bei den Frauen folgte an zweiter Stelle der Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe, bei den Männern der Bereich Innere Medizin. Frauen werden aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett insgesamt häufiger hospitalisiert als Männer.

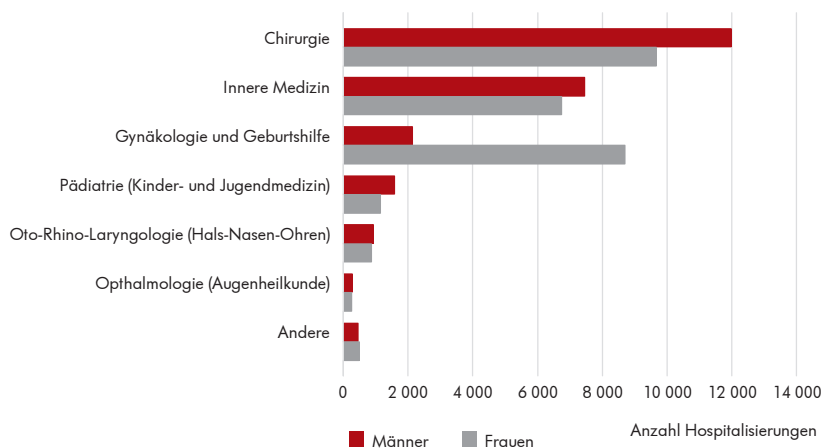
Mit steigendem Alter finden Hospitalisierungen häufiger im Bereich Innere Medizin statt

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von bis und mit 24 Jahren wurden 2016 am häufigsten in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe (gezählt werden hier auch die Neugeborenen bei ihrer Geburt) und Pädiatrie behandelt. Frauen im Alter von 25 bis 44 Jahren wurden am häufigsten im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt und an zweiter Stelle im Bereich Chirurgie; Männer ab 25 Jahren sowie Frauen ab 45 Jahren im Bereich Chirurgie und der Inneren Medizin. Bei beiden Geschlechtern gewinnt mit steigendem Alter die Innere Medizin zulasten der Chirurgie an Gewicht: 2016 waren bei den Hochbetagten im Alter ab 85 Jahren 6 von 10 Hospitalisierungen dem Bereich Innere Medizin zugeordnet und 3 von 10 Fälle dem Bereich Chirurgie.

Luzerner Wohnbevölkerung wird im Vergleich zur Gesamtschweiz seltener ausserkantonale hospitalisiert

13,4 Prozent der stationär behandelten Luzerner Bevölkerung vollzogen die Behandlung 2016 in einem Akutspital ausserhalb der Kantonsgrenze. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren tendenziell angestiegen (2010: 12,4%). In einzelnen Jahren, nämlich 2011 und 2013, ist er gegenüber dem jeweiligen Vorjahr aber rückläufig gewesen (→ Tab. 1.2, S. 21).

Abbildung 1.7
Akutspitäler: Hospitalisierungen nach Hauptkostenstelle und Geschlecht 2016
 Wohnkanton Luzern



Nach 2010 ist Anteil der ausserkantonalen Hospitalisierungen schweizweit angestiegen

Die mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung 2012 eingeführte freie Spitalwahl (→ Box S. 12) hat zu einer Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisierungen geführt (Bundesamt für Statistik 2018: 1f.). Im Kanton Luzern lag der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen 2016 unter dem Schweizer Durchschnitt und ist seit 2012 weniger stark angewachsen als in der Gesamtschweiz (CH 2012: 14,2% und 2016: 15,8%). Die Zentrumsfunktion des Luzerner Kantonsspitals LUKS dürfte dazu beigetragen haben, dass der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen im Kanton unterdurchschnittlich geblieben ist.

Ausserkantonal hospitalisierte Luzerner/innen gehen am häufigsten in den Aargau

Die Luzerner Patientinnen und Patienten, die sich ausserhalb des Kantons stationär behandeln liessen, begaben sich am häufigsten in ein Akutspital der Kantone Aargau (26%), Zürich (19%), Bern (16%) und Nidwalden (11%). Seit 2012 bilden die Kantonalspitäler von Luzern und Nidwalden eine gemeinsame Spitalregion (LUNIS).

Ausserkantonal liessen sich die Luzerner Patientinnen und Patienten vor allem aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (20%), Verletzungen und andere Folgen äusserer Ursachen (17%), Krebserkrankungen (9%) sowie Krankheiten des Kreislaufsystems (9%) behandeln. In der Gesamtschweiz waren diese vier Behandlungsbereiche 2016 für mehr als die Hälfte aller ausserkantonalen Hospitalisierungen verantwortlich (Bundesamt für Statistik 2018: 11).

Nach einem Krankenhausaufenthalt kehrt ein grosser Teil der Patientenschaft nach Hause zurück

Wohin Patienten und Patientinnen im Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt gehen, hängt zu einem grossen Teil von ihrem Alter ab (→ Abb. 1.8). Insgesamt kehrte ein grosser Teil der 2016 hospitalisierten Luzernerinnen und Luzerner nach Hause zurück (87%). Mit steigendem Alter reduzierte sich dieser Anteil; hingegen nahm der Anteil der Personen zu, die nach dem Austritt aus einem Akutspital ein anderes Krankenhaus, in ein Alters- oder Pflegeheim oder eine andere sozialmedizinische Institution wechselten.

Nach ihrem Krankenhausaufenthalt gingen 2016 die bis und mit 64-jährigen Patientinnen und Patienten in mehr als 9 von 10 Fällen nach Hause zurück. Bei den 65- bis und mit 84-Jährigen traf dies in 8 von 10 Fällen zu und bei den

Abbildung 1.8
Akutspitäler: Ein- und Austritte nach Aufenthaltsort und Alter 2016
Wohnkanton Luzern



F11K01G03

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Anderer Institution: Anderes Alters-, Pflege- oder Krankenhaus oder soziale Einrichtung

85-Jährigen und Älteren bei gut der Hälfte. Von den letztgenannten Hochbetagten begaben sich rund 4 von 10 in ein anderes Krankenhaus zur Weiterbehandlung oder zur Rehabilitation oder vorübergehend oder langfristig in ein Alters- oder Pflegeheim (vgl. Teil II: Pflegerische Versorgung → S. 35ff.). 2016 stieg zudem in der Altersgruppe ab 65 Jahren der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Luzernerinnen und Luzerner leicht an.

Seit 2012 steigt Zahl der hochbetagten Personen, die nach Spitalaustritt in ein Pflegeheim wechseln oder von der Spitex weiterbetreut werden

Der Austrittsweg aus dem Akutkrankenhaus hat sich in den Jahren seit 2010 vor allem bei den hospitalisierten Hochbetagten im Alter von 85 und mehr Jahren verändert. 2016 kehrten aus dieser Altersgruppe weniger Patientinnen und Patienten aus dem Spital nach Hause zurück als noch 2010 (2016: 53%, 2010: 62%). Dafür wechselten sie jetzt häufiger in eine andere Institution (2016: 31%, 2010: 21%). Seit Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung 2012 (→ Box S. 12) hat in der Gesamtschweiz der Anteil der Personen zugenommen, welche nach einem Spitalaufenthalt direkt in ein Pflegeheim wechselten oder nach der Rückkehr nach Hause weiterhin ambulante Pflege – zum Beispiel durch die Spitex – in Anspruch nehmen mussten. Gleichzeitig hat die Verweildauer im Spital bei Personen, welche nach dem Spitalaufenthalt durch einen nachgelagerten Versorgungsbereich weiter betreut wurden, deutlicher abgenommen als bei solchen ohne nachgelagerte Weiterbetreuung (Hedinger/Tuch et al. 2017: 4f.). (Vgl. auch → S. 50.)

Finanzierung der stationären Behandlungen im Kanton Luzern

Betriebskosten der Luzerner Akutspitäler liegen 2016 bei 1'024 Millionen Franken

Im Jahr 2016 verursachten die vier Luzerner Akutspitäler Betriebskosten von insgesamt knapp 1'024 Millionen Franken. 894 Millionen Franken oder 87 Prozent davon waren Kosten für KVG-pflichtige Leistungen, das heisst Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung erbracht wurden. Davon wiederum waren 571 Millionen Franken Aufwände im stationären Bereich, was einem Anteil von 64 Prozent an den Gesamtkosten entspricht (→ Tab. 1.4).

Tabelle 1.4

Akutspitäler: Betriebskosten und Betriebserlöse seit 2010

Kanton Luzern

Jahr	Betriebskosten in 1000 Franken				Betriebserlöse in 1000 Franken		
	Total	davon Kosten aus KVG-pflichtigen Leistungen ¹		Total	davon Erlöse aus KVG-pflichtigen Leistungen ¹		
		Total	davon im stationären Bereich ²		Total	davon im stationären Bereich ²	
			Total	pro Fall in Franken ³		Total	
2010	736 457,3	661 844,6	458 322,4	10 446	759 186,4	528 423,4	309 529,2
2011	778 970,1	713 622,7	491 025,6	10 846	797 063,6	538 796,6	325 822,7
2012	836 525,1	724 395,8	515 704,5	11 395	826 648,3	720 819,3	512 944,5
2013	884 677,1	764 249,7	536 395,0	11 493	903 098,1	748 487,8	524 865,1
2014	933 005,2	830 824,3	554 349,5	11 464	954 596,8	827 899,5	559 374,2
2015	950 366,7	846 763,9	563 381,0	11 368	981 011,2	843 696,2	560 709,8
2016	1 023 637,1	893 889,9	571 043,0	11 066	1 039 597,8	905 668,0	598 667,8

F11K01T04

LUSTAT Statistik Luzern

Datenquelle: BFS – Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Ab 2012: Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung nur beschränkt mit den Vorjahren vergleichbar.

¹Kosten bzw. Erlöse aller Spitalleistungen, die über die oblig. Krankenversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgegolten werden (ohne Leistungen anderer Versicherer wie UV/IV, Zusatzversicherungen oder Selbstzahler/innen)

²Kosten bzw. Erlöse der stationären Hospitalisierungen gemäss KVG (ohne Spitalleistungen im ambulanten Bereich oder in der Langzeitpflege)

³Austritte stationärer Patienten und Patientinnen: Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Wachstum der stationären
KVG-pflichtigen Leistungen ist geringer
als das der ambulanten Leistungen

Insgesamt sind die Betriebskosten der Luzerner Akutspitäler in den letzten Jahren stetig angestiegen. Im Jahr 2015 fiel das Kostenwachstum mit 1,9 Prozent gegenüber den Vorjahren und dem nachfolgenden Jahr unterdurchschnittlich aus (vgl. auch → S. 14). In den restlichen Jahren von 2010 bis und mit 2016 betrug es jeweils zwischen 5 und 8 Prozent.

Die Kosten für ambulante und stationäre KVG-pflichtige Leistungen haben im betrachteten Zeitraum ebenfalls Jahr für Jahr zugenommen. Der stationäre Anteil an den KVG-pflichtigen Kosten ist seit 2012 stetig gesunken (2012: 71%; 2016: 64%); der ambulante Anteil ist im gleichen Zeitraum angewachsen.

Das Kostenwachstum der stationären KVG-Leistungen wurde also abgebremst. Die gesteigerte Produktivität und erhöhte Effizienz der Spitäler ermöglichten gemäss Berger et al. (2015: 403) mehr Hospitalisierungen mit kürzerer Aufenthaltsdauer. Da dies unter anderem auch eine Folge einer besseren Infrastruktur und weiteren Innovationen ist, brachte dies auch eine Kostensteigerung mit sich. Diese Entwicklung wiederum förderte die Verlagerung der stationären Fälle in den ambulanten Bereich.

Luzerner Akutspitäler erwirtschaften
einen Betriebserlös
von 1'040 Millionen Franken

Die Luzerner Akutspitäler erwirtschafteten 2016 einen Betriebserlös von knapp 1'040 Millionen Franken. Davon waren 906 Millionen auf KVG-pflichtige Leistungen insgesamt – ambulant oder stationär – zurückzuführen und davon 599 Millionen Franken auf den stationären Bereich. Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung waren für 87 Prozent des Betriebserlöses verantwortlich.

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung müssen die Spitäler selber für die Investitionen aufkommen. Mit etwaigen Gewinnen werden also anstehende Investitionen getätigt und die Weiterentwicklung der Betriebe gefördert. Der Kanton als Eigner des Luzerner Kantonsspitals LUKS hat Anspruch auf eine angemessene Entschädigung respektive Dividende. Gemäss Eignerstrategie berücksichtigt er dabei die langfristige finanzielle Entwicklung des LUKS beziehungsweise den Investitions- und Finanzbedarf.

Im Mittel kostet KVG-pflichtige
stationäre Hospitalisierung
11'066 Franken

2016 verursachte ein KVG-pflichtiger stationärer Fall Betriebskosten im Umfang von 11'066 Franken. Während diese Kosten von 2010 bis ins Jahr 2013 stiegen, nahmen sie in den Folgejahren ab. Gleichzeitig ging die mittlere Aufenthaltsdauer von 5,9 Tagen (2013) auf 5,6 Tage (2016) zurück. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan (2018) können die Spitäler mit kürzeren Aufenthalten Kosten sparen.

Ambulante Behandlungen in Akutspitälern

Als spitalambulante Behandlung gilt eine Behandlung im Krankenhaus, wenn diese weniger als 24 Stunden dauert, kein Bett über Nacht belegt wird und kein Transfer in ein anderes Spital erfolgt und kein Todesfall vorliegt. Spitalambulante Behandlungen können in Form von Pflegeleistungen, Operationen, Untersuchungen oder therapeutischen Massnahmen vorgenommen werden. Ambulante Notfalleleistungen, die durch ein Notfallzentrum oder die Ärztenotfallpraxis eines Akutspitals erbracht werden, gelten ebenfalls als ambulante Behandlungen.

Ambulante Behandlungen haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen

Die ambulanten Leistungen der Akutspitäler nahmen in den letzten Jahren stark zu. Diese Zunahme wurde unter anderem durch den medizinischen Fortschritt beschleunigt, der es auf verschiedenen Gebieten ermöglichte, Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Ausserdem nahmen in den Spitälern die Notfalleintritte zu, die zu einem grossen Teil ambulant behandelt werden (Berger et al. 2015: 398ff.). Darüber hinaus lenkte die gesundheitspolitische Forderung, stationäre Leistungen durch ambulante zu ersetzen, um damit das Kostenwachstum einzudämmen, den Fokus zusätzlich auf den ambulanten Bereich. Spitalambulante Behandlungen sind nichts Neues. Sie rückten jedoch im Zug der gesundheitspolitischen Bestrebungen in den letzten Jahren vermehrt ins Zentrum des Interesses. In der Bundesstatistik werden sie denn auch erst seit Kurzem erfasst (→ Box S. 9).

Datengrundlage Patientendaten Spital ambulant (PSA)

Die Patientendaten Spital ambulant (PSA) umfassen alle fakturierten ambulanten Leistungen der Kranken- und Geburtshäuser. Als statistische Einheit gilt die Rechnung, nicht der ambulante Fall. Erfasst werden soziodemografische Merkmale zu den Patientinnen und Patienten, die verrechneten Leistungen und verschiedene administrative Informationen (wie Tarifstruktur, Kostenstelle oder -träger).

- **Rechnung:** Sie listet die von einer Kostenstelle, das heisst einem Spitalbereich, für eine Patientin oder einen Patienten in einem Behandlungszeitraum (Rechnungsperiode) erbrachten Leistungen auf. Berücksichtigt werden in dieser Analyse nur Rechnungen, die mindestens eine im Jahr 2015 erbrachte Leistung enthalten.
- **Erbrachte Leistung:** Die in einer Rechnung gelistete Einzelleistung wird wie folgt erfasst: angewandter Tarif (z.B. TARMED) und Tarifposition (z.B. TARMED-Kode 39.0015 „Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Spital“), erbringende Kostenstelle, Menge, Datum der Leistung sowie verrechneter Preis.
- **Patienten/-innen:** Mehrere Rechnungen zur gleichen Person können über einen anonymen und verschlüsselten Verbindungskode identifiziert werden. Ein Patient oder eine Patientin wird in dieser Analyse nur dann mehrmals gezählt, wenn der Behandlungskanton ändert. Technisch ungültige Verbindungskodes werden nicht berücksichtigt.

Die Erhebung Patientendaten Spital ambulant (PSA) des Bundesamts für Statistik liefert seit 2014 Informationen zum ambulanten Angebot der Spitäler in der Schweiz, seit 2015 auch auf kantonaler Ebene. Diese Statistik erfasst anhand der vom Spital ausgestellten Rechnungen soziodemografische Basisinformationen der Patient/innen, Informationen zur zuweisenden Instanz, den Kostenträgern (für die Finanzierung), der Anzahl erbrachter Leistungen und den betroffenen Kostenstellen des Spitals (→ Box S. 28). Die nachfolgende Auswertung analysiert anhand der Daten der PSA-Erhebung die ambulanten Leistungen, welche die Luzerner Wohnbevölkerung im Jahr 2015 in einem Schweizer Akutspital bezog.

Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung die spitalambulanten Angebote?

Luzerner Bevölkerung beansprucht
6 Millionen ambulante Leistungen
im Jahr

Im Jahr 2015 generierten rund 148'400 Luzernerinnen und Luzerner gut 6 Millionen ambulante Leistungen in einem inner- oder ausserkantonalen Akutspital (→ Tab. 1.5). Für die erbrachten Leistungen stellten die Akutspitäler gut 488'600 Rechnungen aus. Im Durchschnitt enthielt eine Rechnung 12 Leistungen. Jede ambulante Patientin und jeder ambulante Patient aus dem Kanton Luzern beanspruchte im entsprechenden Jahr im Durchschnitt 41 Leistungen (→ Box S. 28).

Ambulante Patientenrate liegt
bei 372 pro 1000 Luzerner/innen

Ambulante Behandlungen in Akutspitälern werden von allen Altersgruppen der Wohnbevölkerung bezogen. Die ambulante Patientenrate setzt die Luzernerinnen und Luzerner, welche im Betrachtungsjahr mindestens eine ambulante Leistung bezogen haben, ins Verhältnis zur Luzerner Wohnbevölkerung. 2015 lag die Rate der ambulanten Patient/innen bei 372 Luzerner und Luzernerinnen pro 1000 Einwohner/innen. Der Anteil an Personen, welche ambulante Spital-

Tabelle 1.5
Akutspitäler: Ambulante Leistungen 2015
Wohnkanton Luzern

	Leistungen ¹		Rechnungen		Patientinnen und Patienten ²		
	absolut	in %	absolut	in %	Total	davon ausserkantonal	in %
					absolut	in %	
Total	6 047 158	100,0	488 629	100,0	148 415	100,0	13,7
Alterskategorie							
0–24	938 754	15,5	83 811	17,2	32 975	22,2	13,3
25–44	1 338 783	22,1	111 157	22,7	37 381	25,2	16,9
45–64	1 824 135	30,2	148 399	30,4	42 376	28,6	14,1
65–84	1 724 736	28,5	127 699	26,1	31 014	20,9	10,6
85+	220 750	3,7	17 563	3,6	4 669	3,1	7,1
Nationalität							
Schweizer/innen	4 820 131	79,7	392 095	80,2	118 665	80,0	14,2
Ausländer/innen	1 117 688	18,5	89 248	18,3	26 158	17,6	10,2
Unbekannt	109 339	1,8	7 286	1,5	3 592	2,4	23,3

F11K02T01

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant

¹Berücksichtigt werden nur im Jahr 2015 erbrachte Leistungen, ohne Gewichtung nach der Menge einer Einzelleistung.

²Patientinnen und Patienten mit Rechnungen von Spitälern in unterschiedlichen Kantonen werden mehrfach gezählt.

leistungen in Anspruch nehmen, erhöht sich mit steigendem Alter: 304 von 1000 Luzerner/innen im Alter von bis und mit 24 Jahren beanspruchten 2015 mindestens eine ambulante Behandlung; bei den 65- bis 84-Jährigen waren es 529. Der Wert der Hochbetagten lag jedoch nicht über, sondern leicht unter demjenigen der 65- bis 84-Jährigen; er betrug 515 Personen pro 1000 Einwohner/innen. So viele 85-Jährige und Ältere bezogen im Jahr 2015 mindestens eine ambulante Spitalleistung.

Geschlechtsspezifischer Unterschied der ambulanten Patientenrate ist bei 25- bis 44-Jährigen am grössten

Frauen wiesen 2015 eine höhere ambulante Patientenrate aus als Männer. 407 von 1000 Luzernerinnen beanspruchten mindestens eine ambulante Leistung; bei den Luzerner Männern waren es 337 von 1000 Einwohnern. Der geschlechtsspezifische Unterschied war bei den 25- bis 44-Jährigen sowie bei den 45- bis 64-Jährigen am grössten: Bei den 25- bis 44-jährigen Frauen hatten 404 von 1000 Einwohnerinnen mindestens eine ambulante Spitalleistung bezogen; bei den gleichaltrigen Männern lag der entsprechende Wert bei 267. In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen beanspruchten 426 Luzernerinnen von 1000 Frauen der Kantonsbevölkerung mindestens eine ambulante Behandlung im Akutspital; bei den Luzerner Männern waren es 335. Die erhöhten Raten bei den Frauen in den mittleren Altersgruppen sind auf Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe zurückzuführen, die vor allem in diesem Altersspektrum zum Tragen kommen. Bei den anderen Altersgruppen, den bis und mit 24-Jährigen sowie den 65- bis 84-Jährigen, lag die ambulante Patientenrate denn auch bei beiden Geschlechtern auf ähnlichem Niveau. Die Rate der 85-jährigen und älteren Männern lag mit 584 pro 1000 Einwohner gar höher als jene der Frauen (481 pro 1000 Einwohnerinnen). In absoluten Zahlen wurden aber für 85-jährige und ältere Frauen deutlich mehr ambulante Leistungen erbracht als für die gleichaltrigen Männer (135'560 vs. 85'190 Leistungen), zumal es mehr 85-jährige und ältere Frauen gibt als Männer.

Über das ganze Leistungsspektrum der Akutspitäler hinweg nahmen – relativ betrachtet – die Schweizer und die ausländische Kantonsbevölkerung 2015 ungefähr gleich häufig ambulante Leistungen in Anspruch.

Mit dem Alter steigt Anzahl der pro Patient/in bezogenen ambulanten Leistungen an

Wird nicht das Verhältnis zur Kantonsbevölkerung betrachtet, sondern die pro Patient/in erhaltenen Leistungen, zeigt sich für das Jahr 2015, dass diese mit dem Alter zunahm und sich bei den Hochbetagten ab 85 Jahren wieder reduzierten. Am höchsten war sie bei den 65- bis 84-Jährigen: Jede und jeder ambulant behandelte Patientin oder Patient dieser Altersgruppe erhielt im Durchschnitt 56 Leistungen. Die 85-Jährigen und Älteren, die spitalambulant behandelt wurden, bezogen durchschnittlich 47 ambulante Leistungen; die Bis-24-Jährigen 28.

14 Prozent der ambulant behandelten Luzerner/innen beziehen die Leistung ausserhalb des Kantons

Die ambulanten Behandlungen, welche 2015 durch die Luzerner Bevölkerung bezogen wurden, wurden zu 14 Prozent ausserhalb des Kantonsgebiets vorgenommen. Überdurchschnittlich oft ausserkantonale behandelt wurden die 25- bis 44-Jährigen – wobei dies verstärkt auf die Männer dieser Altersgruppe zutraf. Unterdurchschnittlich viele ausserkantonale spitalambulante Akutbehandlungen bezogen die 65-jährigen und älteren Personen beider Geschlechts. Die ausländische Luzerner Wohnbevölkerung nahm ambulante Spitalbehandlungen seltener ausserhalb des Kantons in Anspruch als die schweizerische.

Gut die Hälfte der ambulanten Spitalbehandlungen dauern maximal 1 Monat

Über die Hälfte (56%) der Spitalrechnungen für ambulante Behandlungen beinhalteten 2015 Leistungen, die innerhalb eines Kalendermonats erbracht worden sind. Bei den restlichen umfasste die Rechnung über einen längeren Zeitraum erbrachte Leistungen. Bei den Männern im Alter ab 65 Jahren sowie bei den 85-jährigen und älteren Frauen waren weniger Rechnungen mit einer Behandlungsdauer von maximal einem Kalendermonat zu verzeichnen als in

Kostenstelle Innere Medizin wird im ambulanten Bereich am häufigsten beansprucht

den anderen Altersgruppen. Ihre Ambulantbehandlungen im Spital erstreckten sich über einen längeren Zeitraum als die der anderen Altersgruppen.

Von den Bereichen respektive Kostenstellen, nach denen im ambulanten Spitalbereich abgerechnet wird, wurde 2015 die Innere Medizin am meisten beansprucht; 37 Prozent aller ambulanten Leistungen für die Luzerner Bevölkerung fielen in diesem Bereich an. 18 Prozent wurden im Bereich Chirurgie und 11 Prozent im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe generiert. Ein Vergleich mit den stationären Behandlungen zeigt, dass dort chirurgische Leistungen am häufigsten waren (41%) – vor der Inneren Medizin (27%) und der Gynäkologie und Geburtshilfe (21%). Im ambulanten Bereich entsprach die Medizinische Radiologie mit 5 Prozent der sechsthäufigsten Kostenstelle. Im stationären Bereich war die Radiologie selten, da hier pro Fall jeweils nur die wichtigste Hauptkostenstelle erfasst wird (→ Tab. 1.6).

Bei den Männern waren 2015 ambulante Leistungen der Inneren Medizin (40%) gefolgt von solchen der Chirurgie (23%) am häufigsten. Bei den Frauen fielen die gynäkologischen und geburtshilflichen Leistungen ins Gewicht. Am häufigsten erhielten dennoch auch die Patientinnen ambulante Leistungen der Inneren Medizin (34%), gefolgt von solchen der Gynäkologie und Geburtshilfe (19%) und der Chirurgie (14%).

Hochbetagte erhalten am häufigsten ambulante Augenbehandlungen

Je nach Alter werden unterschiedliche ambulante Leistungen bezogen. Kinder und junge Erwachsene im Alter bis und mit 24 Jahren wurden 2015 am häufigsten im Bereich der Pädiatrie behandelt (40%); auch nach verrechneten Beträgen lag bei ihnen die Pädiatrie mit 37 Prozent an erster Stelle. An zweiter und dritter Stelle folgten die Bereiche Innere Medizin und Chirurgie. Bei den 25- bis und mit 44-Jährigen wurden am häufigsten Leistungen aus der Inneren Medizin (32%), an zweiter Stelle solche der Gynäkologie und Geburtshilfe (28%) und an dritter Stelle der Chirurgie (19%) beansprucht. Die 45- bis 84-Jährigen bezogen fast jede zweite Leistung im Bereich Innere Medizin (44%). Nach verrechneten Beträgen folgte bei den 45- bis 64-Jährigen an zweiter Stelle die Chirurgie; bei

Tabelle 1.6

Akutspitäler: Ambulante Leistungen und Rechnungsbeträge nach Kostenstelle 2015

Wohnkanton Luzern

Kostenstellen	Leistungen		Verrechneter Betrag in Fr.	
	absolut	in %	absolut	in %
Total	6 047 158	100,0	307 179 176	100,0
Innere Medizin	2 226 047	36,8	121 106 032	39,4
Chirurgie	1 102 795	18,2	43 023 604	14,0
Gynäkologie und Geburtshilfe	658 152	10,9	23 026 732	7,5
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	482 957	8,0	36 375 736	11,8
Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin)	373 929	6,2	13 258 722	4,3
Medizinische Radiologie	293 537	4,9	23 077 290	7,5
Dermatologie (Haut)	179 583	3,0	5 570 349	1,8
Oto-Rhino-Laryngologie (Hals-Nasen-Ohren)	156 955	2,6	7 099 532	2,3
Andere	497 059	8,2	26 370 456	8,6
Unbekannt	76 144	1,3	8 270 721	2,7

F11K02T02

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant

den 65- bis 84-Jährigen belegte die Augenheilkunde den zweiten Platz. Bei den Hochbetagten im Alter ab 85 Jahren waren ambulante Behandlungen der Augen am häufigsten (31%); diese Leistungen entsprachen 43 Prozent der verrechneten Beträge dieser Altersgruppe. Am zweithäufigsten beanspruchten die Hochbetagten Leistungen der Inneren Medizin (29%).

Ambulante Behandlungen im Akutspital erfolgen in gut 3 von 4 Rechnungen aufgrund ärztlicher Einweisung

Die Initiative zu einer ambulanten Behandlung in einem Akutspital wurde 2015 gemäss 78 Prozent der Rechnungen von einer einweisenden Ärztin oder einem Arzt ergriffen (→ Abb. 1.9). 17 Prozent der Behandlungen geschahen auf Initiative der Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen hin. Der Anteil der Selbst- oder der Einweisungen durch Angehörige reduziert sich mit dem Alter: 2015 erfolgten bei den bis und mit 24-Jährigen 30 Prozent der ambulanten Behandlungen auf Initiative der Patientin, des Patienten oder deren Angehörigen hin und 64 Prozent aufgrund einer ärztlichen Anordnung. Bei den 85-Jährigen und Älteren gingen 6 Prozent der Behandlungen auf die Eigen- oder Initiative von Angehörigen zurück. In 85 Prozent der Rechnungen ordnete der Arzt oder die Ärztin die Behandlung dieser Hochbetagten an.

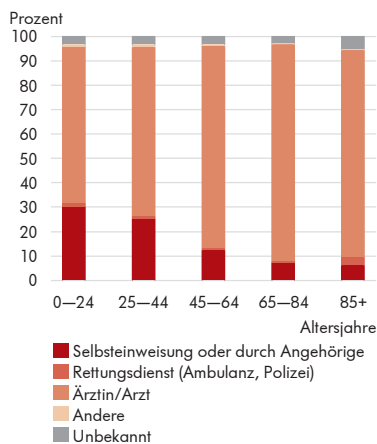
In Gynäkologie und Geburtshilfe ist jede 2. Behandlung eine Selbsteinweisung oder eine Einweisung durch Angehörige

In der Gynäkologie und Geburtshilfe erfolgte 2015 knapp die Hälfte der Rechnungen auf eine Behandlung infolge Selbsteinweisung oder Einweisung durch Angehörige hin. In weiteren 47 Prozent regte eine Ärztin oder ein Arzt die ambulante Behandlung im Akutspital oder einem Geburtshaus an. In der Pädiatrie gingen 36 Prozent der Einweisungen auf die Initiative der Patientinnen respektive Patienten oder der Angehörigen zurück und 59 Prozent auf ärztliche Anweisungen. Behandlungen in der medizinischen Radiologie hingegen erfolgten beinahe ausschliesslich aufgrund einer ärztlichen Einweisung (96%). Auch im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, der Augenheilkunde und der Chirurgie geschahen die Einweisungen grossmehrheitlich infolge einer ärztlichen Einweisung (85–88%).

Abbildung 1.9

Akutspitäler: Zweisende Instanz bei ambulanten Leistungen gemäss Rechnungen 2015

Wohnkanton Luzern



F11K02G01 LUSTAT Statistik Luzern
 Datenquelle: BFS – Patientendaten Spital ambulant

Finanzierung der spitalambulanten Angebote im Kanton Luzern

Nachfolgende Analyse basiert auf den Daten der Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik (→ Box S. 12). Dort gilt als ambulante Konsultation, wenn in physischer Anwesenheit der Patientin oder des Patienten (das heisst, keine Telefonberatung und nicht blosses Aktenstudium) eine Spitalleistung erbracht wurde, die tariflich abgerechnet werden kann. Pro Aktivitätstyp des Betriebs und behandelter Person wird pro Kalendertag maximal eine ambulante Konsultation erfasst. Dies im Unterschied zu der Zahl der Leistungen respektive Rechnungen in der PSA-Erhebung (→ Box S. 28), wo eine Rechnung nicht zwingend einer Konsultation entsprechen muss, da sie verschiedene ambulante Einzelleistungen, die über einen längeren Zeitraum erbracht wurden, beinhalten kann. In der Krankenhausstatistik liegt die Anzahl der ambulanten Konsultationen für die Jahre ab 2013 vor.

Ambulante fallabhängige Kosten machen in den Akutspitälern 353 Millionen Franken aus

Im Kanton Luzern wurden 2016 im ambulanten Bereich der Akutspitäler 353 Millionen Franken fallabhängige Kosten generiert (→ Tab. 1.7). Als fallabhängige Kosten oder Erlöse werden Kosten bezeichnet, die konkret einer ambulanten Behandlung zugewiesen werden können. Fallunabhängige Kosten beziehungsweise Erlöse sind zum Beispiel Kosten für Lehre und Forschung oder Beiträge der öffentlichen Hand für gemeinwirtschaftliche Leistungen; sie werden keinem Fall zugewiesen. Da bei den fallunabhängigen Spitalkosten und -erlösen keine Unterteilung zwischen ambulante und stationärem Bereich möglich ist, bleiben sie nachfolgend unberücksichtigt; die Analyse stützt ausschliesslich auf die fallabhängigen Kosten respektive Erlöse.

Ambulante Behandlungen generieren 10 Millionen Franken ungedeckte Kosten pro Jahr

Den ambulanten fallabhängigen Kosten von 353 Millionen Franken standen 2016 Erlöse im Umfang von 343 Millionen Franken gegenüber. Damit entstanden den Akutspitälern durch ambulante Behandlungen gut 10 Millionen Franken ungedeckte Kosten. Gemäss dem nationalen Spitalverband H+ ist der spitalambulante Bereich aufgrund der ambulanten Tarifstruktur bei vielen Schweizer Spitätern defizitär (H+ 2018).

Sowohl die Kosten als auch die Erlöse für ambulante Behandlungen haben von 2014 bis 2016 um jeweils 11 Prozent zugenommen. Dieses Wachstum geht mit der im betrachteten Zeitraum um 13 Prozent gestiegenen Anzahl ambulanter Konsultationen einher.

Tabelle 1.7

Akutspitäler: Fallabhängige Kosten und Erlöse im ambulanten Bereich seit 2014

Kanton Luzern

Jahr	Fallabhängige Kosten in Franken			Fallabhängige Erlöse in Franken		
	Total	Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen ¹ in %	pro ambulante Konsultation	Total	Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen ¹ in %	pro ambulante Konsultation
2014	319 098 394	86,6	458	308 047 594	87,2	442
2015	326 837 677	86,7	447	316 723 443	89,3	433
2016	353 062 005	91,4	451	342 690 014	89,6	437

F11K02T03

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Krankenhausstatistik

¹ Kosten bzw. Erlöse der Spitalleistungen, die über die oblig. Krankenversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgegolten werden (ohne Leistungen anderer Versicherer wie UV/IV, Zusatzversicherungen oder Selbstzahler/innen)

Im Durchschnitt kostet eine ambulante Konsultation 451 Franken und bringt 437 Franken ein

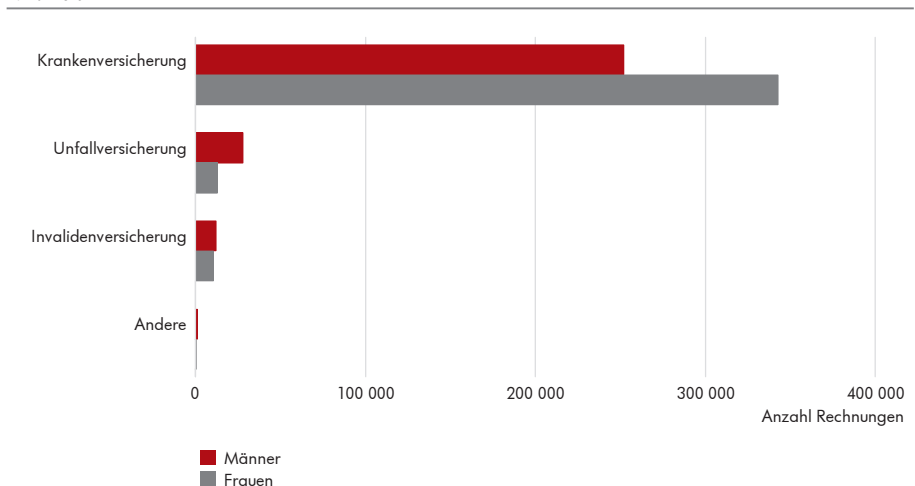
Die durchschnittlichen Kosten pro Konsultation beliefen sich 2016 auf 451 Franken. Dieser Wert hat sich seit 2014 leicht reduziert (-2%). Der durchschnittlich pro Konsultation erwirtschaftete Erlös betrug 437 Franken. Damit ist der durchschnittliche Erlös pro Konsultation seit 2014 ebenfalls zurückgegangen (-1%). Da der Kostenrückgang etwas grösser ausgefallen ist als der Ertragsrückgang, hat sich entsprechender Verlust ebenfalls reduziert: Pro ambulante Konsultation erwirtschafteten die Akutspitäler 2016 einen Fehlbetrag von 13,2 Franken; 2014 hatte dieser Fehlbetrag noch bei 15,9 Franken gelegen.

Kosten ambulanter Behandlungen werden in 9 von 10 Fällen durch die Krankenversicherung bezahlt

91 Prozent der ambulanten Kosten wurden 2016 durch Leistungen generiert, die gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt wurden; beim Erlös waren 90 Prozent auf solche Leistungen zurückzuführen. Der Anteil KVG-pflichtiger Leistungen ist seit 2014 sowohl bei den Kosten als auch beim Erlös angestiegen.

Auch die Zahlen der Erhebung der Patientendaten Spital ambulant PSA (→ Box S. 28) zeigen, dass die Spitalrechnungen für ambulante Leistungen in grosser Mehrzahl durch die Krankenversicherungen vergütet werden (2015: 90%) (→ Abb. 1.10). Die Unfallversicherung (6%) und die Invalidenversicherung (3%) deckten 2015 einen weitaus kleineren Teil ab. Frauen beziehen aufgrund von Geburt und Wochenbett allgemein mehr ambulante Leistungen als Männer. Die an Frauen ausgestellten Rechnungen wurden 2015 denn auch häufiger durch einen Krankenversicherer vergütet (94%) als die Rechnungen der Männer (86%). Andererseits waren bei den ambulanten Spitalrechnungen der Männer häufiger Unfallversicherer (10%) und Invalidenversicherer (4%) für die Finanzierung verantwortlich als bei den Frauen (4% resp. 3%).

Abbildung 1.10
Akutspitäler: Ambulante Rechnungen nach Kostenträger und Geschlecht 2015
 Kanton Luzern



II. TEIL

LANGZEITPFLEGERISCHE VERSORGUNG

Ambulante und stationäre Langzeitpflege

Stationäre Langzeitversorgung in Pflegeheimen

Ambulante Pflege im individuellen Umfeld



Ambulante und stationäre Langzeitpflege

Schweiz kennt 3 Betreuungsmodelle für Langzeitpflege

In einer Studie zur Langzeitpflege in den Kantonen identifiziert das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan in der Schweizer Pflegelandschaft drei Betreuungsmodelle. Diese Modelle bringen schematisch die Organisation der Langzeitpflege in den Schweizer Kantonen zur Darstellung. Es geht dabei um die regional unterschiedlichen Präferenzen, wie stationäre und ambulante Betreuungsangebote genutzt werden (Dutoit et. al 2016). Geografisch lassen sich die drei Betreuungsmodelle grob wie folgt verorten: Während in der Zentralschweiz das Schwergewicht auf den stationären Institutionen liegt, wird die Langzeitpflege in der Romandie und im Tessin prioritär über ambulante Strukturen organisiert. In anderen Schweizer Regionen – als drittes Modell – bestehen Mischformen der Inanspruchnahme.

Im Kanton Luzern erfolgt Langzeitpflege nach Zentralschweizer Modell

Als Kanton im Herzen der Schweiz ist Luzern dem Zentralschweizer Modell zuzurechnen. In diesem Modell stützt die Langzeitpflege älterer Personen vor allem auf die Säule stationärer Institutionen ab. Das Leben im Heim wird hier nicht als „letzter Ausweg, sondern eher als eigenständiger Lebensabschnitt“ betrachtet (Dutoit et. al 2016: 2). Die Bewohnerinnen und Bewohner treten demzufolge vergleichsweise jung ins Heim ein und sind entweder (noch) gar nicht oder (erst) geringfügig pflegebedürftig. Ihrem relativ jungen Alter entsprechend bleiben sie länger im Heim als Menschen in der lateinischen Schweiz, wo für die Langzeitpflege tendenziell ambulante Angebote präferiert werden. Demgegenüber werden im Zentralschweizer Modell ambulante Leistungen, wie sie zum Beispiel Spitex-Organisationen anbieten („Spitex“ steht für spitalexterne Hilfe und Pflege zu Hause), seltener in Anspruch genommen als in den anderen Modellen.

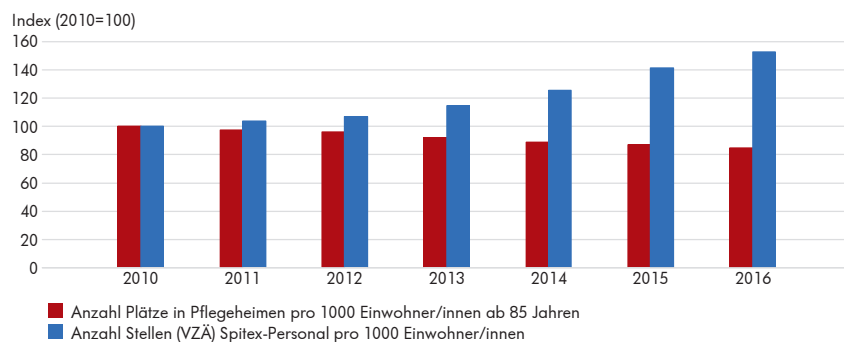
Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird auch im Kanton Luzern etabliert

Eine Verlagerung der Gewichtung von stationär hin zu ambulant gilt jedoch bereits seit mehreren Jahren gesamtschweizerisch und in den Kantonen als politisches Ziel. Luzern verfolgt die Strategie seit der Veröffentlichung des Altersleitbilds 2010 (Kanton Luzern 2009), wo der Grundsatz „ambulant vor stationär“ explizit ausformuliert wurde. Seit 2017 ist dieser Grundsatz auch im ausgebauten kantonalen Betreuungs- und Pflegegesetz (BPG SRL 867) festgeschrieben.

Abbildung 2.1

Ambulante und stationäre Pflege: Entwicklung Platzangebot in Pflegeheimen und Spitex-Personal seit 2010

Kanton Luzern



F11K06G01

Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, LUSTAT – Spitex-Statistik

Spitex-Personal (ohne Leitung/Administration) von Spitex-Organisationen, selbständigen Pflegefachpersonen, Inhouse-Pflege und Tages-/Nachtstrukturen

Die kantonale Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 (Kanton Luzern 2017) folgt dieser Stossrichtung, indem sie den Bedarf in beiden Bereichen, dem stationären und dem ambulanten, einbezieht und sogenannte intermediäre Strukturen wie Betreutes Wohnen und Tages- oder Nachtstrukturen mitberücksichtigt. Die aktuelle kantonale Versorgungsplanung trägt damit auch der Tatsache Rechnung, dass die Bevölkerung es im Allgemeinen vorzieht, möglichst lang im angestammten Umfeld zu leben und so spät wie möglich ins Pflegeheim überzusiedeln.

Ambulante Hilfestellungen
und Pflege nehmen zu

Die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen wecken neben dem bestehenden Bedarf an stationären Strukturen das Bedürfnis nach einer diversifizierten Palette ambulanter Hilfestellungen. Die oben zitierte Obsan-Studie von 2016 beruht auf Daten des Jahrs 2013. Bei der Analyse der Daten der nachfolgenden Jahre zeigt sich im Kanton Luzern denn auch eine deutliche Zunahme im Bereich der ambulanten Pflege. Gleichzeitig ist das Wachstum im stationären Bereich schwächer geworden, auch wenn die stationäre Pflege im Kanton noch immer als eine der gewichtigen Säulen die Langzeitpflegeversorgung trägt (→ Abb. 2.1).

Kantonale Versorgungsplanung
2018–2025 will ambulante Angebote
fördern

Als zukünftige Herausforderungen thematisiert die kantonale Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 unter anderem die Förderung von ambulanten Angeboten auf Gemeindeebene und die Sensibilisierung der Bevölkerung für bestehende Angebote wie Tages- oder Nachtstrukturen. Ausserdem wird die Wichtigkeit der Durchlässigkeit zwischen den ambulanten und stationären Angeboten betont. So formuliert der Bericht die Vision einer integrierten Versorgung, basierend auf dem Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva, welches vorsieht, dass Pflege und Betreuung sowie hauswirtschaftliche Leistungen vorwiegend in den angestammten Wohnungen oder in altersgerechten Appartements ambulant erbracht werden und stationär einzig die spezialisierte Pflege und Betreuung erfolgen soll (z.B. Demenzbetreuung, Palliative Care, Gerontopsychiatrie) (Curaviva 2016: 54ff.).

Ambulante und stationäre
Pflegeangebote sollen sich ergänzen

Im entsprechenden gesundheitspolitischen Diskurs, wie er gegenwärtig auf gesamtschweizerischer Ebene geführt wird, wird daher nicht länger mit „ambulant vor stationär“, sondern mit der Formulierung „ambulant mit stationär“ argumentiert. Damit wird die Haltung vertreten, dass in Zukunft koordinierte ambulante und stationäre Angebote zur Verfügung stehen sollten, wobei die Organisations- und Finanzierungsformen die Durchlässigkeit zwischen den Leistungserbringern fördern und die Art der Leistungserbringung einzig durch die Pflegebedürftigkeit der Betagten bestimmt wird (Dutoit et al. 2016, Cosandey 2016).

Langzeitpflegerische Angebote für die Luzerner Bevölkerung

Zwischen Angebot und Nachfrage
besteht Wechselwirkung

Die höhere Lebenserwartung, die fortschreitende Individualisierung und der medizinische Fortschritt führen dazu, dass die ältere Generation den Lebensabschnitt nach dem Erwerbsalter aktiv, individuell und vielseitig gestaltet – nicht selten bis ins hochbetagte Alter. Wie sich die Bevölkerung im Alter einrichtet und welche Pflegeleistungen sie nutzt, hängt aber auch von den vorhandenen Angeboten und den gesundheitspolitischen Stossrichtungen ab (vgl. u.a. Köppel 2017). Letztere folgt im Kanton Luzern seit einigen Jahren dem Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Pflegeheimplatz-Rate
pro hochbetagte Einwohner/innen
ist sinkend

Die Rate der Pflegeheimplätze zeigt, auf welches Angebot der stationären Pflegeversorgung die Luzerner Bevölkerung zurückgreifen kann und wie sich dieses über die Jahre entwickelt hat. 2016 standen im Kanton Luzern 525 Pflegeheimplätze pro 1000 Luzerner/innen im Alter ab 85 Jahren zur Verfügung (2010: 621 Plätze). Das Angebot an stationären Pflegeplätzen für die hoch-

betagte Wohnbevölkerung hat damit in den letzten Jahren um 15 Prozent abgenommen. Dies, auch wenn die absoluten Platzzahlen weiterhin leicht zunehmend sind (→ Tab. 2.1, S. 45). Die aktuelle Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 geht auch in nächster Zukunft von weniger stationären Plätzen aus, als es die noch vorher gültige Pflegeheimplanung 2010 vorgesehen hatte. Der Kanton Luzern lag 2016 mit seinem stationären Angebot jedoch weiterhin über dem gesamtschweizerischen Schnitt von 457 Plätzen pro 1000 Personen im Alter ab 85 Jahren.

Personen mit nur geringem
Pflegebedarf sind seltener
in stationären Einrichtungen

Der Ausbau der ambulanten Pflege und die Verringerung des Angebots an stationären Pflegeplätzen ziehen nach sich, dass leicht pflegebedürftige Personen seltener in einem Pflegeheim wohnen. Ein Blick auf die fakturierten Tage, die in der stationären Pflege verrechnet werden, bestätigt dies für den Kanton Luzern: Kein oder ein bloss geringer Pflegeaufwand (bis Pflegestufe 2; siehe → Box S. 49) wurde den Bewohnerinnen und Bewohnern in den letzten Jahren weniger oft in Rechnung gestellt als früher. Der entsprechende Anteil fakturierter Tage ist in den Luzerner Heimen seit 2011 von 24,1 auf 19,1 Prozent zurückgegangen. Es bleibt aber zu bedenken, dass Heimeintritte nicht ausschliesslich aus Gründen der Pflegebedürftigkeit vollzogen werden. Vielmehr kann ein Heimeintritt auch bei kleinem Pflegebedarf aus sozialen Gründen oder beispielsweise bei einer drohenden Verwahrlosung angezeigt sein (Köppel 2017).

Personal der ambulanten Pflege hat um
50 Prozent zugenommen

Während das Angebot an stationärer Pflege im Verhältnis zur Bevölkerung rückläufig ist, ist das Angebot an ambulanter Pflege seit 2010 um über 50 Prozent gewachsen: 2016 kamen auf 1000 Luzerner/innen knapp 190 Stellenprozent von freiberuflichen Pflegefachpersonen oder Mitarbeitenden von Spitex-Organisationen, Inhouse-Pflege und Tages- oder Nachtstrukturen; das sind gut 60 Stellenprozent pro 1000 Einwohner/innen mehr als noch 2010 (→ Abb. 2.1).

Neue Pflegefinanzierung macht
Kanton für private Leistungserbringer
attraktiver

Diese Verlagerung von der stationären hin zur ambulanten Langzeitpflege hängt mit dem vermehrten Wunsch nach Verbleib in den eigenen vier Wänden im Alter oder aber mit der neuen Pflegefinanzierung zusammen. Ist doch mit deren Einführung im Jahr 2011 der „Pflegermarkt“ für private Anbieter von ambulanten Dienstleistungen attraktiver geworden. Diese verzeichnen seither ein überproportionales Wachstum. Die neue Pflegefinanzierung sieht eine rechtliche Gleichbehandlung von privaten und öffentlich-gemeinnützigen Anbietern vor und beinhaltet, dass die Kosten, welche die Klienten und Klientinnen respektive deren Versicherer (jedoch nicht die öffentliche Hand) für die pflegerischen Leistungen zu übernehmen haben, bei allen Leistungserbringern gleich hoch sind, unabhängig von Rechtsform oder Versorgungspflicht der entsprechenden Organisation (zur Versorgungspflicht vgl. → S. 57).

Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung die Angebote der Langzeitpflege?

45 Prozent der Luzerner/innen
im Alter ab 80 Jahren nutzen
professionelle Pflegeangebote

Auch die Nutzung des zur Verfügung stehenden Pflegeangebots durch die älteren Generationen im Kanton deutet auf eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich hin – dies unter der Annahme, dass der Anteil der betagten Luzerner Bevölkerung seit 2010 ungefähr in gleichem Grad pflegebedürftig geblieben ist und in gleichem Mass auf formelle Pflege zurückgreift. Tatsächlich nutzt die Luzerner Wohnbevölkerung gegenwärtig die Angebote der stationären Pflege eher seltener als in früheren Jahren. Seit 2010 sind jeweils konstant zwischen 37 und 38 Prozent der Luzerner Bevölkerung im Alter ab 80 Jahren formell beziehungsweise professionell gepflegt worden. Innerhalb dieser Zeitspanne ist der Anteil derjenigen, die ambulant – durch Spitex-Organisationen, selbständige Pflegefachpersonen, in Tages- oder Nacht-

Kanton Luzern stellt nach wie vor stark auf stationäre Pflege ab

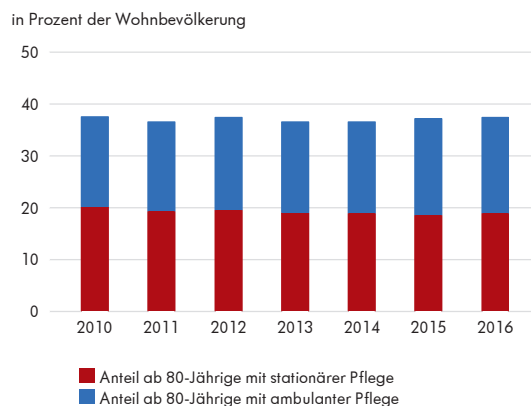
strukturen oder inhouse – gepflegt worden sind, von 17,5 auf knapp 18,5 Prozent gestiegen. Der Anteil der stationär Gepflegten hat hingegen von 20,1 auf 18,9 Prozent abgenommen (→ Abb. 2.2).

Weitere bereits genannte Anzeichen für eine erfolgte Verlagerung hin zum ambulanten Bereich sind der Heimeintritt in tendenziell späterem Lebensalter sowie der Rückgang von Bewohnerinnen und Bewohnern mit nur leichtem Pflegebedarf in Heimen (→ Tab. 2.2, S. 47). Trotz dieser Indizien zeigt der Kanton Luzern die 2016 von der Obsan-Studie (Dutoit et. al 2016) identifizierten Unterschiede zu den anderen Kantonen weiterhin: Im Durchschnitt bezog im Jahr 2016 jede 65-jährige oder ältere Person in der Gesamtschweiz rund 21 Pflegetage im stationären Bereich und 8 Pflegetage im ambulanten Bereich der Langzeitpflege. Im Vergleich dazu war im Kanton Luzern die Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen (25 Pflegetage) überdurchschnittlich hoch und jene von ambulanten Leistungen (gut 6 Pflegetage) weiterhin unterdurchschnittlich tief, obwohl im Kanton der Anteil der Pflegetage in der ambulanten Pflege seit 2013 um mehr als 1 Stunde pro Einwohner/in angestiegen ist. Wie Abbildung 2.3 zeigt, geht aber ein hoher Anteil der ambulanten Pflege nicht zwingend mit einem tiefen Anteil der stationären Pflege einher oder umgekehrt. So sind in den Kantonen Basel-Stadt, Neuenburg und Bern beide Raten überdurchschnittlich hoch, während beispielsweise im Wallis beide unter dem Schweizer Durchschnitt liegen. Um solche regionalen Besonderheiten verständlich zu machen, müssten die statistisch unvollständig erfassten freiwilligen Pflegeleistungen von Angehörigen, Nachbarn oder jene der intermediären Strukturen berücksichtigt werden.

Knapp ein Fünftel der Luzerner/innen im Alter ab 65 Jahren bezieht aus gesundheitlichen Gründen informelle Hilfe

In der Gesundheitsbefragung 2012 gaben rund 19 Prozent aller Luzernerinnen und Luzerner im Alter ab 65 Jahren an, in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen informelle Hilfe beziehungsweise Hilfe von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn erhalten zu haben (Obsan 2014). Gesamtschweizerische Ergebnisse zeigen, dass dieser Anteil mit dem Alter steigt. Zudem erhielten 2012 63 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer, welche Spitex-

Abbildung 2.2
Ambulante und stationäre Pflege: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen bei Personen ab 80 Jahren seit 2010
 Wohnkanton Luzern



F11K06G02 LUSTAT Statistik Luzern
 Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, STATPOP, LUSTAT – Spitex-Statistik

Ambulante Pflege: Spitex-Organisationen, selbständige Pflegefachpersonen, Inhouse-Pflege und Tages-/Nachtstrukturen

Leistungen bezogen, zusätzlich informelle Hilfe (BFS 2014). In der ambulanten Pflege ergänzen sich also die professionellen Hilfeleistungen beispielsweise der Spitex-Organisationen oder intermediärer Strukturen und die informellen Hilfeleistungen durch das soziale Umfeld der zu betreuenden Personen.

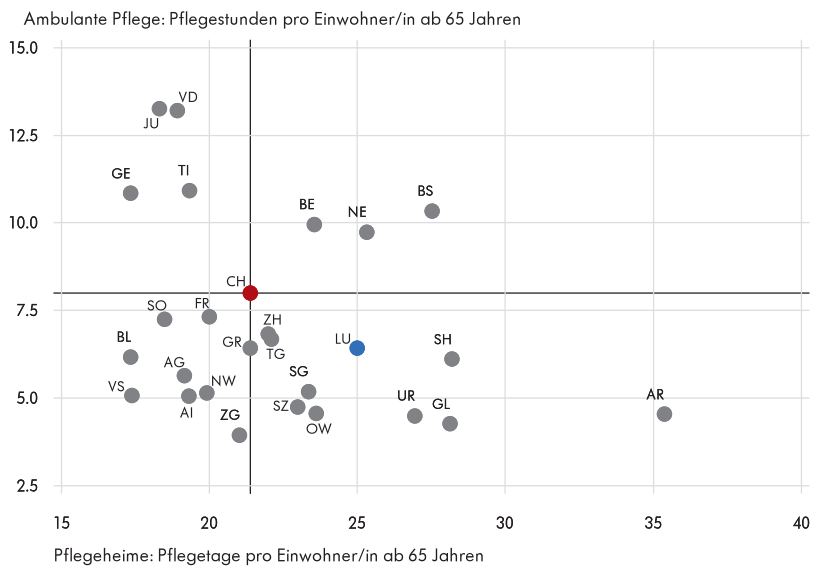
Die Hilfestellungen dazwischen: Intermediäre Strukturen

Im Bereich zwischen ambulanten und stationären Angeboten haben sich in den letzten Jahren sogenannte intermediäre Strukturen herausgebildet. Sie stellen auch im Kanton Luzern mittlerweile einen wichtigen Pfeiler in der langzeitpflegerischen Versorgungskette dar. Intermediäre Strukturen erbringen ihre Leistungen an einem bestimmten Ort zwischen dem Lebensort der Klientinnen und Klienten zu Hause und einer sozialmedizinischen Institution, das heisst einem Pflegeheim (Werner et al. 2016).

Intermediäre Strukturen sind statistisch schwierig zu erfassen

Die Schwierigkeit, die intermediären Strukturen in der Analyse abzubilden, besteht darin, dass nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) einzig zwischen ambulant und stationär unterschieden wird. Diesen Umstand widerspiegelt die statistische Datenerfassung (→ Box S. 41): Entsprechend ihrem „Status dazwischen“ werden die intermediären Strukturen in nachfolgenden Auswertungen entweder im Rahmen der SOMED-Statistik zur stationärer Pflege betrachtet (Kurzzeitplätze in Pflegeheimen) oder aber im Rahmen der Spitex-Statistik zur ambulanten Pflege (Inhouse-Pflege und Tages- oder Nachtstrukturen) gezählt. Insbesondere Tages- oder Nachtstrukturen nehmen einen Sonderstatus ein, denn sie verfügen über eine ambulante Bewilligung, rechnen jedoch zu stationären Tarifen ab. Ihnen wird in vorliegender Analyse mittels einer separaten Betrachtung gerecht zu werden versucht. Insgesamt lassen die noch lückenhaft erfassten Daten der eher neueren intermediären Angebote eine systematische statistische Analyse ihrer Entwicklung in der Zeit bislang kaum zu.

Abbildung 2.3
Ambulante und stationäre Pflege: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen bei Personen ab 65 Jahren 2016
 Kantone der Schweiz



F11K06G03

LUSTAT Statistik Luzern

Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Spitex-Statistik, STATPOP

Pflegetage: Fakturierte Tage mit einer zugewiesenen Pflegestufe 1–12

Was wird zu intermediären Strukturen gezählt?

Zu den intermediären Strukturen zählen Alterswohnungen, Betreutes Wohnen (Wohnen mit Dienstleistungen), Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen sowie Tages- oder Nachtstrukturen. Alle diese Angebote tragen dazu bei, Menschen mit Betreuungsbedarf die Entscheidung für ein weiterhin privates Wohnen zu ermöglichen, sei es in der angestammten Wohnung oder in einem betreuten Wohnumfeld.

Betreutes Wohnen wird weiter ausgebaut

Im Jahr 2016 standen in den Luzerner Gemeinden 1'062 Wohnungen für Betreutes Wohnen (2015: 892) zur Verfügung. Sie boten Wohnraum für 1'368 Personen (2015: 1'054). Im gesamtschweizerischen Vergleich ist dieses Angebot unterdurchschnittlich. Es wird jedoch weiter ausgebaut (Kanton Luzern 2017: 23f.). Die Mieterinnen und Mieter der betreuten Wohnstrukturen können Leistungen wie Mahlzeiten, Reinigung, Waschservice, Fahrdienst wie auch ambulante Pflege gegen Bezahlung beziehen. Dabei wird die ambulante Pflege oftmals durch Spitex-Organisationen, die bereits in der Gemeinde tätig sind, erbracht. Einzelne Anbieter betreiben auch ihre eigene Spitex (sog. Spitin, Inhouse-Spitex oder Inhouse-Pflege).

Mit Ausbau von Betreutem Wohnen nimmt auch Inhouse-Pflege zu

Der Anteil der Pflegeleistungen, welche im Kanton Luzern inhouse, also beispielsweise innerhalb des Betreuten Wohnens, erbracht werden, ist in den letzten Jahren gestiegen. Seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung 2011 hat insbesondere das Angebot privater Anbieter von Inhouse-Pflege zugenommen. So hat sich die Zahl der verrechneten Inhouse-Pflegestunden seit 2011 mehr als verdoppelt und lag 2016 bei rund 16'000 Pflegestunden. Der Inhouse-(Markt-)Anteil an allen ambulanten Pflegestunden lag im Kanton Luzern 2016 bei knapp 3 Prozent.

Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen bieten vorübergehende Lösungen

Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen werden ebenfalls zu den intermediären Strukturen gezählt. Sie dienen dazu, pflegende Angehörige zeitweise zu entlasten. Sinnvoll sind sie auch, wenn der Gesundheitszustand einer Person sich

Statistiken der Gesundheitsversorgung II

- **Stationärer Bereich:** Die **Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)** umfasst Alters- und Pflegeheime, Institutionen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen oder Suchtproblemen sowie Betriebe zur Behandlung von Menschen mit psychosozialen Problemen. Es werden Informationen zu folgenden Bereichen erfasst: rechtlich-wirtschaftlicher Status, verfügbare Plätze, Ausbildungsstand und Einsatz der Beschäftigten, Merkmale der Klientinnen und Klienten (wie Alter, Geschlecht, Wohnort, benötigte Pflege und Behinderungen), Kosten und Finanzierung.
- **Ambulanter Bereich:** Die **Spitex-Statistik** des Kantons Luzern wird seit 1994 durch LUSTAT Statistik Luzern geführt. Auskunftsstellen sind Spitex-Anbieter im Kanton Luzern. Seit 2010 sind neben den gemeinnützigen und öffentlichen Spitex-Organisationen auch private Spitex-Organisationen und selbständigerwerbende Pflegefachpersonen auskunftspflichtig. Als ambulante Leistungserbringer werden Inhouse-Pflege und eigenständige Tages- oder Nachtstrukturen ebenfalls erfasst. Es werden Informationen zu folgenden Bereichen erhoben: Leistungsangebot, Personal, Nachfrage (Klienten/-innen und bezogene Leistungen), Kosten und Finanzierung.

beispielsweise aufgrund eines Spitalaufenthalts kurzzeitig verschlechtert oder wenn Angehörige oder andere Pflegepersonen temporär Anzeichen von Überforderung zeigen (Werner et. al 2016). Zu den Kurzzeitplätzen zählen sogenannte stationäre Entlastungsplätze, Ferienplätze und Angebote der Überbrückungspflege. Auch die Akut- und Übergangspflege wird im Rahmen der Kurzeitaufenthalte betrachtet.

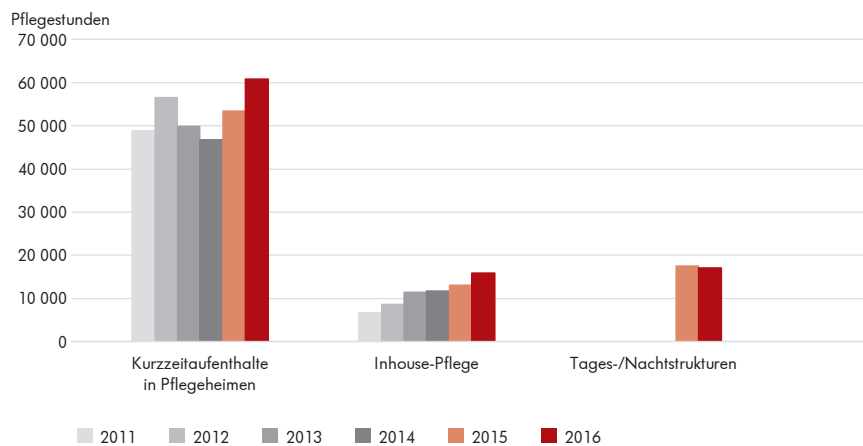
Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) erfolgt auf ärztliche Verordnung nach einem Krankenhausaufenthalt

Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) wurde mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) etabliert und wird – gemäss KVG Art. 25a Abs. 2 – analog der Kostenverteilung der stationären Spitalfinanzierung finanziert (mind. 55% Kanton, max. 45% Versicherer; vgl. → Box S. 12). Die AÜP richtet sich ausschliesslich an Personen, die auf ärztliche Verordnung hin im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt maximal 14 Tage lang qualifizierte Pflege, fachliche Betreuung und therapeutische Massnahmen erhalten (Kanton Luzern 2017: 162). Für die AÜP boten 2016 im Kanton Luzern gemäss SOMED-Statistik 2 Pflegeheime insgesamt 16 Plätze an. Rund 11 Prozent der Kurzeitaufenthalte wurden im Rahmen der AÜP genutzt (169 Eintritte) (→ Abb. 2.4). Auch Spitex-Organisationen erbringen auf spitalärztliche Verordnung hin AÜP (→ Tab. 2.4, S. 59). Ambulant wird diese jedoch selten verschrieben.

Zahl der Eintritte für Kurzeitaufenthalte hat zugenommen

Die Zahl der Eintritte in Pflegeheime zwecks eines Kurzeitaufenthalts ist im Kanton Luzern in den letzten Jahren merklich angestiegen. Fast die Hälfte aller Eintritte in ein Heim fallen mittlerweile auf Kurzeitaufenthalte (→ Tab. 2.2, S. 47). Im schweizerischen Vergleich weist der Kanton Luzern überdurchschnittlich viele Kurzeitaufenthalte auf. Die Anzahl Pflegestunden (berechnet auf Basis der Anzahl fakturierter Tage pro Pflegestufe; vgl. → Box S. 49) variieren hingegen von Jahr zu Jahr ziemlich stark. Während sie 2011 bei rund 49'000 Stunden lag, stieg sie 2012 auf 57'000 Stunden an und sank 2014 wiederum auf 47'000 Stunden ab. 2016 fielen rund 61'000 Pflegestunden auf Kurzeitaufent-

Abbildung 2.4
Intermediäre Strukturen: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen seit 2011
 Wohnkanton Luzern



F11K06G04

Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Statistik, LUSTAT – Spitex-Statistik

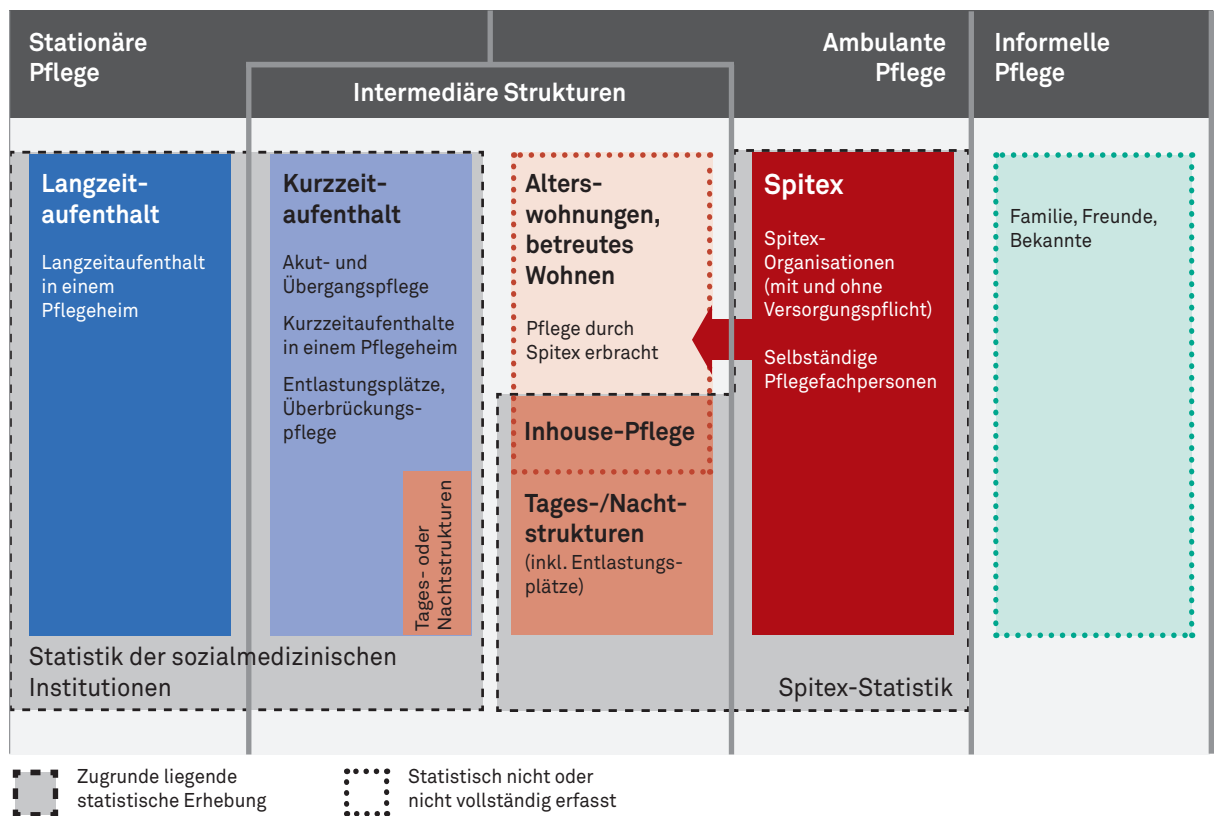
Berechnung Pflegestunden: Die stationär abgerechneten Pflegetage wurden mithilfe der zugeteilten Pflegestufe in Pflegestunden umgerechnet, um sie mit den ambulant verrechneten Stunden zu vergleichen.

halte von Luzernerinnen und Luzernern in Pflegeheimen im Kanton (2% aller stationär verrechneten Pflegestunden). Die jährlichen Schwankungen können unterschiedliche Gründe haben: Der Pflegeaufwand variiert je nach Aufenthaltsgrund, und zudem werden nur in wenigen Heimen Plätze spezifisch für Kurzeitaufenthalte frei gehalten. Köppel (2017) geht davon aus, dass Heime – ökonomisch motiviert – lediglich dann Kurzeitaufenthalte anbieten, wenn entweder leerstehende Plätze belegt werden sollen oder wenn ein entsprechender Leistungsauftrag seitens der öffentlichen Hand vorhanden ist, der die Kosten abdeckt. Dies kann in der Praxis dazu führen, dass bei potenziellen Anbietern von Kurzeitaufenthalten auch dann nicht immer Kurzzeitplätze vorhanden sind, wenn von Klientenseite her ein Bedarf an solchen besteht.

Menschen mit Demenz werden oft in Tages- oder Nachtstrukturen betreut

Bei den Tages- oder Nachtstrukturen kann es sich sowohl um Angebote handeln, welche – teilweise sehr integrativ – von Pflegeheimen betrieben werden, wie auch um eigenständige Angebote ausserhalb von stationären Heimen. In den Tages- oder Nachtstrukturen werden pflegebedürftige Personen bei Bedarf tagsüber oder nachts aufgenommen, primär mit dem Ziel, pflegende Angehörige zu entlasten. Der Pflegeumfang, der 2016 im Kanton Luzern insgesamt von den Tages- oder Nachtstrukturen erbracht wurde, belief sich auf rund 17'000 Pflegestunden.

Abbildung 2.5
Langzeitpflegerische Versorgung: Statistische Erfassung
 Kanton Luzern



Im Kanton Luzern wurden in den letzten Jahren vermehrt eigenständige Angebote an Tages- oder Nachtstrukturen, die nicht von Pflegeheimen betrieben werden, auf- und ausgebaut: So standen 2016 im Kanton 43 Plätze in 9 „ambulanten“ Einrichtungen zur Verfügung (Kanton Luzern 2017: 22). Diese eher kleinen Einrichtungen betreuen mehrheitlich Menschen mit Demenz. Entsprechend dem Krankheitsbild ihrer Klientinnen und Klienten ist ihre Pflegestruktur dadurch charakterisiert, dass sie neben den verrechenbaren Pflegeleistungen umfangreiche Betreuungsleistungen erbringen, die nicht unter die Pflegefinanzierung fallen. Diese werden in Regel in Form von (Aufenthalts-)Pauschalen abgegolten.

Über das Angebot der Tages- und Nachtstrukturen im Kanton, die an Pflegeheime angegliedert sind, können aufgrund der (noch) unvollständigen Datennlage bislang keine fundierten Aussagen gemacht werden.

Bedeutung von intermediären
Strukturen nimmt zu

Die Bedeutung der intermediären Strukturen allgemein nimmt – auch im politischen Diskurs – weiter zu. Gemäss Werner et al. (2016) kompensieren sie aber nicht unbedingt formelle Strukturen wie Heime oder Spitex-Organisationen. Vielmehr haben sie sich neben den genannten Strukturen als weitere wesentliche Akteure in der Versorgungskette etabliert.

Stationäre Langzeitversorgung in Pflegeheimen

Nachfolgend geht es um das Angebot stationärer pflegerischer Versorgung und darum, wie es genutzt wird. Die langzeitpflegerischen Institutionen werden allgemeinsprachlich „Alters- und Pflegeheime“ genannt. In vorliegender Analyse wird jedoch konsequent von „Pflegeheimen“ gesprochen, zumal die Untersuchung ausschliesslich die medizinisch-pflegerische Versorgung zum Gegenstand hat. Reine Altersheime sind zudem in der Luzerner Pflegelandschaft selten; im Jahr 2016 wurden zwei Angebote gezählt, unter anderem das Landwirtschaftliche Altersheim Hermolingen. Während in Alters- und Pflegeheimen die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner bei Bedarf fliessend mit medizinischer Pflege ergänzt wird, bieten reine Altersheime betagten Menschen zwar einen Heimaufenthalt mit Betreuung, jedoch ohne medizinische Pflege. Letztere wird im Bedarfsfall extern bezogen (z.B. bei einer Spitex-Organisation). Institutionen, die eine ausschliessliche Altersheim-Struktur ohne Pflegeangebot aufweisen, werden in nachfolgender Analyse nicht mitberücksichtigt.

Die Unterkapitel „Stationäre Angebote in Pflegeheimen im Kanton Luzern“ und „Finanzierung stationärer Angebote in Pflegeheimen“ nachfolgender Analyse nehmen die Perspektive des Kantonsgebiets ein, wogegen das Unterkapitel „Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung das stationäre Pflegeheimangebot?“ die Wohnbevölkerung des Kantons Luzern im Blick hat, unabhängig davon, wo diese welche Angebote nutzt. Die Analysedimension der Zeitreihen beschränkt sich auf den Zeitraum der Jahre von 2010 bis und mit 2016. Gewisse spezifische Kennzahlen (Pflegebedarf nach Pflegestufen sowie Ertragskennzahlen) sind ab 2011 verfügbar. Alle Analysen zur stationären Pflege im Kanton Luzern basieren auf der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED; → Box S. 41).

Stationäre Langzeitpflege wird vorwiegend, aber nicht ausschliesslich von Betagten genutzt

Stationäre Angebote in Pflegeheimen im Kanton Luzern

Pflegeheime bieten stationäre Langzeitpflege – kurz: Pflege – an. Ihre Leistungen umfassen neben der Pflege medizinische Betreuung, Rehabilitation, Hotellerie (Unterkunft und Verpflegung) sowie Alltagsgestaltung. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind grossmehrheitlich pflegebedürftige betagte Menschen. Teilweise wohnen jedoch auch jüngere pflegebedürftige Menschen oder Personen mit Betreuungs- aber ohne Pflegebedarf (soziale Indikation) in Pflegeheimen.

Tabelle 2.1

Stationäre Pflege: Angebot und Personal in Pflegeheimen seit 2010

Kanton Luzern

	Anzahl Institutionen	Anzahl Plätze ¹	Mittlere Auslastung in %	Personal Stellen im Jahresmittel (VZÄ)	davon Pflegepersonal in % ²	VZÄ insg. pro Bewohner/in ³	VZÄ Pflege ² pro Bewohner/in ³
2010	60	4 749	96,8	4 358	63,8	0,96	0,61
2011	61	4 800	96,5	4 425	62,3	0,96	0,60
2012	60	4 844	96,8	4 507	62,5	0,96	0,60
2013	60	4 860	96,2	4 637	65,1	0,99	0,64
2014	61	4 861	96,8	4 714	65,0	1,00	0,65
2015	62	4 894	96,4	4 732	64,7	1,01	0,65
2016	64	4 978	97,6	4 900	65,3	1,01	0,66

F11K04_T01

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

Ab 2012 inklusive Pflegeheime/-abteilungen von Klöstern

¹Anzahl am 1. Januar des Erhebungsjahrs

²Besoldungskonto '31. Pflegepersonal'

³Bewohner/innen am 31. Dezember des Erhebungsjahrs

Gemeinden sind für Bereitstellung des Pflegeangebots verantwortlich

Die stationäre Pflegeversorgung wird vom Kanton Luzern und seinen Gemeinden gemeinsam organisiert. Dabei ist der Kanton für die Pflegeheimplanung (Versorgungsplanung Langzeitpflege) sowie die Aufsicht und die Erteilung der Betriebsbewilligungen zuständig. Den Gemeinden obliegt das Bereitstellen des stationären Pflegeangebots. Letztere haben somit für eine angemessene Krankenpflege in Pflegeheimen zu sorgen.

Stationäres Pflegeplatzangebot nimmt zu

Im Kanton Luzern standen Anfang 2016 in insgesamt 64 Pflegeheimen (ohne reine Altersheime) 4'978 Plätze für Kurz- und Langzeitpflegeaufenthalte zur Verfügung (→ Tab. 2.1). Gegenüber 2010 hat sowohl die Zahl der Betriebe (+7%) als auch das Angebot an Pflegeplätzen (+5%) zugenommen. 2016 waren die Betriebe durchschnittlich zu 98 Prozent belegt. Damit lag die Auslastung über derjenigen der Vorjahre (2010–2015: 96–97%).

Pflegeplatzangebot wächst in Relation zur betagten Bevölkerung schwächer

Aufgrund der derzeitigen demografischen Entwicklung nimmt der Anteil der älteren Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung zu. Dies ist insofern von Bedeutung, als die Luzerner Wohnbevölkerung – vor allem die hochbetagte – jederzeit mit genügend Langzeitpflegeangeboten zu versorgen ist.

Pro 1000 Luzerner/innen im Alter ab 85 Jahren standen 2016 in den Pflegeheimen des Kantons Luzern insgesamt 525 Plätze zur Verfügung. Im Verhältnis zur Luzerner Wohnbevölkerung im Alter ab 85 Jahren hat sich das Angebot an Pflegeplätzen reduziert (2010: 621 Plätze). Der in den letzten Jahren zurückhaltende Ausbau des stationären Pflegeangebots respektive die Reduktion des Angebots an Pflegeplätzen im Verhältnis zur wachsenden Bevölkerungsgruppe der (Hoch-)Betagten widerspiegelt unter anderem die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, wie sie als Grundsatz im kantonalen Betreuungs- und Pflegegesetz (BPG, SRL 867) gefordert wird.

Pro Bewohner/in beschäftigen Pflegeheime 1 Vollzeitstelle

Die Pflegebedürftigkeit setzt ein, wenn mit dem Alter gesundheitsbedingte funktionelle Einschränkungen häufiger werden und die Kompetenzen und Kapazitäten, alltägliche Verrichtungen auszuführen, zunehmend schmälern. Die Luzerner Bevölkerung bleibt heute jedoch länger bei guter Gesundheit und wird später pflegebedürftig, als dies in früheren Jahren der Fall gewesen war. Sie tritt erst in einem höheren Alter in ein Pflegeheim ein und weist beim Heimeintritt einen höheren Pflegebedarf auf als früher. Dieser höhere Pflegebedarf verlangt nach höheren Personalvolumen in der stationären Pflege. Die Luzerner Pflegeheime beschäftigten 2016 insgesamt Personal im Umfang von 4'900 Vollzeitstellen. Seit 2010 (4'358 Stellen) ist der Personalbestand stetig angewachsen. Verglichen mit dem Angebot an Pflegeplätzen (+5%) hat das Personalvolumen (+12%) überdurchschnittlich zugenommen. 2016 standen pro Bewohner/in etwas mehr als 1 Vollzeitstelle (1,01) zur Verfügung; 2010 waren es 0,96 Stellen gewesen.

Berufsbilder Pflege

- **Fachpersonal:**

Dipl. Pflegefachfrau/-mann FH/HF oder DN II/AKP/KWS/PsyKP/IKP/GKP (mit/ohne Weiterbildung), Pflegefachfrau/-mann DN I, Krankenpfleger/in FA-SRK/PKP, Fachfrau/-mann Gesundheit FaGe oder Betreuung FaBe EFZ und andere Betreuungsberufe EFZ, med. Praxisassistent/in EFZ

- **Assistenz- und Hilfspersonal:**

Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA, Pflegeassistent/in FA, Pflegehelfer/in SRK, Praktikant/in (nicht in Ausbildung)

(In Analogie zu „Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime 2011“ der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz)

Personalvolumen nimmt im Pflegebereich zu und stagniert in nichtpflegerischen Bereichen

2016 waren in den Luzerner Pflegeheimen 65 Prozent der Vollzeitstellen (VZÄ) mit Pflegepersonal besetzt. Der Personaleinsatz ist hier in den letzten Jahren gewachsen: Für die Pflege wurde 2016 pro Bewohner/in Personal im Umfang von 0,66 Vollzeitstellen eingesetzt (2010: 0,61 VZÄ). Unverändert ist dagegen der Personalaufwand für Tätigkeitsbereiche ausserhalb der Pflege geblieben: Für Therapie, Administration, Hauswirtschaft sowie Gebäude- und Umgebungsunterhalt sind von 2010 bis 2016 im Durchschnitt 0,35 Vollzeitstellen pro Bewohner/in eingesetzt worden.

Jede 2. Person des Pflegepersonals verfügt über Fachausbildung

Das Personal im Pflegebereich bringt verschiedene Berufsqualifikationen mit ein. 2016 waren 48 Prozent der pflegerischen Stellen in den Luzerner Pflegeheimen mit Fachpersonal besetzt und weitere 29 Prozent mit Assistenz- und Hilfspersonal (→ Box S. 46)). Gegenüber 2010 hat sich der Anteil der Personen mit pflegerischer Fachausbildung erhöht (2010: 42%; 2016: 48%).

14 Prozent des Pflegepersonals ist in Ausbildung

Gemäss dem neuen Pflegefinanzierungsgesetz von 2011 sind die Leistungserbringer dazu verpflichtet, nicht nur genügend Personal für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung bereitzustellen, sondern auch nachhaltig solches Personal auszubilden. Der steigende Anteil der hochbetagten Wohnbevölkerung und die damit einhergehende Zunahme pflegebedürftiger Menschen führt dazu, dass die Heime in verstärktem Mass auf qualifizierte Fachkräfte angewiesen sind. 2016 lag beim Pflegepersonal in den Luzerner Heimen der Anteil der Personen in Ausbildung bei 14 Prozent; dies ist 1 Prozentpunkt mehr als 2010. Der Anteil der Personen ohne oder mit fachfremder Ausbildung hat sich im gleichen Zeitraum um die Hälfte reduziert (2010: 18%; 2016: 9%).

Mehr als die Hälfte der Heimbewohner/innen ist hochbetagt

Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung das stationäre Pflegeheimangebot?

Dass sich die Luzerner Wohnbevölkerung eines höheren Alters erfreut, länger bei guter Gesundheit bleibt und tendenziell erst in späteren Lebensjahren pflegebedürftig wird als früher, wirkt sich auf die Altersstruktur in den Pflegeheimen aus. 2016 lebten 4'870 Luzernerinnen und Luzerner in einem Pflegeheim im oder ausserhalb des Kantons (→ Tab. 2.2). Mehr als die Hälfte von ihnen war im hochbetagten Alter von 85 Jahren und mehr (56%). 39 Prozent waren 65 bis

Tabella 2.2

Stationäre Pflege: Bewohner/innen und fakturierte Tage in Pflegeheimen seit 2010

Wohnkanton Luzern

	Bewohner/innen in Pflegeheimen										Fakturierte Tage	
	Total ¹	Nach Altersgruppen in Jahren in %			Art der Aufenthalte der Eintretenden in %		Durchschnittl. Eintrittsalter in Jahren		Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		Total	davon Pflegestufe 0–2 in %
		bis 64	65–84	85+	Kurzzeit ²	Langzeit	Kurzzeit	Langzeit	Kurzzeit in Tagen	Langzeit in Jahren		
2010	4 587	4,4	42,1	53,6	28,7	71,3	81,5	82,4	33	2,8	1 669 221	...
2011	4 624	4,8	41,3	54,0	34,3	65,7	81,7	82,4	34	2,8	1 693 952	21,6
2012	4 703	4,5	41,1	54,4	35,4	64,6	82,1	82,4	29	2,8	1 715 079	22,1
2013	4 701	4,3	40,6	55,1	35,8	64,2	81,2	82,6	31	2,7	1 709 750	20,9
2014	4 755	4,1	41,1	54,9	37,8	62,2	80,7	82,5	29	2,8	1 718 215	21,2
2015	4 701	4,2	40,4	55,5	43,9	56,1	79,8	83,0	26	2,6	1 722 114	20,2
2016	4 870	4,3	39,3	56,4	46,7	53,3	80,4	83,0	28	2,8	1 747 612	18,9

F11K04_T02

Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
LUSTAT Statistik Luzern

Ab 2012 inklusive Pflegeheime/-abteilungen von Klöstern

¹Bewohner/innen am 31. Dezember des Erhebungsjahrs

²Ein Kurzaufenthalt liegt vor, wenn die Person sich vorübergehend in der Institution aufhält.

84 Jahre alt, während 4 Prozent jünger waren als 65 Jahre. Die Zahl der Luzernerinnen und Luzerner in einem Pflegeheim hat von 2010 bis und mit 2016 insgesamt um 6 Prozent zugenommen. Gewachsen ist vor allem der Anteil der Hochbetagten im Alter von 85 Jahren und mehr. Der Anteil der 65- bis 84-Jährigen hingegen ist im gleichen Zeitraum gesunken, der Anteil der bis 64-Jährigen ist unverändert geblieben.

Über die Hälfte der 95-Jährigen und Älteren lebt im Pflegeheim

Die Pflegeheimquote, also der Anteil der Wohnbevölkerung, der in einem Pflegeheim lebt, lag 2016 für die 65- bis 74-Jährigen bei 1 Prozent, und bei den 75- bis 84-Jährigen betrug sie 6 Prozent. Bei den 85- bis 94-Jährigen lag sie bei 27 Prozent und bei den 95-Jährigen und Älteren bei 58 Prozent. Die Pflegeheimquoten der 75-Jährigen und Älteren hat sich seit 2010 reduziert. Gegenüber früheren Jahren lebten also 2016 weniger Luzernerinnen und Luzerner im Alter ab 75 Jahren in einem Pflegeheim, und mehr Personen dieser Altersgruppe verblieben gesund oder mit Hilfe und Pflege zu Hause. In dieser Altersgruppe lag die Pflegeheimquote der Frauen über derjenigen der Männer.

Im Mittel erfolgt der Eintritt ins Pflegeheim im Alter von 83 Jahren

Das durchschnittliche Alter der Luzernerinnen und Luzerner, die für einen Langzeitaufenthalt ins Pflegeheim eintreten, ist in den letzten Jahren gestiegen; 2016 betrug es 83,0 Jahre (2010: 82,4 J.). Frauen treten in der Regel aufgrund ihrer tendenziell späteren Pflegebedürftigkeit später in ein Pflegeheim ein als Männer: Ihr Eintrittsalter lag 2016 im Mittel bei 83,7 Jahren, dasjenige der Männer bei 81,7 Jahren.

Männer sind beim Heimeintritt jünger als Frauen

Vom Effekt, dass sich beide Geschlechter dank der steigenden Lebenserwartung länger einer guten Gesundheit erfreuen und die Pflegebedürftigkeit respektive den Verlust ihrer Selbständigkeit erst später im Leben erfahren, haben die Männer in den letzten Jahren stärker profitiert als die Frauen (vgl. auch BFS 2017). Obwohl die Männer auch 2016 den Schritt des Heimeintritts in etwas jüngerem Alter vollzogen, hat sich ihr Eintrittsalter seit 2010 stärker erhöht als dasjenige der Frauen (2010: Männer: 80,6 J.; Frauen: 83,3 J.).

In den Pflegeheimen leben mehr Frauen als Männer

Auch wenn der Frauenanteil seit 2010 in den Pflegeheimen leicht rückläufig ist, liegt der Anteil der Bewohnerinnen immer noch über demjenigen ihrer Mitbewohner. Frauen weisen eine höhere Lebenserwartung auf als Männer und überleben ihre (Ehe-)Partner häufig. Das führt dazu, dass sie im Fall einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit seltener auf die Unterstützung ihrer Partner zählen können als umgekehrt die Männer auf die ihrer Partnerinnen. Hilfe- oder pflegebedürftige Frauen sind daher – wenn sie einmal in Pflegebedürftigkeit geraten – häufiger auf externe Hilfe oder Pflege angewiesen als Männer. Gut 2 von 3 in einem Luzerner Pflegeheim lebenden Personen waren denn 2016 auch weiblich. Dabei steigt der Frauenanteil mit steigendem Alter an: Die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen bestand 2016 etwas mehr als zur Hälfte aus Frauen. In der Altersgruppe der Hochbetagten im Alter ab 85 Jahren machten Frauen etwas mehr als drei Viertel der Bewohnerschaft aus.

Kurzzeitaufenthalte bieten Zwischenlösungen

Neben Langzeitaufenthalten in einem Pflegeheim werden auch Kurzzeitaufenthalte angeboten (→ S. 41). Zu den Kurzzeitaufenthalten wird auch die Akut- und Übergangspflege gezählt.

Kurzzeiteintritte haben sich seit 2010 mehr als verdoppelt

Die Kurzzeiteintritte von Luzernerinnen und Luzernern haben sich seit 2010 mehr als verdoppelt: 2016 wurden in den Pflegeheimen knapp 1'600 Kurzzeiteintritte gezählt – neben gut 1'800 Langzeiteintritten. Damit gingen von allen Pflegeheimeintritten 47 Prozent auf Kurzzeitaufenthalte zurück, also fast die Hälfte (2010: 29%). Während sich die Langzeiteintritte von 2010 bis 2016 um 3 Prozent erhöht haben, haben die Kurzzeiteintritte um 124 Prozent zugenommen. Ein Teil dieser Zunahme ist methodisch bedingt, da 2015 die SOMED-Statistik mit einem ausserkantonalen Betrieb ergänzt wurde, dessen Angebot auch von der

Alter der Kurzeitaufenthalter/innen ist gesunken	Luzerner Bevölkerung genutzt wird. Dieses konzentriert sich fast ausschliesslich auf Kurzeitaufenthalte (Zunahme 2010–2016 ohne diesen Betrieb: 89%).
Kurzeitaufenthalter/innen kommen vermehrt nach Krankenhausaufenthalt ins Heim	Die Kurzeitaufenthalterinnen und -aufenthalter sind in der Regel jünger als Personen, die für einen Langzeitaufenthalt in ein Pflegeheim eintreten. 2016 waren die Luzerner Kurzeitaufenthalterinnen und -aufenthalter durchschnittlich 80,4 Jahre alt. Ihr Eintrittsalter ist seit 2010 (81,5 J.) leicht zurückgegangen.
4 von 5 Kurzeitaufenthalter/innen kehren wieder nach Hause zurück	2016 begaben sich 30 Prozent der Luzerner Kurzeitaufenthalterinnen und -aufenthalter von zu Hause aus ins Pflegeheim (2010: 55%), 53 Prozent traten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ein (2010: 41%), und 16 Prozent kamen aus einem anderen Alters- oder Pflegeheim, einer sozialen Einrichtung oder von einem anderen Ort (2010: 4%).
Kurzeitaufenthalte dauern durchschnittlich 28 Tage, Langzeitaufenthalte 2,8 Jahre	Nach ihrem Kurzeitaufenthalt kehrten 80 Prozent der betroffenen Personen in ihr Zuhause zurück und 11 Prozent wechselten in eine andere Pflegeinstitution (inkl. anderer Kurzeitaufenthalt). Weitere 6 Prozent verstarben während ihres Kurzeitaufenthalts.
	Ein Kurzeitaufenthalt dauerte 2016 durchschnittlich 28 Tage; ein Langzeitaufenthalt 2,8 Jahre. Letzterer Wert ist seit 2010 unverändert geblieben, derjenige für Kurzeitaufenthalte hat sich von 33 auf 28 Tage leicht reduziert. Während die Luzernerinnen und Luzerner tendenziell in höherem Alter ins Heim eintreten, ist ihr Pflegebedarf in der Regel grösser als in früheren Jahren. 19 Prozent der für einen Langzeitaufenthalt in einem Pflegeheim lebenden Luzernerinnen und Luzerner benötigten 2016 keine oder nur wenig Pflege (bis und mit Pflegestufe 2; vgl. → Box), was maximal 40 Minuten Pflege pro Tag entspricht. 71 Prozent der Luzerner Heimbewohnerinnen und -bewohner benötigten tägliche Pflege im Umfang von 41 bis 180 Minuten (Pflegestufen 3–9), und 10 Prozent beanspruchten mehr als 180 Minuten Pflege pro Tag (ab Pflegestufe 10, wobei die Skala bei Pflegestufe 12 endet).

Pflegestufen im stationären Bereich

Die Pflegeaufwand, der bei einem stationären Aufenthalt im Pflegeheim entsteht, wird abgestuft nach Pflegestufen verrechnet. Zur Messung des Pflegebedarfs eines Klienten oder einer Klientin wird in der Deutschschweiz entweder das 12-stufige BESA-System oder das 12-stufige RAI-RUG-System herangezogen. Die Einstufung nehmen die Heime selber vor.

Die Pflegestufe 1 entspricht einem Pflegebedarf von 1 bis 20 Minuten und die Pflegestufe 2 einem Bedarf von 21 bis 40 Minuten pro Tag. In 20-Minuten-Schritten steigen die Pflegebedarfsstufen an bis zur höchsten Pflegestufe 12; sie umfasst 221 Minuten Pflege pro Tag oder mehr.

Ein Pflegeaufwand bis Pflegestufe 2 wird als niedrig angesehen. Ab einem Pflegebedarf von 60 bis 120 Minuten pro Tag (Pflegestufen 4–6) können gemäss Cosandey (2016) die ambulanten Pflegekosten die stationären Pflegekosten übersteigen, sodass sich je nach Situation ein Übertritt in ein Pflegeheim anbietet.

Luzerner Bevölkerung tritt vermehrt mit grösserem Pflegebedarf in Pflegeheim ein

Während sich der Anteil der Luzerner Heimbewohnerinnen und -bewohner ohne oder mit nur geringem Pflegebedarf in den letzten Jahren reduziert hat (2016: 19%; 2011: 24%), ist der Anteil derjenigen auf Pflegestufe 3 und höher, also mit einem Pflegeaufwand ab 41 Minuten pro Tag, gestiegen (2016: 81%, 2011: 76%). Die 2016 in ein Pflegeheim eintretenden Luzernerinnen und Luzerner erhielten in diesem Jahr im Mittel Pflege im Umfang von 81 bis 120 Minuten pro Tag (Pflegestufen 5–6). 2011 war ihr täglicher Pflegebedarf mit 61 bis 100 Minuten (Pflegestufen 4–5) noch geringer gewesen. (Vgl. auch Zunahme in der ambulanten Pflege → S. 60.)

Langzeiteintritte nach Krankenhausaufenthalten nehmen zu

Von den 1'808 Luzernerinnen und Luzernern, die 2016 für einen Langzeitaufenthalt in ein Pflegeheim eintraten, kamen 44 Prozent von zu Hause und 40 Prozent direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (→ Abb. 2.6). Bei den Langzeitaufenthalten zeigt sich dieselbe Entwicklung wie bei den Kurzeitaufenthalten: Der Anteil der Personen, die direkt nach dem Spital langfristig in ein Pflegeheim eintreten, ist in den letzten Jahren gestiegen (2010: 32%); gleichzeitig ging der Anteil der direkt von zu Hause Eintretenden zurück (2010: 53%).

Diese Entwicklungen deuten möglicherweise darauf hin, dass die Luzernerinnen und Luzerner heute – häufiger als früher – erst dann den Entschluss fassen, kurz- oder langfristig in ein Pflegeheim einzutreten, wenn der Gesundheitszustand die Rückkehr nach Hause nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr oder noch nicht erlaubt.

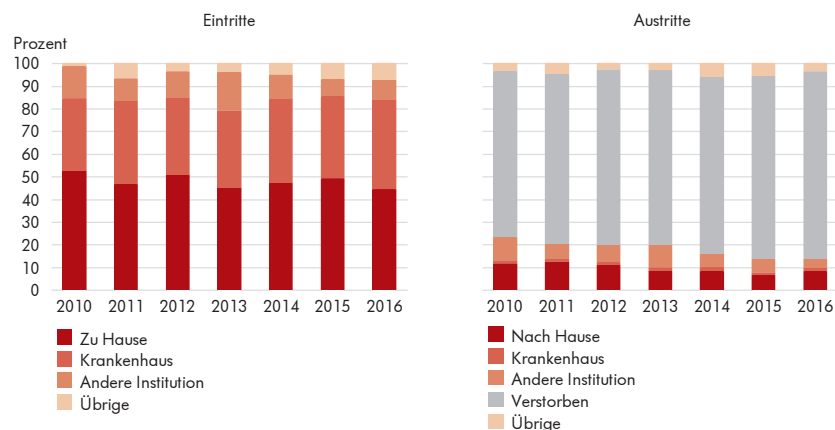
Kürzere Spitalaufenthalte führen zu mehr Unterstützungsbedarf im Anschluss an Spitalentlassung

Die Zunahme der Eintritte in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung nach einem Spitalaufenthalt dürfte unter anderem auch mit der Einführung der Fallpauschalen SwissDRG im Rahmen der KVG-Revision der Spitalfinanzierung (→ Box S. 12) zusammenhängen, welche Anreize für eine möglichst kurze akutsomatische stationäre Versorgung in den Krankenhäusern setzt

Abbildung 2.6

Stationäre Pflege: Ein- und Austritte (Langzeitaufenthalte) nach Aufenthaltsort seit 2010

Wohnkanton Luzern



F11K04G01

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

Andere Institution: Anderes Alters- oder Pflegeheim oder soziale Einrichtung

Langzeitaufenthalte werden meist durch den Tod der Bewohner/innen beendet

(zu kürzer gewordenen Spitalaufenthalten vgl. → S. 26). In der Folge hat sich in der Schweiz die Spitalverweildauer verkürzt, und es hat eine Verlagerung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die nachgelagerte Behandlungskette – also hin zu Pflegeheimen und Spitex-Organisationen – stattgefunden (Hedinger et al. 2017: 4f.). Da Patientinnen und Patienten das Krankenhaus nach kürzerer Zeit verlassen als früher, bleiben sie häufiger nach ihrem Spitalaufenthalt auf Unterstützung angewiesen.

Zurück zu den Langzeitaufenthalten: Betrachtet man die Gründe, die zur Beendigung eines Langzeitaufenthalts führen, ergibt sich folgendes Bild: Bei einem Grossteil der Langzeitbewohnerinnen und -bewohner eines Luzerner Pflegeheims endete 2016 der Aufenthalt, weil sie im Heim verstarben (82%). Die Beendigungen langfristiger Heimaufenthalte infolge des Ablebens der Bewohnerinnen und Bewohner haben in den letzten Jahren zugenommen (2010: 73%), während sich der Anteil der Wiederheimkehrenden stetig reduziert hat. 2016 kehrten 8 Prozent der Langzeitaufenthalterinnen und -aufenthalter nach Hause zurück (2010: 12%). Reduziert hat sich auch der Anteil der Personen, deren langfristiger Heimaufenthalt zum Abschluss kam, weil sie in ein anderes Pflegeheim oder eine andere Institution wechselten.

Finanzierung stationärer Angebote in Pflegeheimen

Die in Pflegeheimen anfallenden Kosten werden nach Pflegekosten im Rahmen des Pflegefinanzierungsgesetzes, Pensionskosten (Hotellerieleistungen), Betreuungskosten und übrige Kosten unterschieden und verrechnet (→ Abb. 2.7).

Gesamtkosten der Luzerner Pflegeheime steigen an

In den Pflegeheimen im Kanton Luzern entstanden 2016 Gesamtkosten von 493 Millionen Franken. Das entspricht gegenüber 2011 einem Kostenanstieg um 11 Prozent. 44 Prozent der Gesamtkosten fielen in der Pflege an, 41 Prozent in der Pension (Hotellerie), 14 Prozent in der Betreuung und 1 Prozent in übrigen

Abbildung 2.7

Stationäre Pflege: Pflegefinanzierung Kanton Luzern

Kanton Luzern

Kostenart	Pflege KVG			Pension, Betreuung
Finanzierer	Bewohner/in Maximal Fr. 21.60 / Tag	Versicherer Krankenversicherung: Fr. 9.00 pro Pflegestufe / Tag (max. Fr. 108.00 / Tag)	Gemeinden Restfinanzierung: Tarife mit Gemeinden verhandelt	Bewohner/in Tagespauschale
	Gemeinde, Kanton, Bund Ergänzungsleistungen (EL), Hilflosenentschädigung, Zusatzleistungen AHV			

Posten (→ Abb. 2.8). Die Anteile der einzelnen Kostenträger haben sich seit 2011 kaum verändert. Dennoch hat das Kostenwachstum die Kostenträger unterschiedlich betroffen. Die Pflegekosten gemäss Krankenversicherungsgesetz sind vergleichsweise geringer gewachsen (2011–2016: +6%) als die Pensions- und Betreuungskosten (+17%).

Heimkosten pro Tag sind gestiegen

Ein Heimaufenthaltstag entspricht einem fakturierten Tag. Dieser kostete 2016 in den Luzerner Pflegeheimen im Schnitt 283 Franken. Die pflegerischen Leistungen schlugen dabei mit 125 Franken zu Buche, die Pensions- und Betreuungskosten mit 155 Franken. Damit sind die Gesamtkosten seit 2011 um 22 Franken pro Tag gestiegen: Die Kosten für die tägliche Pflege haben um 4 Franken zugenommen, die Pensions- und die Betreuungskosten um 19 Franken pro Tag.

63 Prozent des Pflegeheimertrags werden durch Bewohner/innen finanziert

Dem Aufwand stellt sich bei den Luzerner Pflegeheimen 2016 ein Gesamtertrag von 497 Millionen Franken gegenüber. 63 Prozent dieses erwirtschafteten Ertrags wurden durch die Bewohnerinnen und Bewohner finanziert; sie kamen für Pensions- und Betreuungsleistungen sowie den Bewohneranteil für die Pflege auf. 19 Prozent bezahlten die Krankenversicherer und 18 Prozent die öffentliche Hand. Während die Bewohnerinnen und Bewohner 2016 gegenüber 2011 einen etwas kleineren Anteil beisteuerten (–2 Prozentpunkte), musste die öffentliche Hand etwas mehr aufwenden (+2 Prozentpunkte). Da die absoluten Erträge in der betrachteten Zeitspanne um 11 Prozent zugenommen haben, sahen sich alle Beteiligten mit Mehrbelastungen belegt.

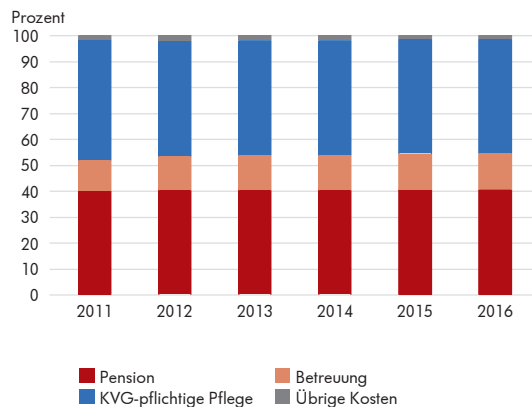
Heimbewohnerinnen und -bewohner zahlen mehr für Pensions- und Betreuungsleistungen

Die medizinische Pflege zahlen die Bewohnerinnen und Bewohner nicht aus privaten Mitteln (ausser einem max. Anteil von 21.60 Fr./Tg.), sehr wohl aber die Pensionskosten (Hotellerie) sowie die Betreuung im Heim. Der für Pensions- und Betreuungsleistungen zu bezahlende Betrag hat im Kanton Luzern im

Abbildung 2.8

Stationäre Pflege: Aufwand der Pflegeheime nach Kostenträgern seit 2011

Kanton Luzern



F11K04G02

LUSTAT Statistik Luzern

Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

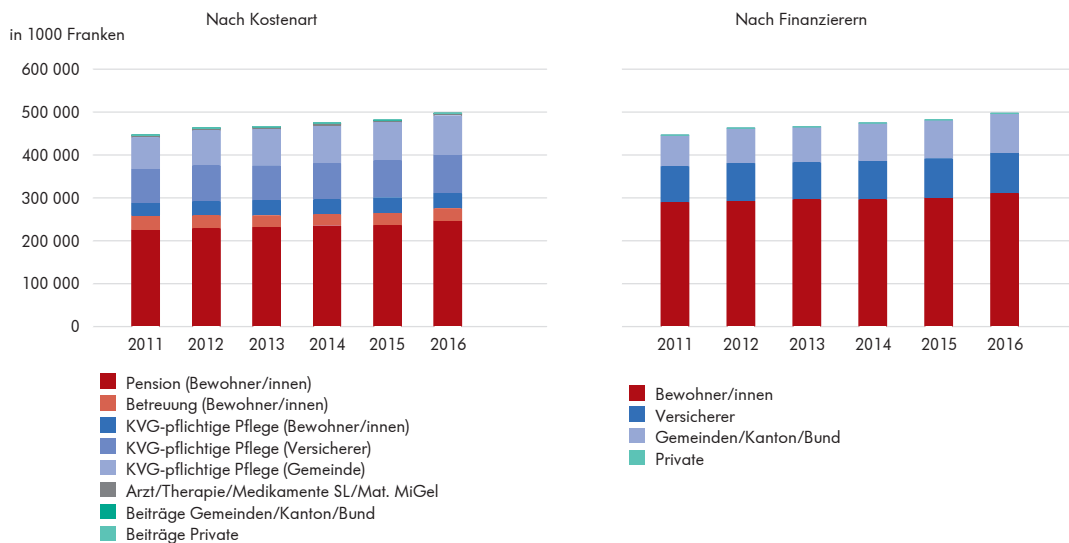
Zeitraum von 2011 bis und mit 2016 von 259 auf 276 Millionen Franken zugenommen (→ Abb. 2.9). Dies entspricht einer Zunahme von 5 Franken pro Tag (2016: 159 Fr./Tg.). Wenn die privaten Mittel nicht ausreichen, um Pension und Betreuung zu bezahlen, wird die betroffene Person mit Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und im Bedarfsfall mit weiteren Sozialleistungen unterstützt.

Insgesamt war 2016 der Gesamtertrag der Luzerner Pflegeheime zu 50 Prozent auf Pensionsleistungen, zu 44 Prozent auf Pflegeleistungen und zu 6 Prozent auf Betreuungsleistungen zurückzuführen. Weitere 1 Prozent entfielen auf weitere Beiträge der öffentlichen Hand oder von Privaten. Diese Aufteilung hat sich seit 2011 kaum verändert.

Abbildung 2.9

Stationäre Pflege: Ertrag der Pflegeheime seit 2011

Kanton Luzern





Ambulante Pflege im individuellen Umfeld

Ambulante Pflege kann professionell (formell) und informell erfolgen

Die Langzeitpflege umfasst Angebote für Personen, die längerfristig in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt sind oder gesundheitliche Probleme haben. Die Pflegeleistungen werden sowohl im stationären als auch im ambulanten Rahmen erbracht. In den nachfolgenden Ausführungen geht es ausschliesslich um den ambulanten Bereich.

Ambulant werden betroffene Pflegebedürftige vielfach von Angehörigen und Personen aus ihrem sozialen Umfeld gepflegt und betreut. Wo diese informellen ambulanten Pflegeleistungen nicht (mehr) genügend greifen, kann – anstelle der stationären Pflege – die professionelle ambulante Pflege Unterstützung bieten (auch: formelle ambulante Pflege). Im Hinblick auf die Pflegeversorgung im Kanton Luzern werden nachfolgend die formellen Strukturen der ambulanten Pflege behandelt. Formelle ambulante Pflege umfasst mehrheitlich Leistungen der Langzeitpflege, es werden jedoch auch akutpflegerische Leistungen erbracht (vgl. Glossar „Pflege“ → S. 72). Eine statistische Abgrenzung zwischen beiden ist leider nicht möglich.

Verschiedene Anbieter sorgen für ambulante Langzeitpflege

Die ambulanten Pflegeleistungen werden im Kanton Luzern durch Spitex-Organisationen oder durch selbständig tätige Pflegefachpersonen erbracht. Inhouse-Pflege und eigenständige Tages- oder Nachtstrukturen werden ebenfalls zur ambulanten Pflege gezählt, auch wenn sie im Zwischenbereich zwischen ambulanter und stationärer Pflege anzusiedeln sind und zu den intermediären Strukturen gehören (→ S. 40ff.). Unter Inhouse-Pflege werden Wohnstrukturen mit hausinternen medizinischen Pflegeleistungen verstanden (Alterssiedlungen, Seniorenresidenzen mit Betreutem Wohnen oder Wohnen mit Dienstleistungen). Zu den Tages- oder Nachtstrukturen gehören Einrichtungen, welche pflegebedürftige Personen bei Bedarf tagsüber oder nachts aufnehmen und betreuen.

Kantonsgebiet und Bevölkerung – statistische Analyse nimmt unterschiedliche Perspektiven ein

Die Unterkapitel „Ambulante Pflegeangebote im Kanton Luzern“ und „Finanzierung der ambulanten Pflegeangebote im Kanton Luzern“ nehmen die Standortperspektive des Kantonsgebiets ein, wogegen das Unterkapitel zur Frage „Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung die ambulanten Pflegeangebote?“ die Wohnbevölkerung des Kantons Luzern im Blick hat (Wohnortperspektive), unabhängig davon, wo welche Angebote genutzt werden. Dabei wird in der Regel der Zeitraum von 2010 bis 2016 betrachtet; einzelne Kennzahlen sind aber erst ab späteren Jahren als 2010 verfügbar.

Analysen basieren auf Spitex-Statistik des Kantons Luzern

Alle nachfolgend analysierten Themen zur ambulanten Pflege basieren auf der Spitex-Statistik des Kantons Luzern (→ Box S. 41). Während für die Spitex-Organisationen mit oder ohne Versorgungspflicht und für die selbständigen Pflegefachpersonen Daten ab 2010 vorliegen, werden die Inhouse-Pflege erst seit 2011 und die Tages- oder Nachtstrukturen erst seit 2015 ausgewiesen.

Ambulante Pflegeangebote im Kanton Luzern

Ambulante Pflege und Hilfe umfasst Pflege, Sozialbetreuung und Hauswirtschaft

Die Kernaufgaben der Anbieter von ambulanter Pflege im Kanton Luzern umfassen neben der Pflege Leistungen der Sozialbetreuung sowie hauswirtschaftliche Leistungen. Zum weiteren Spitex-Angebot gehören Leistungen wie Sozialdienste, Mütter-/Väterberatung, therapeutische Dienstleistungen, Fahrdienste und Notrufsysteme. Die Angebote der ambulanten Pflege und Hilfe ermöglichen es Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, trotz Pflegebedarf in ihrem angestammten Umfeld oder selbständig wohnen zu bleiben.

83 verschiedene Organisationen oder selbständige Pflegefachpersonen leisten ambulante Pflege im Kanton

Gemäss kantonaler Spitex-Statistik boten 2016 im Kanton Luzern 54 Spitex-Organisationen, 18 selbständige Pflegefachpersonen, 4 Anbieter von Inhouse-Pflege sowie 7 Anbieter von Tages- und Nachtstrukturen Leistungen im Bereich ambulanter Hilfe und Pflege an (→ Tab. 2.3). Von den 54 Luzerner Spitex-Organisationen hatten 32 eine Versorgungspflicht – das heisst, bei ihnen handelt es sich um öffentliche oder gemeinnützige Organisationen mit einem Leistungsauftrag seitens einer oder mehrerer Gemeinden – und 22 verfügten über keine Versorgungspflicht. Letztere sind im Kanton Luzern in der Regel als private respektive gewinnorientierte Unternehmen organisiert. Alle ambulanten Leistungsanbieter, die Pflegeleistungen erbringen und gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG abrechnen, müssen über eine Betriebsbewilligung verfügen, stehen unter Aufsicht der Gemeinden und handeln die Tarife ihrer Pflegeleistungen mit diesen aus (vgl. Einleitung → S. 4ff.).

Tabelle 2.3

Ambulante Pflege: Angebot und Personal seit 2010

Kanton Luzern

Jahr	Anzahl Organisationen/ Personen	Personal			Jahr	Anzahl Organisationen/ Personen	Personal		
		Total Stellen (VZÄ) ¹	davon Fachpersonal in %	Stellen (VZÄ) pro Klient/in oder Fall			Total Stellen (VZÄ) ¹	davon Fachpersonal in %	Stellen (VZÄ) pro Klient/in oder Fall
Insgesamt					Selbständige Pflegefachpersonen				
2010	56	464	...	0,05	2010	8	5	...	0,05
2011	61	486	...	0,05	2011	8	4	...	0,06
2012	66	506	...	0,05	2012	10	6	...	0,04
2013	70	549	62,6	0,06	2013	11	6	100,0	0,03
2014	61	608	64,2	0,06	2014	10	7	100,0	0,03
2015	68	691	64,0	0,06	2015	12	8	100,0	0,03
2016	83	755	63,9	0,07	2016	18	11	100,0	0,03
Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht					Inhouse-Pflege				
2010	42	401	65,1	0,05	2011	3	6	...	0,06
2011	40	417	66,1	0,05	2012	3	7	...	0,06
2012	40	431	64,5	0,05	2013	3	9	38,1	0,05
2013	37	454	64,8	0,05	2014	3	10	43,5	0,06
2014	32	493	67,2	0,06	2015	3	11	50,3	0,07
2015	32	539	67,2	0,06	2016	4	15	76,2	0,06
2016	32	563	65,4	0,06					
Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht					Tages- oder Nachtstrukturen				
2010	6	58	...	0,21	2015	6	25	52,6	0,11
2011	10	60	...	0,18	2016	7	26	60,1	0,11
2012	13	62	...	0,14					
2013	19	81	50,2	0,14					
2014	16	99	48,9	0,14					
2015	15	107	49,4	0,13					
2016	22	140	54,5	0,13					

F11_K05_T01

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: LUSTAT – Spitex-Statistik

Datenstand: 20.07.2017

Ohne Lungenliga Zentralschweiz

Inhouse-Pflege seit 2011, Tages- oder Nachtstrukturen seit 2015

¹ Anzahl Spitex-Stellen im Jahresmittel ohne Leitung/Administration
Ergebnisse, die auf weniger als 3 Klienten/-innen beruhen, werden nicht ausgewiesen.

Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht erfüllen Leistungsauftrag einer oder mehrerer Gemeinden

Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht erfüllen einen Leistungsauftrag, den sie mit einer oder mehreren Gemeinden vereinbart haben. Dazu gehören die Vorgaben, alle Versorgungsaufträge unabhängig der Wirtschaftlichkeit zu übernehmen und jederzeit über genügend Personal zu verfügen, um alle Klientinnen und Klienten betreuen und pflegen zu können (Spitex Schweiz 2016). Im Gegenzug profitieren die Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht in der Regel von einer höheren Restfinanzierung durch die Gemeinden und erhalten auch für weitere Leistungen Zuschüsse (z.B. Beiträge an hauswirtschaftliche Leistungen oder Elternberatungen). Organisationen ohne Versorgungspflicht weisen meist tiefere Vollkostentarife aus als diejenigen mit Versorgungspflicht; ihre für die Restfinanzierung erhaltenen Beiträge fallen deshalb tiefer aus.

Seit 2011 steigt Zahl der Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht

Die 2011 eingeführte neue Pflegefinanzierung sieht die rechtliche Gleichbehandlung der privaten und öffentlich-gemeinnützigen Leistungsanbieter vor, und beinhaltet gleiche Tarife in der Pflege für Klienten/-innen und Versicherer (jedoch nicht für die öffentliche Hand). Diese Änderung hat zu einer Zunahme der Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht, die mehrheitlich privatrechtlich organisiert sind, und der selbständigen – ebenfalls privaten – Pflegefachpersonen geführt: 2016 waren im Kanton Luzern 16 Organisationen ohne Versorgungspflicht und 10 Pflegefachpersonen mehr tätig, als dies im Jahr 2010 der Fall gewesen ist. Bei den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht hingegen hat die Zahl der Organisationen in derselben Zeitspanne von 42 auf 32 abgenommen. Dies ist jedoch einzig auf die Fusion bestehender kleinerer Organisationen zurückzuführen.

Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht haben im Kanton Luzern vermehrt fusioniert

Wie in der ganzen Schweiz haben sich in den letzten Jahren auch im Kanton Luzern öffentliche respektive gemeinnützige Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht vermehrt zusammengeschlossen. Einerseits vermögen grössere Einheiten künftigen Anforderungen nach spezialisierterer Pflege und Betreuung besser gerecht zu werden. Darunter fallen Pflegeangebote wie Palliative Care, Abend- und Nachtdienst, psychiatrische Pflege, Betreuung von Menschen mit Demenz und von komplexeren Pflegefällen wie Krebspatientinnen und -patienten oder kranken Kindern. Andererseits ermöglichen die Zusammenschlüsse ein wirtschaftlicheres und effizienteres Arbeiten, um dem steigenden Kostendruck entgegenzuhalten (Knöpfel et al. 2018: 101f. und Gmür/Steiner 2015: 422).

Für ambulante Pflegeleistungen ist Personal von 755 Vollzeitstellen im Einsatz

2016 beschäftigten die ambulanten Leistungserbringer im Kanton Luzern Personal (ohne Leitung und Administration) im Umfang von 755 Vollzeitstellen (VZÄ). Hier ist das Personal für Leistungen in der Pflege wie auch in der Sozialbetreuung und Hauswirtschaft mitgezählt, da diese Angaben statistisch nicht getrennt erfasst werden. Dabei stellten Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht 563 Vollzeitstellen, Organisationen ohne Versorgungsauftrag 140 Vollzeitstellen; 15 Vollzeitäquivalente fielen auf Anbieter von Inhouse-Pflege und 26 auf solche von Tages- oder Nachtstrukturen (→ Tab. 2.3). Die 18 selbständigen Pflegefachpersonen hatten insgesamt ein Arbeitspensum von 11 Vollzeitstellen inne, was im Durchschnitt dem Arbeitspensum einer 60-Prozent-Stelle entspricht.

Personalbestand der Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht ist gewachsen

Betrachtet man die Personalentwicklung respektive die Beschäftigung über die Zeit, so zeigt sich bei den Spitex-Organisationen eine Zunahme: Bei den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht hat unter anderem aufgrund der erfolgten Fusionen die Zahl der Vollzeitstellen pro Organisation zugenommen. 2016 verfügte eine Organisation mit Versorgungspflicht im Durchschnitt über 17,6 Vollzeitstellen (2010: 9,6 VZÄ). Insgesamt betrug das Beschäf-

tigungsvolumen der Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht für ambulante Hilfe und Pflege mehr als 1,4 Mal so viel wie 2010 (2016: 563 VZÄ; 2010: 401 VZÄ).

Bei Spitex ohne Versorgungspflicht haben sowohl Zahl der Organisationen als auch Personalbestand zugenommen

Bei den Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht nahm im Zeitraum von 2010 bis 2016 neben der Anzahl der Organisationen (von 6 auf 22) auch die Stellenzahl von 58 auf 140 Vollzeitstellen zu. Die Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht wiesen mit durchschnittlich 6,4 Vollzeitstellen pro Organisation 2016 in der Regel eine geringere Grösse auf als Organisationen mit Versorgungspflicht. 2010 hatten die Spitex-Organisationen mit und ohne Versorgungspflicht im Mittel noch die gleiche Grösse ausgewiesen (je 9,6 VZÄ). Ab der Einführung der neuen Pflegefinanzierung 2011 sind neue, tendenziell kleinere Spitex-Anbieter ohne Versorgungspflicht auf den Luzerner Markt gekommen.

Personalbestand von Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht hat sich anteilmässig reduziert

Im Verhältnis zu den anderen Anbietern von ambulanter Pflege hat sich das Beschäftigungsvolumen der Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht seit 2010 verringert: Hatten diese Organisationen 2010 noch 86 Prozent des Stellenvolumens der ambulanten Langzeitpflege und -hilfe auf sich versammelt, lag entsprechender Wert 2016 bei 75 Prozent. Diese Entwicklung kann unter anderem auf neue in der Spitex-Statistik erfasste Angebote wie Inhouse-Pflege und Tages- oder Nachtstrukturen zurückgeführt werden sowie auf die Tatsache, dass Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht stellenmässig seit 2010 stärker gewachsen sind als diejenigen mit Versorgungspflicht (→ S. 57).

Anteil des eingesetzten Fachpersonals unterscheidet sich nach Organisationstyp

Als selbständige Pflegefachperson tätig zu sein, ist ausschliesslich qualifizierten Fachpersonen erlaubt. Im Gegensatz dazu setzen die weiteren Anbieter von ambulanten Leistungen neben Fachpersonen mit einer Ausbildung im Bereich Pflege oder Betreuung (→ Box S. 46) auch Personal ohne fachspezifische Ausbildung ein. Dieses kommt hauptsächlich in den Bereichen Sozialbetreuung und Hauswirtschaft zum Einsatz und weist entweder keine berufsspezifische Ausbildung aus oder hat anstelle einer Fachausbildung einen Pflege- und Betreuungskurs absolviert. Der Anteil beschäftigter Fachpersonen unterscheidet sich nach Organisationstyp. Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht wiesen 2016 – wie schon die Jahre zuvor – einen Fachpersonalanteil von 65 Prozent aus. Bei den Angeboten von Inhouse-Pflege lag der Fachpersonalanteil 2016 bei 76 Prozent und bei Tages- oder Nachtstrukturen bei 60 Prozent. Bei den Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht verfügten 55 Prozent des Personals über eine Fachausbildung im Bereich Pflege oder Betreuung. Hier liegen entsprechende statistische Daten erst seit 2013 vor: 2016 hat sich der Anteil des ausgebildeten Fachpersonals erhöht, das heisst, die Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht beschäftigten mehr Fachpersonal als in den Vorjahren.

Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht leisten mehr Pflegestunden pro Klient/in

Wie hat sich pro Klient/in die Zahl der eingesetzten Beschäftigten entwickelt? Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht setzten 2016 jeweils 0,06 Vollzeitstellen pro Klient/in ein (in der Pflege, Sozialbetreuung und Hauswirtschaft), solche ohne Versorgungspflicht 0,13 Vollzeitstellen. Bei Anbietern ohne Versorgungspflicht zeigt sich, dass sie ihre Klientinnen und Klienten, die oft auch pflegeintensiver sind als andere, häufiger über einen längeren Zeitraum betreuen. So verrechnen Anbieter ohne Versorgungspflicht jährlich pro Klient/in deutlich mehr Pflegestunden als Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht.

Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht setzen weniger Personal pro Klient/in ein als früher

Während sich bei den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht das Verhältnis zwischen Stellenvolumen und den zu betreuenden Personen in den letzten Jahren kaum verändert hat, hat sich dieses bei den Spitex-Organisationen

Bei Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht sind 15 Prozent des Personals Auszubildende

ohne Versorgungspflicht reduziert: 2010 setzten diese noch 0,21 Vollzeitstellen pro zu betreuende Person ein. Bis 2016 hat sich diese Betreuungsquote fast halbiert und betrug jetzt 0,13 Vollzeitstellen pro Klient/in. Gleichzeitig sind auch die verrechneten Pflegestunden pro Klient/in bei diesen Organisationen zurückgegangen. Beides deutet auf kürzere Einsätze hin.

Das Pflege- und Betreuungsgesetz (SRL 867) des Kantons Luzern verlangt, dass unter anderem auch in der ambulanten Pflege genügend qualifiziertes Pflegepersonal ausgebildet wird. Organisationen, die dieser Ausbildungspflicht nicht nachkommen, entrichten einen entsprechenden Beitrag, der an Betriebe verteilt wird, die Betreuungs- und Pflegepersonal ausbilden. Im Kanton Luzern gilt seit 2014 sowohl für Spitex-Organisationen mit als auch für solche ohne Versorgungspflicht eine Ausbildungsverpflichtung. 2016 waren bei den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht 15 Prozent des eingesetzten Personals Auszubildende. Bei Organisationen ohne Versorgungspflicht waren 9 Prozent der Beschäftigten Personen in Ausbildung.

Wie nutzt die Luzerner Bevölkerung die ambulanten Pflegeangebote?

Nachfolgende Analysen konzentrieren sich auf die pflegerischen Leistungen der ambulanten Leistungserbringer. Leistungen in der Hauswirtschaft und Sozialbetreuung wie auch weitere Spitex-Leistungen (Transport- und Mahlzeiten-dienst etc.) bleiben ausgeklammert. Zudem werden, da in der Spitex-Statistik die geleisteten Pflegestunden von Inhouse-Anbietern erst seit 2011 und jene von Tages- oder Nachtstrukturen erst seit 2015 erfasst werden, bei den Langzeitvergleichen die Inhouse-Pflege und Tages- und Nachtstrukturen nicht mit einbezogen. Werden jedoch die neusten Zahlen aus dem Jahr 2016 betrachtet, berücksichtigt die Analyse alle ambulanten Leistungserbringer.

Frauen beziehen häufiger ambulante Pflegeleistungen als Männer, insbesondere mit steigendem Alter

2016 erbrachten die ambulanten Leistungserbringer im Kanton Luzern bei 7'929 Luzernerinnen und Luzernern ambulante Pflege (→ Tab. 2.4). Frauen benötigen häufiger ambulante Pflegeleistungen als Männer (zum Geschlechterverhältnis in Pflegeheimen vgl. → S. 48). 2016 waren 6 von 10 ambulante

Tabelle 2.4
Ambulante Pflege: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen seit 2010
Wohnkanton Luzern

	Klienten/-innen in der Pflege				Leistungsstunden in der Pflege				Leistungsstunden pro Klient/in	
	Total	Nach Altersgruppen in Jahren			Total	Nach Art der Dienstleistung				
		bis 64	65–79	80+		Akut-/Übergangspflege	(Langzeit-)Pflege Abklärung/ Beratung	Untersuchung/ Behandlung		Grundpflege
2010	6 378	1 617	1 866	2 895	354 882	55,6
2011	6 224	1 502	1 802	2 920	341 020	—	67 050	79 235	190 320	54,8
2012	6 682	1 633	1 935	3 114	375 008	—	16 170	121 502	237 335	56,1
2013	6 788	1 683	1 919	3 186	401 961	41	20 632	135 974	245 315	59,2
2014	6 890	1 687	1 941	3 262	450 799	25	25 018	150 866	274 890	65,4
2015	7 552	1 933	2 072	3 547	508 221	12	28 071	170 492	309 647	67,3
2016	7 929	2 163	2 143	3 623	568 235	43	34 456	191 260	342 476	71,7

F11K05_T02

LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: LUSTAT – Spitex-Statistik

Ohne Lungenliga Zentralschweiz
Inhouse-Pflege seit 2011, Akut-/Übergangspflege seit 2013, Tages- oder Nachtstrukturen seit 2015

Anteil der jüngeren Klientinnen und Klienten mit ambulanter Pflege wächst	<p>gepflegten Personen Frauen. In allen betrachteten Altersgruppen machten die Frauen mehr als die Hälfte der Klientenschaft aus, und der Frauenanteil stieg mit dem Alter an: Bei den Bis-64-Jährigen waren 54 Prozent der ambulant gepflegten Personen Frauen, bei den 80-Jährigen und älteren 65 Prozent.</p> <p>Von 2010 bis und mit 2016 hat die Zahl der Luzernerinnen und Luzerner, die ambulante Pflegeleistungen (ohne Inhouse-Pflege und Tages- oder Nachtstrukturen) erhalten haben um 18 Prozent zugenommen. Fast jede zweite Person, die ambulant gepflegt wurde, war 80 Jahre alt oder älter. Jeweils gut jede vierte Person war jünger als 65 Jahre oder zwischen 65 und 79 Jahren. Überdurchschnittlich war der Zuwachs bei den Klientinnen und Klienten im Alter bis und mit 64 Jahren, unterdurchschnittlich bei den 65- bis 79-Jährigen; der Anteil der Klientinnen und Klienten im Alter ab 80 Jahren ist unverändert geblieben. Der Anstieg bei den bis und mit 64-jährigen Personen ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Spitex-Organisationen mit und ohne Versorgungspflicht sowie selbständige Pflegefachpersonen in den letzten Jahren vermehrt Personen nach einem Spitalaufenthalt respektive nach operativen Eingriffen betreuten (Hedinger et al. 2017: 4f.). (Zu kürzer gewordenen Spitalaufenthalten vgl. → S. 26.)</p>
17 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen ab 80 Jahren erhalten ambulante Pflege	<p>Mit zunehmendem Alter steigt der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen: 2016 bezogen von den im Kanton Luzern wohnhaften 65- bis 79-jährigen Männern und Frauen 4 respektive 5 Prozent ambulante Pflegeleistungen. Bei den 80-jährigen und älteren betrug der entsprechende Anteil 17 respektive 19 Prozent.</p>
60 Prozent der ambulanten Pflege fällt auf Grundpflege	<p>Die Luzerner Bevölkerung beanspruchte 2016 insgesamt rund 568'200 Stunden ambulante Pflegeleistungen. 60 Prozent dieser Stunden betrafen Leistungen der Grundpflege, in 34 Prozent der Stunden wurden Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt, und 6 Prozent der Stunden wurden für Abklärungen und Beratungen eingesetzt. Seit 2012 ist das Verhältnis der aufgewendeten Pflegedienstleistungsarten relativ konstant geblieben.</p>
Von Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen geleistete Pflegestunden nehmen zu	<p>Die Luzerner Spitex-Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen leisteten im Jahr 2016 gut 537'800 Pflegestunden, 52 Prozent mehr als 2010. Das Leistungsvolumen ist bei allen Spitex-Anbietern gewachsen, wobei der Zuwachs bei den Organisationen ohne Versorgungspflicht aufgrund des Angebotsausbaus grösser war: Seit 2010 haben Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht 22 Prozent mehr Pflegestunden geleistet, solche ohne Versorgungspflicht 262 Prozent mehr und die selbständigen Pflegefachpersonen haben ihr Angebot um 205 Prozent erhöht.</p>
Inhouse-Pflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen leisten 5 Prozent des ambulanten Pflegevolumens	<p>In der Spitex-Statistik werden seit 2011 auch die geleisteten Pflegestunden von Inhouse-Pflege-Anbietern und seit 2015 auch diejenigen von Tages- oder Nachtstrukturen erfasst. 2016 leisteten die Anbieter von Inhouse-Pflege rund 15'900 Pflegestunden, diejenigen von Tages- oder Nachtstrukturen knapp 14'500 Stunden. In der SOMED-Statistik werden weitere 2'500 Pflegestunden von an Pflegeheime angegliederten Tages- und Nachtstrukturen ausgewiesen, die hier nicht mitberücksichtigt werden. Zusammen umfassen die Inhouse-Pflege und die Tages- und Nachtstrukturen insgesamt 6 Prozent aller Pflegestunden, die in der formellen ambulanten Pflege erbracht werden.</p>
Ein ambulanter Pflegeeinsatz dauert im Mittel 5,7 Monate	<p>2016 erhielt eine Luzerner Klientin respektive ein Luzerner Klient im Durchschnitt 72 Stunden ambulante Pflege (ohne Akut- und Übergangspflege). Der Pflegeeinsatz dauerte im Durchschnitt 5,7 Monate. Die durchschnittliche Anzahl der pro Klient/in geleisteten Pflegestunden hat sich in den letzten Jahren laufend erhöht: 2010 hatte sie noch 56 Stunden pro Person betragen.</p>

Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht leisten längere Pflegeeinsätze als solche mit Versorgungspflicht

Je älter die zu Betreuenden, je grösser der ambulante Pflegebedarf

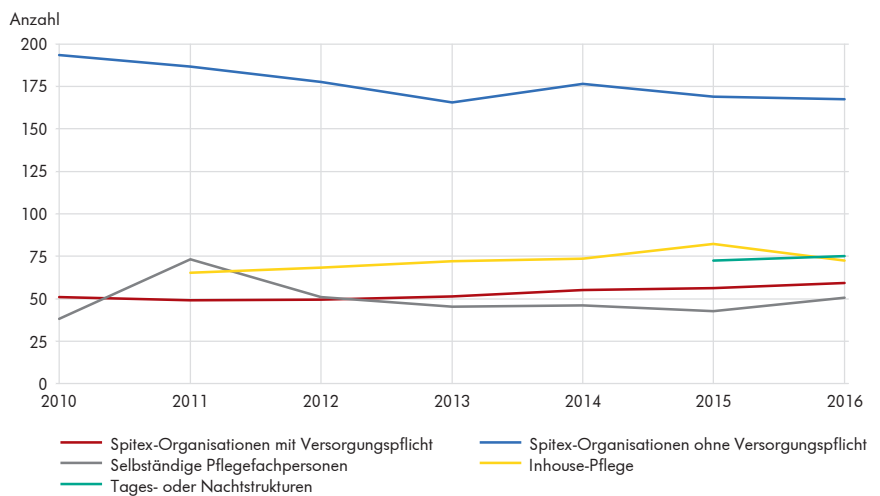
Im Alter ab 80 Jahren erhalten Frauen mehr ambulante Pflege

Ihre Einsätze deuten darauf hin, dass Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht dazu tendieren, ökonomisch attraktive Aufträge zu übernehmen. Sie leisten im Mittel mehr Pflegestunden pro Klient/in und pflegen betreffende Personen über eine längere Zeitdauer: Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht pflegten ihre Klientinnen und Klienten 2016 durchschnittlich 59 Stunden, solche ohne Versorgungspflicht 167 Stunden lang. Bei Letzteren dauerte die Pflege im Mittel 6,3 Monate. Die Einsätze der Organisationen mit Versorgungspflicht dauerten hingegen im Durchschnitt 5,5 Monate (→ Abb. 2.10).

Die Zahl der Pflegestunden steigt mit dem Alter der Klientinnen und Klienten an: Während die bis und mit 64-Jährigen durchschnittlich 60 Stunden Pflege erhielten, waren es bei den 65- bis 79-Jährigen 65 Stunden und bei den 80-Jährigen und Älteren 83 Stunden. Mit steigendem Alter nimmt auch die Pflegedauer zu: Die Klientinnen und Klienten im Alter ab 80 Jahren wurden im Mittel während 6,4 Monaten gepflegt, die 20- bis 64-Jährigen durchschnittlich 4,8 Monate.

Das geleistete Pflegestundenvolumen in Stunden pro gepflegte Person ist seit 2010 bei allen Altersgruppen angestiegen, wobei dieser Anstieg bei den Bis-64-Jährigen stärker ausfiel als bei den 65-Jährigen und Älteren. Frauen und Männer haben im Durchschnitt pro Person ungefähr gleich viele Pflegestunden benötigt, wobei jüngere pflegebedürftige Männer (bis und mit

Abbildung 2.10
Ambulante Pflege: Leistungsstunden in der Pflege pro Klient/in seit 2010
 Wohnkanton Luzern



F11K05G01

LUSTAT Statistik Luzern
 Datenquelle: LUSTAT – Spitex-Statistik

Ohne Lungenliga Zentralschweiz
 Inhouse-Pflege seit 2011, Tages- oder Nachtstrukturen seit 2015

64 Jahre) tendenziell etwas länger gepflegt worden sind als gleichaltrige pflegebedürftige Frauen. Bei den 80-Jährigen und Älteren haben die Frauen hingegen im Durchschnitt stundenmässig etwas mehr Pflegeleistungen erhalten.

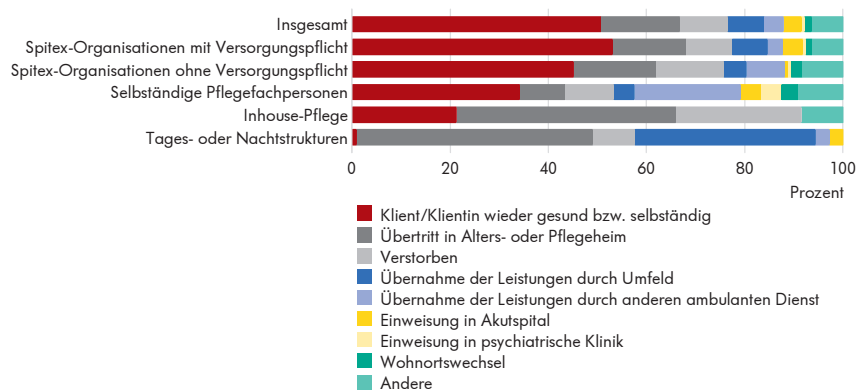
Nach Beendigung eines Einsatzes ist gut die Hälfte der Betreuten wieder gesund oder selbständig

Bei gut 5'600 Personen der rund 7'900 Klientinnen und Klienten, die 2016 im Kanton Luzern ambulante Pflege in Anspruch nahmen, wurde das Pflegeverhältnis noch während desselben Jahres wieder beendet. Gut die Hälfte der von einer Spitex-Organisation mit oder ohne Versorgungspflicht oder einer selbständigen Pflegefachperson gepflegten Personen (52%) waren nach Beendigung der ambulanten Pflege wieder gesund beziehungsweise selbständig (→ Abb. 2.11). Zu 7 Prozent verstarben die Klientinnen und Klienten, und bei 34 Prozent erfolgte entweder ein Übertritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung, ein Spital oder die ambulante Pflege wurde anderweitig weitergeführt, zum Beispiel durch Angehörige oder durch einen anderen Spitex-Dienst.

Inhouse-Pflege und Pflege in Tages- oder Nachtstrukturen wird häufig durch einen Heimeintritt beendet

Die weiteren Anbieter ambulanten Pflege – Inhouse-Pflege und Tages- oder Nachtstrukturen – bieten ein etwas anderes Angebot an als die Spitex-Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen: In den sogenannten Tages- oder Nachtstrukturen, in welchen vor allem Menschen mit Demenz gepflegt und betreut werden, wurde das Pflegeverhältnis 2016 selten aufgrund der wiedergewonnenen Gesundheit oder Selbständigkeit beendet; ein Übertritt ins Heim war der häufigste Grund, das ambulante Pflegeverhältnis abzuschliessen. Auch die Inhouse-Pflege wurde am häufigsten aufgrund des Wechsels in eine stationäre Einrichtung beendet.

Abbildung 2.11
Ambulante Pflege: Austritte nach Austrittsgrund 2016
 Wohnkanton Luzern



Finanzierung der ambulanten Pflegeangebote im Kanton Luzern

Die im Kanton Luzern ansässigen Spitex-Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen, Tages- oder Nachtstrukturen und Inhouse-Pflegeanbieter generierten 2016 Kosten von gut 89 Millionen Franken. Diese umfassen nicht nur die Kosten für pflegerische Leistungen, sondern auch für Leistungen in der Hauswirtschaft/Betreuung oder für weitere Spitex-Leistungen wie Mahlzeiten- oder Fahrdienste (→ Abb. 2.12). Die vorliegenden Daten der Spitex-Statistik lassen momentan keine vollständige Auftrennung dieser Kosten zu.

Ambulante Pflege kostet jährlich gut 89 Millionen Franken

Von den gut 89 Millionen Franken Gesamtkosten, welche bei den ambulanten Anbieter von Langzeitpflege 2016 entstanden, fielen knapp 60 Prozent für die Löhne in den Kernbereichen Pflege, Hauswirtschaft und Sozialbetreuung an (→ Abb. 2.13). Die Löhne in den Bereichen Mahlzeitendienst und weitere Spitex-Leistungen verursachten 0,5 Prozent und die Löhne des Personals für Administration und Verwaltung weitere 9 Prozent der Kosten. 13 Prozent fielen für Zahlungen für Sozialleistungen und übrigen Personalaufwand an. Sachaufwände inklusive Entschädigungen für Austauschpersonal (Personalausleihe) machten 18 Prozent der Gesamtkosten aus. Die ambulante Pflege ist sehr personalintensiv; im Vergleich zur stationären Pflege ist der Sachaufwand viel geringer, da weniger Kosten für Gebäude und Infrastruktur anfallen.

Kosten für ambulante Pflege haben seit 2011 um 40 Prozent zugenommen

Die Gesamtkosten haben im ambulanten Bereich seit 2011 um 50 Prozent zugenommen (→ Abb. 2.14). Insbesondere die Kosten der Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht und der selbständigen Pflegefachpersonen sind im Zug des Angebotsausbaus stark gestiegen. Die Kostenanteile haben sich seit 2011 beinahe unverändert auf die jeweiligen Bereiche verteilt.

Abbildung 2.12

Ambulante Pflege: Pflegefinanzierung Kanton Luzern

Kanton Luzern

Kostenart	Pflege KVG			Hauswirtschaft, Betreuung
Finanzierer	Klient/in Maximal Fr. 15.95 / Tag	Versicherer Krankenversicherung (OKP) Abklärung/Beratung: Fr. 79.80 / h Untersuchung, Behandlung: Fr. 65.40 / h Grundpflege: Fr. 54.60 / h	Gemeinden Restfinanzierung: Tarife mit Gemeinden verhandelt	Klient/in Stundentarif
Gemeinde, Kanton, Bund Ergänzungsleistungen (EL), Hilflosenentschädigung, Zusatzleistungen AHV Subventionierte Tarife Hauswirtschaft/Betreuung (Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht)				

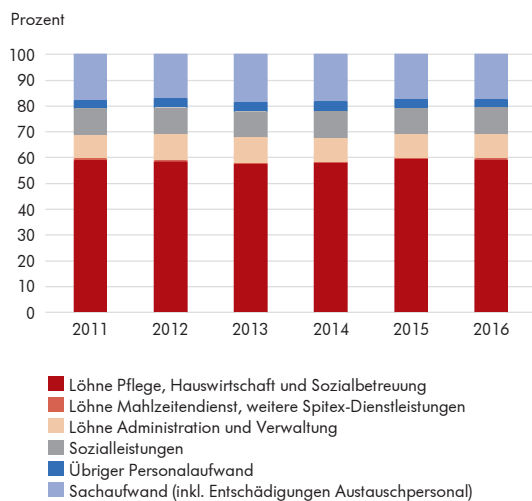
Rund drei Viertel des Ertrags der ambulanten Leistungserbringer geht auf Pflegeleistungen zurück

Die im Kanton Luzern tätigen Spitex-Organisationen, selbständigen Pflegefachpersonen, Tages- oder Nachtstrukturen sowie Inhouse-Pflegeanbieter erwirtschafteten 2016 einen Gesamtertrag von 90 Millionen Franken (→ Abb. 2.15). Gegenüber dem Jahr 2011 hat sich damit der erwirtschaftete Ertrag für Leistungserbringer in der ambulanten Pflege um 48 Prozent erhöht. 66 Millionen waren Vergütungen für Pflegeleistungen, knapp 10 Millionen Erträge für Hauswirtschaft und Sozialbetreuung. 4 Millionen brachten der Mahlzeitendienst und weitere Spitex-Dienstleistungen ein. Die restlichen 10 Millionen wurden durch Beiträge der öffentlichen Hand für nichtpflegerische Leistungen, Spenden und Beiträge Privater eingenommen.

Ein Viertel des Gesamtertrags wird durch Klientenschaft selbst erbracht

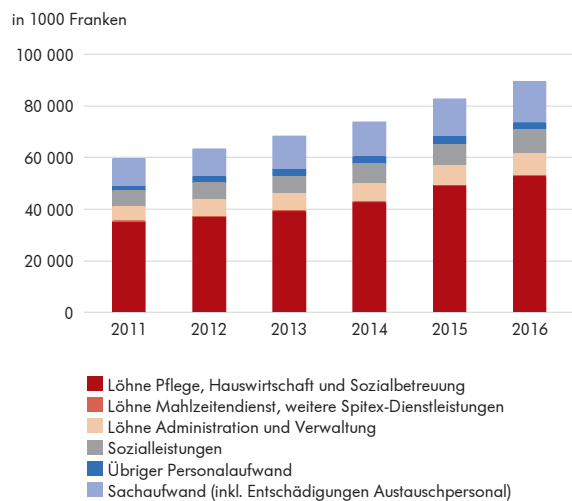
40 Prozent oder 36 Millionen Franken des Gesamtertrags wurde von den Versicherern der Klientinnen und Klienten für pflegerische Leistungen vergütet. Mit Versicherern sind primär die Krankenversicherer gemeint, aber auch die Unfall- oder Invalidenversicherung übernimmt Pflegekosten. 31 Prozent der Spitex-Erträge wurden durch die Gemeinden vergütet, was einem Betrag von knapp 28 Millionen Franken entspricht. Davon fielen 21 Millionen auf die Restfinanzierung der Pflege und knapp 7 Millionen auf Gemeindebeiträge für nichtpflegerische Leistungen wie die Subventionierung hauswirtschaftlicher Leistungen. 26 Prozent oder 23 Millionen Franken wurden von den Klientinnen und Klienten selber bezahlt; 9 Millionen als Klientenbeteiligung der pflegerischen Leistungen und 14 Millionen für hauswirtschaftliche oder weitere Spitex-Leistungen. 4 Prozent (3 Mio. Fr.) waren auf Spenden oder Beiträge von Privaten zurückzuführen.

Abbildung 2.13
Ambulante Pflege: Aufwand seit 2011
Standort Kanton Luzern



F11K05G05 LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: LUSTAT – Spitex-Statistik
Ohne Lungenliga Zentralschweiz
Tages- oder Nachtstrukturen seit 2015

Abbildung 2.14
Ambulante Pflege: Aufwand seit 2011
Standort Kanton Luzern



F11K05G03 LUSTAT Statistik Luzern
Datenquelle: LUSTAT – Spitex-Statistik
Ohne Lungenliga Zentralschweiz
Tages- oder Nachtstrukturen seit 2015

Krankenversicherer finanzierten in den letzten Jahren etwas mehr, Klientenschaft etwas weniger des Gesamtertrags; Gemeinden trugen unveränderten Anteil

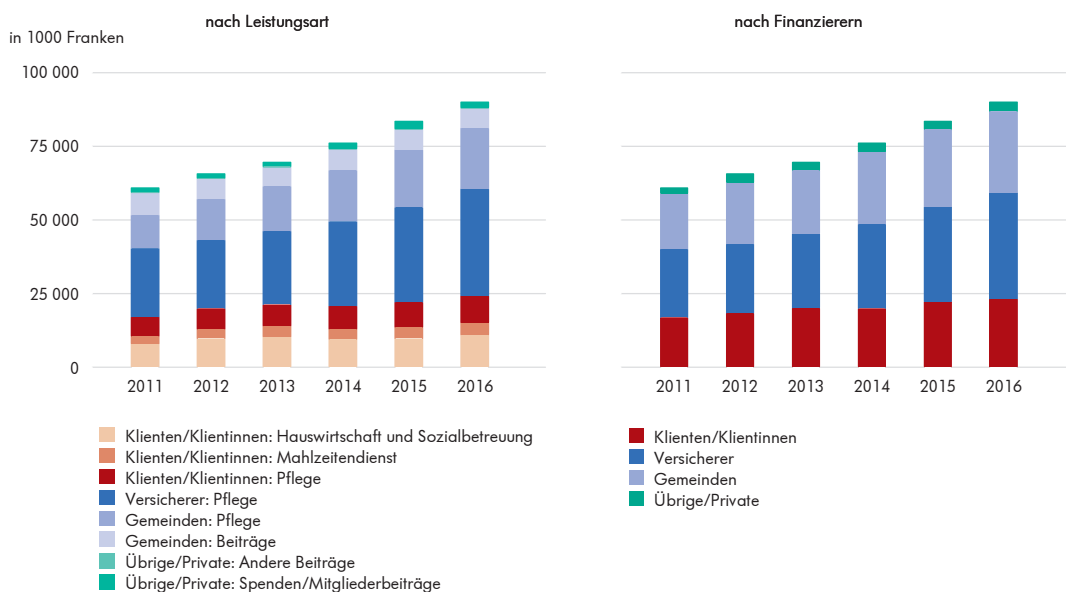
Seit 2011 hat sich der erwirtschaftete Ertrag für ambulante Leistungserbringer um 37 Prozent erhöht (→ Abb. 2.15). Einerseits hat der von den Versicherern bezahlte Anteil zugenommen (2011: 38%; 2016: 40%), andererseits hat sich der von den Klientinnen und Klienten bezahlte Kostenanteil leicht reduziert (2011: 27%; 2016: 26%). Der von den Gemeinden subventionierte Kostenanteil ist beinahe unverändert bei 31 Prozent geblieben. Der Anteil für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen hat jedoch in diesem Zeitraum zugenommen (2011: 19%; 2016: 23%), während andere Gemeindebeiträge entsprechend gesunken sind (2011: 12%; 2016: 7%).

Angebot im ambulanten Bereich nimmt stärker zu als im stationären

Ambulante Langzeitpflege wächst stärker als stationäre

In der Langzeitpflege ist in den letzten Jahren das Angebot im ambulanten Bereich weitaus stärker ausgebaut worden als im stationären Bereich. In der ambulanten Pflege hat seit 2010 die Stellenzahl, in welcher den Luzernerinnen und Luzernern Personal für Hilfe und Pflege zu Hause (inkl. Inhouse-Pflege) sowie in Tages- oder Nachtstrukturen zur Verfügung steht, um 63 Prozent zugenommen; die Plätze in Luzerner Pflegeheimen hingegen haben um 5 Prozent zugenommen. Im Verhältnis zur Einwohnerzahl hat die Platzzahl jedoch abgenommen: Wird die Anzahl Plätze ins Verhältnis zu den 85-jährigen oder älteren Luzernerinnen und Luzernern gesetzt, so ist es zwischen 2010 und 2016 zu einem Rückgang von 15 Prozent gekommen (→ Abb. 2.1, S. 36). Bei der ambulanten Pflege hat das Angebot im Vergleich zur Wohnbevölkerung zugenommen, und zwar um 52 Prozent (Stellenzahl pro 1000 Luzerner/innen).

Abbildung 2.15
Ambulante Pflege: Ertrag nach Leistungsart und Finanzierern seit 2011
 Kanton Luzern



Ambulante Angebote werden vermehrt genutzt

Diese Entwicklung lässt sich auch in der Nutzung der Angebote beobachten. Wird die Gesamtheit aller von Luzernerinnen und Luzernern in Anspruch genommenen – und statistisch erfassten – Pflegestunden betrachtet, so zeigt sich, dass im Jahr 2016 insgesamt rund 3,5 Millionen Stunden pflegerische Leistungen verrechnet wurden. Dies sind rund 13 Prozent mehr als 2011. Das Wachstum des Pflegestundenvolumens war bei den verschiedenen Pflege-Anbietern von unterschiedlicher Art: So haben im stationären Bereich die Pflegestunden von Langzeitaufhalten in Pflegeheimen um 6 Prozent zugenommen und von Kurzeitaufhalten (inkl. Akut-/Übergangspflege) um 25 Prozent. Im ambulanten Bereich sind die Stunden für pflegerische Leistungen bei Spitex-Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen um insgesamt 60 Prozent gestiegen und in der Inhouse-Pflege um 139 Prozent. Die eigenständigen Tages- oder Nachtstrukturen werden erst seit 2015 vollständig erfasst, weshalb deren Entwicklung noch nicht ausgewiesen werden kann.

Mit dem starken Wachstum im ambulanten Pflegebereich ist der Anteil der für Langzeitaufhalte im stationären Bereich verrechneten Pflegestunden von 87 Prozent (2011) auf 82 Prozent (2016) gesunken. Währenddessen ist der Anteil der von Spitex-Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen erbrachten ambulanten Pflegestunden von 11 Prozent auf 15 Prozent gestiegen. Kurzeitaufhalte kamen 2016 auf einen Anteil von 2 Prozent und Inhouse-Pflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen auf je 0,5 Prozent (→ Abb. 2.16).

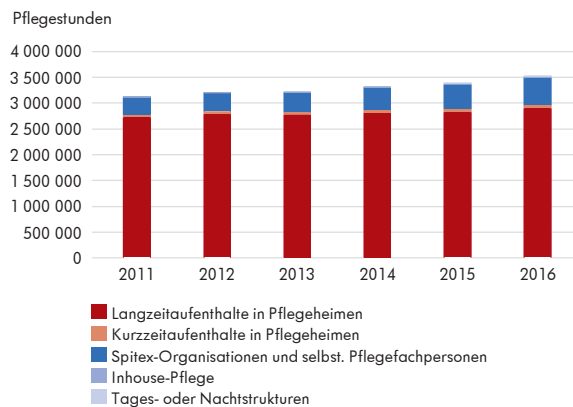
Ambulante Kosten steigen stärker als stationäre

Eine Folge dieser Entwicklung zeigt sich bei den Kosten. Der finanzielle Aufwand der Luzerner Pflegeheime ist seit 2011 um 11 Prozent gestiegen (→ Abb. 2.8, S. 52), während dieser im ambulanten Bereich um ein Vielfaches mehr zugenommen hat, nämlich um 50 Prozent (→ Abb. 2.14, S. 64).

Abbildung 2.16

Ambulante und stationäre Pflege: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen seit 2011

Wohnkanton Luzern



F11K06G05 LUSTAT Statistik Luzern
 Datenquelle: BFS – Statistik der sozialmed. Institutionen, LUSTAT – Spitex-Statistik
 Tages-/Nachtstrukturen seit 2015

Berechnung Pflegestunden: Die stationär abgerechneten Pflegeetage wurden mithilfe der zugeteilten Pflegestufe in Pflegestunden umgerechnet, um sie mit den ambulant verrechneten Stunden zu vergleichen.

SYNTHESE

Breites ambulantes und stationäres Gesundheitsversorgungsangebot im Kanton Luzern

Im Jahr 2016 wurden 56'300 stationäre Hospitalisierungen in einem der 4 Luzerner Akutspitäler gemeldet. Daneben wurden 784'000 ambulante Konsultationen in den Spitälern durchgeführt. Im Bereich der Langzeitpflege standen der Luzerner Bevölkerung 4'978 Plätze in 64 Pflegeheimen für einen stationären Aufenthalt zur Verfügung. Und bei 54 Spitex-Organisationen und weiteren Anbietern ambulanter Pflege kümmerten sich die Beschäftigten in insgesamt 755 Vollzeitstellen um die Pflege der Luzerner Bevölkerung ausserhalb von Spitälern und Heimen. Neben der akutsomatischen Versorgung in den Spitälern, der Langzeitpflege in Pflegeheimen und der Pflege durch ambulante Leistungserbringer wie Spitex stellen psychiatrische und Reha-Kliniken, Arztpraxen sowie viele weitere Gesundheitsdienstleister der Luzerner Bevölkerung ihre Dienste zur Verfügung; diese stehen in vorliegender Analyse jedoch nicht im Fokus der Betrachtung.

Im Bereich der Langzeitpflege wurde im Kanton Luzern lange auf stationäre Pflege gesetzt

Sowohl in der Akutsomatik als auch in der Langzeitpflege verfolgt der Kanton Luzern den Grundsatz „ambulant vor stationär“. In der Akutsomatik ist das Verhältnis zwischen ambulant und stationär behandelten Patientinnen und Patienten ähnlich dem schweizerischen Mittel. Und mit dem Bund tendiert der Kanton Luzern dahin, den Anteil ambulanter Behandlungen weiter zu erhöhen.

Im Bereich der Langzeitpflege stützt der Kanton Luzern wie die gesamte Zentralschweiz traditionell auf die stationäre Pflege ab. Ambulante Leistungen, wie zum Beispiel die Spitex sie anbietet, werden hier seltener in Anspruch genommen als in der lateinischen Schweiz oder in der Gesamtschweiz. Auch hier unternimmt der Kanton jedoch Anstrengungen, die ambulanten Alternativen zu stärken. Den Grundsatz „ambulant vor stationär“ hatte er bereits im Altersleitbild 2010 festgehalten. Seit 2017 ist dieser Grundsatz zudem im Luzerner Betreuungs- und Pflegegesetz festgeschrieben.

Ambulanter und stationärer Bereich wachsen beide

Obwohl die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich angestrebt wird, fand in den letzten Jahren nicht primär diese Verlagerung statt, sondern ein unterschiedlich starkes Wachstum der beiden Bereiche – dies hauptsächlich aufgrund der demografischen Alterung (Bereich Pflege) und eines Leistungsausbaus (Akutsomatik). Sowohl im Bereich der Akutsomatik als auch im Bereich der Langzeitpflege zeigen die statistischen Daten aber, dass der ambulante Bereich stärker gewachsen ist als der stationäre Bereich.

Im Langzeitpflegebereich werden ambulante Dienstleistungen vermehrt genutzt

In der Langzeitpflege ist in den letzten Jahren das Angebot im ambulanten Bereich weitaus stärker ausgebaut worden als im stationären Bereich. Diese Entwicklung lässt sich auch in der Nutzung der Angebote beobachten. Die seit 2011 von der Luzerner Bevölkerung in Anspruch genommenen Pflegestunden sind im ambulanten Bereich (Spitex-Organisationen und selbständige Pflegepersonen) um 60 Prozent angestiegen. Im stationären Bereich sind in diesem Zeitraum in den Pflegeheimen 6 Prozent mehr Pflegestunden für Langzeitaufenthalte und 25 Prozent mehr Pflegestunden für Kurzaufenthalte geleistet worden.

Im Spitalbereich nehmen ambulante Konsultationen stärker zu als stationäre Aufenthalte

Im Spitalbereich hat die Rate der stationären Hospitalisierungen pro 1000 Einwohner/innen seit 2013 um 7 Prozent zugenommen. Derweil sind die ambulanten Konsultationen um 13 Prozent angewachsen.

Bei ausgewählten chirurgischen Eingriffen setzt Luzern bereits heute auf ambulant

Ab dem Jahr 2019 werden schweizweit 9 chirurgische Eingriffe – sofern es die medizinischen Umstände zulassen – zur ambulanten Behandlung vorgeschrieben. Damit soll das Verlagerungspotenzial vom stationären in den ambulanten Bereich stärker ausgeschöpft werden. Die Luzerner Daten um diese 9 chirurgischen Eingriffe sind in der Analyse dargestellt.

gischen Eingriffe zeigen einerseits, dass im Vergleich zur Gesamtschweiz im Kanton Luzern bereits heute vermehrt ambulant behandelt wird (LU 2015: 74%, CH 2015: 58%), und andererseits, dass im Kanton Luzern die Verlagerung in den ambulanten Bereich durchaus stattfindet (LU 2015: 74%, 2012: 71%).

Mehr Heimeintritte und vermehrte Spitex-Nutzung aufgrund früherer Entlassungen aus dem Spital

Die Eintritte in ein Pflegeheim nach einem Spitalaufenthalt, sei es für einen Kurz- oder einen Langzeitaufenthalt, wie auch die Nutzung von ambulanter Pflege im Anschluss an einen solchen haben in den letzten Jahren zugenommen. Eine gewichtige Ursache dafür dürfte in der neuen Spitalfinanzierung liegen. Im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurden 2012 die Fallpauschalen SwissDRG eingeführt. Die Abrechnung nach Fallpauschalen setzt in den Akutspitälern Anreize für eine möglichst kurze stationäre Versorgung und damit für eine frühe Entlassung der Patienten in die nachgelagerte Versorgungskette oder nach Hause. Im Kanton Luzern hat sich die Spitalverweildauer seit 2012 weiter verkürzt, und es wechseln insbesondere mehr hochbetagte Personen nach einem Spitalaustritt in ein Pflegeheim über. Andererseits betreuen die Spitex-Organisationen und die selbständigen Pflegefachpersonen seither mehr jüngere Klientinnen und Klienten im Alter bis und mit 64 Jahren.

Immer weniger Personen mit nur leichtem Pflegebedarf in Pflegeheimen

Die Luzernerinnen und Luzerner treten heute später in ein Pflegeheim ein als noch vor ein paar Jahren, und der Anteil von Personen mit nur leichtem Pflegebedarf ist in den Pflegeheimen rückläufig. Dies dürfte eine Folge der vermehrten Nutzung ambulanter Pflege sein, die der Bevölkerung ermöglicht, trotz Pflegebedürftigkeit in ihrer privaten Umgebung zu bleiben.

ANHANG

Glossar

- Akutpflege** Akutpflege versteht sich als pflegerische und therapeutische Massnahmen bei einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Verschlechterung einer chronischen Erkrankung. Diese sind an eine ärztliche Diagnose gebunden. Sie wird meist in einem Spital (→ Akutspital) erbracht, kann aber über eine begrenzte Zeit auch ambulant oder in einem Pflegeheim erfolgen. Vgl. auch → Langzeitpflege.
- Akutsomatik** Behandlungen körperlicher Krankheiten, Unfälle und Geburten ohne psychische Krankheiten und ohne Massnahmen der medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen. Akutsomatische Behandlungen werden in → Akutspitalern (inkl. → Geburtshäuser) vorgenommen und umfassen medizinische, therapeutische und pflegerische Massnahmen (→ Akutpflege).
- Akutspital/Akutkrankenhaus** Krankenhaus mit dem Versorgungsschwerpunkt → akutsomatischer Behandlungen. Dazu zählen allgemeine Krankenhäuser sowie Spezialkliniken in den Bereichen Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie.
- Akut- und Übergangspflege (AÜP)** Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) richtet sich an Personen, deren akute gesundheitliche Probleme bekannt und stabilisiert sind und die keine therapeutischen und pflegerischen Leistungen in einem → Akutspital mehr benötigen. Sie erhalten in der AÜP vorübergehend qualifizierte Pflege, fachliche Betreuung und therapeutische Massnahmen (z.B. im Bereich der Mobilität), um ihre Selbstpflegekompetenz zu erhöhen, sodass sie die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen können (Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz BPV; SRL Nr. 867a). Die Finanzierung der AÜP erfolgt gemäss Regeln der Spitalfinanzierung; die Leistungen der AÜP müssen spitalärztlich verordnet werden.
- Alterswohnungen** Auf die Bedürfnisse älterer Personen ausgerichtete und eigens für diese Klientel angebotene Wohnungen mit altersgerechtem Wohnraum (Curaviva 2014: 5).
- Aufenthaltsdauer, durchschnittliche** Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wird berechnet, indem die Anzahl → Pfl egetage (Akutsomatik; Pflege: Aufenthaltstage) durch die Anzahl → Austritte dividiert wird. In der → Akutsomatik wird zudem ein allfälliger administrativer Urlaub von den Pfl egetagen subtrahiert. Bei psychiatrischen Kliniken werden nur Austritte mit einem Aufenthalt unter einem Jahr berücksichtigt.
- Aufenthaltstage** → Pfl egetage
- Austritt (Fall/Hospitalisierung)** Ein Fall beziehungsweise eine stationäre Hospitalisierung entspricht einem Austritt während des Jahrs. Wird eine Person mehrmals in demselben Jahr hospitalisiert respektive aus der Hospitalisierung entlassen, werden die einzelnen Spitalaufenthalte als separate Fälle gezählt.
- Behandlung, spitalambulante** Als spitalambulante Behandlung gilt eine Behandlung im Krankenhaus, wenn diese weniger als 24 Stunden dauert, kein Bett über Nacht belegt wird, weder ein Transfer in ein anderes Spital noch ein Todesfall erfolgt. Spitalambulante Behandlungen können die Form von Pflegeleistungen (→ Akutpflege), Operationen, Untersuchungen oder therapeutischen Massnahmen haben. Ambulante → Notfallleistungen, die durch ein Notfallzentrum oder die Ärztenotfallpraxis eines → Akutspitals erbracht werden, gelten ebenfalls als spitalambulante Behandlungen.

Behandlung, stationäre	Behandlung, Untersuchung oder Pflege (→ Akutpflege) während mindestens 24 Stunden im Bett eines Krankenhauses. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlungen.
Behandlungspflege	In der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV SR 832.112.31, Art. 7, Abs. 2) werden in der Pflege a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, b) Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Behandlungspflege) und c) Massnahmen der Grundpflege unterschieden. Die Behandlungspflege umfasst (im Gegensatz zur → Grundpflege) medizinische Massnahmen, wie Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht), Einführungen von Sonden und Kathetern, Spülen und Reinigen von Wunden, Überwachung von Infusionen usw.
Betreutes Wohnen	Auch Wohnen mit Service oder Dienstleistungen genannt. Individuelles Wohnen in einer → Alterswohnung in Verbindung mit weiteren professionellen Dienstleistungen wie Verpflegung, Unterstützung im Haushalt, soziale Betreuung, Pflege, Kultur oder Freizeit (Curaviva 2014: 5).
Chirurgie	Die Chirurgie behandelt Krankheiten und Verletzungen durch direkte Einwirkung auf den Körper der Patientinnen und Patienten (Unterbereiche sind Herz-, Gefäss- oder orthopädische Chirurgie).
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation. Medizinische Klassifikation zur Erfassung der Haupt- und Nebenbehandlungen in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mittels Codes zu den einzelnen Eingriffen.
Fall	→ Austritt
Fallpauschale	Jeder akutstationäre Spitalaufenthalt (→ Behandlung, stationäre) wird anhand von bestimmten Kriterien wie Diagnosen, Behandlungen oder Alter einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen. Dies ergibt die Fallpauschale.
Fall(un)abhängige Kosten/Erlöse	→ Kosten/Erlöse, fall(un)abhängige
Geburtshaus	Geburtshäuser sind Anstalten, die Schwangere und Paare während der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Zeit mit dem Säugling umfassend begleiten und betreuen. Sie zeichnen sich insbesondere durch ihre Unabhängigkeit von klinischen Institutionen aus. Hebammen tragen in der Regel die geburtshilfliche Leitung, wobei die angebotenen Leistungen durch professionelle Zusammenarbeit im medizinischen und psychosozialen Bereich vervollständigt werden kann.
Grundpflege	Die Grundpflege umfasst (im Gegensatz zur → Behandlungspflege) Tätigkeiten, welche die Klientinnen und Klienten nicht mehr selber ausführen können, wie Hilfe bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, Beine einbinden usw. oder Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung.
Hauptdiagnose	Gemäss WHO der Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin respektive des Patienten war.
Hauptkostenstelle	→ Kostenstelle
Kantonale Spitalliste	→ Spitalliste, kantonale
Hauptbehandlung	Als Hauptbehandlung gilt im Rahmen der Hauptdiagnose derjenige Behandlungsprozess (chirurgische, medizinische oder diagnostische Massnahme), wel-

	cher für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war.
Informelle Hilfe und Pflege	Hilfe bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben oder Pflege durch das soziale Umfeld der betroffenen Person (Familie, Nachbarn, Bekannte usw.). Informelle Hilfe und Pflege wird somit ausserhalb des Gesundheits- und Sozialsystems und in der Regel durch Nichtfachpersonen geleistet.
Inhouse-Pflege	Leistungen, welche von den Anbietern einer Wohnstruktur ausschliesslich hausintern angeboten werden (Alterssiedlungen, Seniorenresidenzen, Betreutes Wohnen). Auch: Spitin oder Inhouse-Spitex genannt.
Inhouse-Spitex	→ Inhouse-Pflege
Innere Medizin	Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten, beispielsweise der Atmungsorgane (Pneumologie), des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie), des Stütz- und Bindegewebes (Rheumatologie) oder von Tumoren (Onkologie).
Intermediäre Strukturen	Intermediäre Strukturen erbringen Leistungen, die an einem bestimmten Ort zwischen zwei festen Einrichtungen, das heisst zwischen dem Lebensort zu Hause und einer sozialmedizinischen Institution (z.B. Pflegeheim), erbracht werden; dies im Gegensatz zu intermediären oder ambulanten Leistungen, die nicht an einen fixen Ort gebunden sind (Werner et al., 2016, S. 12). Beispiele von intermediären Strukturen sind → Tages- oder Nachtstrukturen, → Betreutes Wohnen oder → Kurzzeitplätze in Pflegeheimen.
Invalidenversicherung (IV)	Die IV unterstützt – unter anderem als Finanzierer von Spitalleistungen – Personen mit Beiträgen oder mit Renten, die aufgrund von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall behindert sind und aufgrund ihrer Behinderung keiner oder nur teilweise einer Erwerbsarbeit nachgehen können.
Klientenbeteiligung	→ Pflegefinanzierung
Kosten/Erlöse, fallabhängige	Als fallabhängige Kosten oder Erlöse werden Kosten bezeichnet, die konkret den ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen zugewiesen werden können.
Kosten/Erlöse, fallunabhängige	Fallunabhängige Kosten beziehungsweise Erlöse sind Kosten für Lehre und Forschung oder Beiträge der öffentlichen Hand für gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie Kosten und Erlöse aus Nebenbetrieben oder aus nicht auf die Patientenschaft bezogenen Aufträgen des Spitals.
Kostenrechnung	Eine Kostenrechnung führt von einer Kostenarten-, über eine Kostenstellen- zu einer Kostenträgerrechnung. Die Kostenartenrechnung beantwortet die Frage, welche Kosten in einem Betrieb entstanden sind (Personal- und Sachkosten), die Kostenstellenrechnung, wo die Kosten entstanden sind (Gebäude, Energie, Verpflegung, Hauswirtschaft, Pflege etc.). Die Kostenträgerrechnung zeigt auf, wofür die Kosten entstanden sind (Hotellerieleistungen, Pflegeleistungen usw.) und wer sie bezahlt (Klient/in, Versicherer, Gemeinden/Kantone).
Kostenart	→ Kostenrechnung
Kostenstelle	In der → Akutsomatik bezeichnet die Kostenstelle die Variable, die im Rahmen einer stationären oder ambulanten Spitalbehandlung den beanspruchten Leistungsbereich bezeichnet. Die Spitalleistungen werden dabei in Bereiche wie → Innere Medizin, → Chirurgie oder → Pädiatrie aufgeteilt. Allgemein und für die → Langzeitpflege vgl. → Kostenrechnung.
Kostenträger	In der → Akutsomatik bezeichnet der Kostenträger den Hauptfinanzierer, der für die Kosten der Leistungen einer stationären oder ambulanten Spitalbehandlung im Wesentlichen aufkommt (z.B. KVG, IV, UV). Allgemein und für die → Langzeitpflege vgl. → Kostenrechnung.

Krankenversicherung, obligatorische	Die obligatorische Krankenversicherung sichert mit der Grundversicherung die gesamte Bevölkerung gegen die finanziellen Folgen eines Krankheitsfalls ab und ermöglicht damit den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Personen. Das Obligatorium ist gesamtschweizerisch seit dem 1. Januar 1996 in Kraft.
Kurzzeitaufenthalt	Bei einem Kurzzeitaufenthalt hält sich eine Person vorübergehend respektive zeitlich befristet in einer Institution auf. Im Gegensatz dazu ist ein Langzeitaufenthalt unbefristet angelegt. Kurzzeitaufenthalter/innen können → Kurzzeitplätze belegen oder aber freie „Langzeitplätze“, die bei Bedarf für Kurzzeitaufenthalte genutzt werden.
Kurzzeitplätze	Kurzzeitplätze sind Personen vorbehalten, die sich nur vorübergehend beziehungsweise zeitlich befristet in einer Institution aufhalten (→ Kurzzeitaufenthalt). Es kann sich dabei um stationäre Entlastungsplätze, Plätze der → Akut- und Übergangspflege, Notfallplätze oder Überbrückungsplätze (Überbrückung, bis ein Platz im gewünschten Pflegeheim frei wird oder bis eine Rückkehr nach Hause möglich ist) handeln.
KVG-pflichtige Leistung	Leistung, die über die obligatorische Krankenversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgegolten wird
Langzeitaufenthalt im Spital	Ein Aufenthalt in einem Spital gilt dann als Langzeitaufenthalt, wenn nach medizinischer Indikation weder eine Behandlung und Pflege noch eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist. Solche Fälle werden gemäss den Tarifverträgen mit → Pflegeheimen verrechnet.
Langzeitpflege	Langzeitpflege umfasst die Pflege über einen längeren Zeitraum zu Hause, im Pflegeheim sowie in → intermediären Strukturen. Langzeitpflege zielt darauf ab, eine optimale Lebensqualität zu erhalten oder zurückzugewinnen. Es handelt sich dabei sowohl um → Grundpflege wie auch um → Behandlungspflege und die dazugehörige Abklärung, Beratung und Koordination.
Langzeitpflege, stationär	Stationäre Langzeitpflege wird in Pflegeheimen oder Pflegewohngruppen erbracht. Davon abzugrenzen ist die stationäre Pflege in → Akutspitälern und in der Akutpsychiatrie. Im Krankenversicherungsgesetz wird dafür der Begriff „Krankenpflege im Pflegeheim“ verwendet. Kennzeichnend ist, dass der Pflegebedarf voraussichtlich langfristig besteht.
Langzeitpflege, ambulant	Ambulante Langzeitpflege wird zu Hause durch → Spitex-Organisationen oder durch → selbständige Pflegefachpersonen erbracht. Auch die Pflege, die in → intermediären Strukturen geleistet wird, zählt zur ambulanten Pflege. Kennzeichnend ist, dass der Pflegebedarf voraussichtlich langfristig besteht. Davon abzugrenzen sind die ambulante Behandlungspflege in Spitälern und die gemeindeintegrierte (psychiatrische) Akutbehandlung (GiA).
Neonatologie	Behandlung von erkrankten Neugeborenen und von Frühgeborenen
Notfall	Aus Sicht des Spitals nichtgeplanter Aufenthalt eines Patienten oder einer Patientin im Spital.
Ophthalmologie	Augenheilkunde
Oto-Rhino-Laryngologie	Hals-Nasen-Ohren-Medizin
Pädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin
Palliative Care	Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende verschaffen.
Pauschale	→ Fallpauschale
Pflege	→ Akutpflege, → Akut- und Übergangspflege, → Langzeitpflege
Pflegefachpersonen, selbständige	→ Selbständige Pflegefachpersonen

Pflegefiananzierung	Das Pflegefinanzierungsgesetz ist seit dem 1. Januar 2011 in der gesamten Schweiz in Kraft. Darin wird die Aufteilung der Langzeitpflegekosten auf die Sozialversicherungen (KV, UV, MV, IV), die versicherte Person (Klientenbeteiligung) und den → Restfinanzierer (Kanton oder Gemeinde) geregelt. Die Versicherer zahlen einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen. Die versicherte Person leistet eine Eigenbeteiligung von maximal 20 Prozent des höchsten Versicherertarifs (stationär: max. 21,60 Franken pro Tag, ambulant: max. 15,95 Franken pro Tag).
Pflegetage	In der → Akutsomatik werden Pflegetage wie folgt berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum. In der → Langzeitpflege entspricht diese Berechnung den Aufenthaltstagen. Als Pflegetage werden in der Langzeitpflege lediglich diejenigen Aufenthaltstage bezeichnet, an denen KVG-pflichtige Pflege erbracht und verrechnet wurde.
Referenztarif	Tarif für stationäre Spitalleistungen, wenn die Behandlung im Wohnkanton durchgeführt wird. Bei einer ausserkantonalen Behandlung in einem nicht auf der → Spitalliste geführten Spital beteiligen sich der Wohnkanton und die Krankenversicherer höchstens bis zum festgelegten Referenztarif an den Spitalkosten. Ein allfälliger Fehlbetrag muss die Patientin oder der Patient mittels Zusatzversicherung oder selber finanzieren.
Restfinanzierung	Die Kosten der Pflegeleistungen, die nicht von den Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person (Klientenbeteiligung) gedeckt sind, werden von Kanton oder Gemeinden übernommen (→ Pflegefinanzierung). Im Kanton Luzern entrichtet die Wohnsitzgemeinde diesen – sogenannten – Restfinanzierungsbeitrag für die ambulante und für die stationäre Pflege (Betreuungs- und Pflegegesetz BPG; SRL Nr. 867).
Selbständige Pflegefachpersonen	Pflegefachpersonen dürfen mit entsprechender Berufsausübungsbewilligung seitens Kanton selbständig beziehungsweise freiberuflich Pflegeleistungen erbringen und diese gemäss → Pflegefinanzierungsgesetz in Rechnung stellen.
Spitalbetten	Zahl der durchschnittlich pro Tag belegten Betten im Spital (Anzahl Bettenbetriebstage dividiert durch 365 Tage)
Spitalliste, kantonale	Jeder Kanton führt eine Liste mit inner- sowie ausserkantonalen Spitälern, welche die Abdeckung des Bedarfs an medizinischen Leistungen für die Kantonsbevölkerung gewährleisten sollen.
Spitex	Spitex bedeutet „spitalexterne Hilfe und Pflege“. Spitex-Dienste bieten diese nicht im Spital oder Heim an, sondern am Wohnsitz der Hilfe- oder Pflegebedürftigen. Zu den Spitex-Leistungserbringern zählen im engeren Sinne → Spitex-Organisationen und → selbständige Pflegefachpersonen. Innerhalb der Spitex-Statistik werden als weitere ambulante Leistungserbringer auch → Inhouse-Pflege und → Tages- oder Nachtstrukturen erfasst.
Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht	Organisationen der → Spitex mit Versorgungspflicht verfügen über einen Leistungsauftrag von einer oder mehreren Gemeinden. Sie verpflichten sich, jede Patientin und jeden Patienten zu versorgen, auch wenn diese sich weit vom Stützpunkt entfernt befinden oder nur einen kurzen Einsatz verlangen. Im Kanton Luzern sind Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht ausschliesslich öffentliche oder gemeinnützige Organisationen.
Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht	Im Gegensatz zu → Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht verfügen die Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht über keinen Leistungsauftrag. Sie sind nicht verpflichtet, jeden Auftrag seitens einer Patientin oder eines Patienten anzunehmen. Sie dürfen mit entsprechender Bewilligung ihre Leistungen gemäss → Pflegefinanzierungsgesetz in Rechnung stellen.
Spitin	→ Inhouse-Pflege

Stationäre Behandlung	→ Austritt
SwissDRG	Beim Fallpauschalensystem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie → Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und → pauschal vergütet. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG erfolgte per 1. Januar 2012.
Tages- oder Nachtstrukturen	Tages- oder Nachtstrukturen gehören zu den → intermediären Strukturen. Es handelt sich bei ihnen um Einrichtungen, in denen pflegebedürftige Personen vorübergehend tagsüber oder auch nachts aufgenommen werden, um pflegende Angehörige für eine kurze Zeit zu entlasten. Vielfach sind Tages- oder Nachtstrukturen auf Demenzerkrankungen spezialisiert.
TARMED	Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen. Der TARMED ist ein Einzelleistungstarif mit über 4'500 Einzelpositionen, der 2004 eingeführt wurde.
Unfallversicherung (UVG)	Nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) ist die Unfallversicherung für alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmenden obligatorisch. Die Unfallversicherung – unter anderem als Finanzierer von Spitalleistungen – hilft, den Schaden wiedergutzumachen, der bezüglich Gesundheit und Erwerbstätigkeit entsteht, wenn Versicherte verunfallen oder beruflich erkranken.
Vollzeitäquivalent (VZÄ)	Auf Vollzeitstellen umgerechnetes Arbeitsvolumen. Beispiele: Eine dauernd zu 40 Prozent angestellte Person entspricht 0,4 VZÄ; oder: In einem Betrieb arbeiten 2 Personen mit einem Beschäftigungsgrad von je 50 Prozent; der Betrieb zählt also 2 Beschäftigte und weist 1 VZÄ aus.
Wohnen mit Dienstleistungen/Service	→ Betreutes Wohnen

Literatur

- Berger, Stefan / Bienlein, Martin / Schürch, David / Wegmüller, Bernhard (2015): Spitäler. In: Oggier, Willi (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Eine aktuelle Übersicht. Bern, S. 393–411.
- Bundesamt für Statistik (2018): Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Ausserkantonale Hospitalisierungen 2006–2016. BFS Aktuell April 2018. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2017): Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS, Version 6.2 vom 6.10.2017. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel.
- Caminada, Markus / Reinhard, Marcel / Cuénoud, François et al. (2015): Tarife und Tarifverhandlungen. In: Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017: Eine aktuelle Übersicht. Bern, S. 429–446.
- Cosandey, Jérôme (2016): Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Kantonsmonitoring 7. Avenir Suisse, Zürich.
- Curaviva Schweiz (2016): Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva Schweiz. Bern.
- Curaviva Schweiz (2014): Wohnformen im Alter. Eine terminologische Erklärung. Bern.
- Dutoit, Laure / Füglistler-Dousse, Sylvie / Pellegrini, Sonia (2016): Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle. Obsan Bulletin 13/2016. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Gmür, Rahel / Steiner, Philip (2015): Spitex. In: Oggier, Willy (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017: Eine aktuelle Übersicht. Bern, S. 413–424.
- Hedinger, Damian / Tuch, Alexandre / Widmer, Marcel (2017): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. Obsan-Bulletin 2/2017. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Neuchâtel.
- H+ Verband Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (2018): Durch gesamtheitliche Lösungsansätze zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen. Medienmitteilung vom 22. Mai 2018.
- Kanton Luzern (2017): Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025. Gesundheits- und Sozialdepartement, Luzern.
- Kantons Luzern (2015): Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnisnahme. Planungsbericht des Regierungsrats an den Kantonsrat. 20.10.2015. Luzern.
- Kanton Luzern (2010): Pflegeheimplanung 2010. Gesundheits- und Sozialdepartement, Luzern.
- Kanton Luzern (2009): Altersleitbild 2010. Gesundheits- und Sozialdepartement, Luzern.
- Knöpfel, Carlo / Pardini, Riccardo / Heinzmann, Claudia (2018): Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme. Zürich.
- Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL): Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime 2011. Curaviva Schweiz, Bern.
- Köppel Ruth (2017): Kurzaufenthalte verzögern den Eintritt ins Heim – und füllen leere Betten. Fachzeitschrift Curaviva 10/17. Curaviva Schweiz, Bern, S. 52–54.
- Roth, Sacha / Pellegrini, Sonia (2018): Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Obsan Dossier 63. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Neuchâtel.
- Roth, Sascha / Pellegrini, Sonia (2015): Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? Obsan Rapport 68. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Rüefli, Christian / Duetz, Margreet / Jordi, Michael / Spycher, Stefan: Gesundheitspolitik. In: Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017: Eine aktuelle Übersicht. Bern, S. 117–122.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018): Aufenthaltsdauer in Akutspitälern. Indikatoren. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
In: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/aufenthaltsdauer-akutspitaelern> (zuletzt aufgerufen: 20.08.2018).

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2014): Gesundheitsreport Kanton Luzern. Standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken. Obsan Dossier 36. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Schwendener, Patrick / Sommer, Philip et al. (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. PricewaterhouseCoopers Schweiz, Aarau.
- Spitex Schweiz (2016): SGK-S lehnt parlamentarische Initiative über Gleichstellung ab. Medienmitteilung vom 05.07.2016.
In: <https://www.spitex.ch/Verband/News/Gewinnorientierte-Spitex-nicht-besserstellen/orTb0LCg/P7sQ3/>.
- Werner, Sarah / Kraft, Eliane / Mohagheghi, Ramin / Meuli, Nora / Egli, Florian (2016): Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Obsan Dossier 52. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

LUSTAT Focus

- 01 Wohlstand und Armut im Kanton Luzern
Studie zur finanziellen Situation der Haushalte, Luzern 2011
- 02 Luzern im Städtevergleich
Resultate des Urban Audits für 30 europäische Städte, Luzern 2011
- 03 Das Leben im Kanton Luzern
Ergebnisse der Einwohnerbefragung 2011, Luzern 2012
- 04 Mobilität im Kanton Luzern
Rahmenbedingungen, Verkehrsverhalten, Einstellungen, Luzern 2012
- 05 Das Leben im Kanton Luzern
Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung 2013, Luzern 2014
- 06 Wohlstand und Armut im Kanton Luzern
Verteilung und Entwicklung der Erwerbseinkommen, Ausgaben der Haushalte
und staatliche Transfers, Luzern 2015
- 07 Wahlen im Kanton Luzern
Ergebnisse der Kantonsratswahlen 2015, Luzern 2015
- 08 Das Leben im Kanton Luzern
Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung 2015, Luzern 2016
- 09 Wohlstand und Armut im Kanton Luzern
Entwicklung von Einkommen und Vermögen
Armut und Armutsbekämpfung
- 10 Mobilität im Kanton Luzern
Rahmenbedingungen, Verkehrsverhalten, Einstellungen,
Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2015, Luzern 2017

Herausgeberin:
LUSTAT Statistik Luzern
Burgerstrasse 22,
Postfach 3768
6002 Luzern
Tel. 041 228 56 35
E-Mail info@lustat.ch
www.lustat.ch

ISSN 1664-0241
ISBN 978-3-906728-96-4