

Langzeitpflege im Kanton Luzern 2026–2035

Grundlagenbericht zur Versorgungsplanung

Luzern, 25. Oktober 2025

Management Summary

Die demografische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme von älteren, pflegebedürftigen Menschen lassen den Bedarf an Leistungen der Langzeitpflege in den beiden kommenden Jahrzehnten in Quantität und Qualität wachsen. Die Kantone haben gemäss Artikel 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) eine Pflegeheimplanung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Die Planung einer bedarfsgerechten stationären Langzeitpflege in Pflegeheimen kann nicht unabhängig von der zukünftigen Entwicklung ambulanter Pflege vorgenommen werden. Die Planung trägt der Tatsache Rechnung, dass pflegebedürftige Personen möglichst lange zu Hause leben und tendenziell immer später ins Pflegeheim gehen. Trotz des Ausbaus der ambulanten Angebote in den letzten Jahren gehört der Kanton Luzern weiterhin zu den Kantonen mit einer hohen Inanspruchnahmerate bei den Pflegeplätzen und mit einer tiefen entsprechenden Rate bei der ambulanten Pflege. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat im Auftrag der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) die statistischen Grundlagen für die Versorgungsplanung aufgearbeitet und drei Zukunftsszenarien für die fünf Planungsregionen erarbeitet: Referenzszenario (unverändertes Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Pflege), Normszenario Deutschschweiz (moderat steigender Anteil ambulanter Pflege), Normszenario Schweiz (stark steigender Anteil ambulanter Pflege). Die aktuelle Versorgungssituation und die Bedarfsanalyse diskutierte die DISG mit einer Echogruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von kommunalen Behörden und Leistungserbringenden.

Planung des stationären Bereichs

Das Platzkontingent in Pflegeheimen wurde aufgrund von Diskussionen mit den Planungsregionen festgelegt.

Für den Kanton Luzern sollen bis 2035 gesamthaft maximal 6262 Plätze in die Pflegeheimliste aufgenommen werden. Für die regionale Grundversorgung stehen 5925 Plätze zur Verfügung. Davon sind 3142 für die Planungsregion Luzern, 530 für die Planungsregion Seetal, 1070 für die Planungsregion Sursee, 766 für die Planungsregion Willisau und 417 für die Planungsregion Entlebuch reserviert. Pflegeheime und zuweisende Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung sind vermehrt mit Personen konfrontiert, die einen hohen Pflege- und/oder Betreuungsbedarf aufweisen. Für diese überregionale Spezialversorgung sollen daher weitere 296 Plätze in die Pflegeheimliste aufgenommen werden. Für diese Plätze wird aufgrund der aktuellen Unterversorgung – in Anlehnung an den Kanton St. Gallen – ein neues Steuerungs- und Finanzierungskonzept vorgeschlagen. Die Planung der Angebote, die Steuerung der Nutzung sowie die Finanzierung der gemäss KVG nicht gedeckten Kosten sollen zukünftig einheitlich erfolgen, um die aktuellen Fehlanreize zu eliminieren. In der Pflegeheimliste sind zudem 5 Plätze der Akut- und Übergangspflege gemäss KVG sowie 36 Plätze für Ordensfrauen aufgeführt.

Entwicklung im ambulanten Bereich

Um eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung zu gewährleisten, braucht es daher in allen Regionen einen gegenüber den vergangenen Jahren stärkeren Ausbau der ambulanten Angebote. Dies erfordert sowohl eine Zunahme der ambulanten Pflege wie auch der ambulanten Betreuung und Hilfe (Tages- und Nachtstrukturen, Betreutes Wohnen, Haushaltshilfe und weitere Dienstleistungen). Wichtig ist auch die informelle Pflege und Betreuung durch Angehörige sowie ihre Begleitung und Schulung durch Fachpersonen. Der Bedarf an ambulanter Pflege für Personen ab 65 Jahren steigt von 612'300 Stunden (im Jahr 2022) auf rund 899'290

Stunden (im Jahr 2035). Diese verteilen sich folgendermassen auf die Planungsregionen: Luzern 494'870 Stunden, Seetal 70'150 Stunden, Sursee 160'650 Stunden, Willisau 135'940 Stunden und Entlebuch 37'680 Stunden. Aufgrund der Zunahme von Einpersonenhaushalten wird pflegebedürftigen Menschen weniger informelle Hilfe zur Verfügung stehen. Daher werden künftig mehr alterungsgerechte Wohnungen benötigt und mehr Menschen von ihrem Privathaushalt in eine betreute Wohnform wechseln wollen, damit sie möglichst lange selbstbestimmt leben können.

Herausforderungen und Massnahmen

Der erforderliche Ausbau der ambulanten Angebote und der Pflegeplätze steigert den Bedarf an Fachpersonal. Unter anderem braucht es einen weiteren Ausbau der Ausbildungstätigkeit sowie flexiblere Arbeitsmodelle, um den Verbleib des Fachpersonals in der Pflege zu fördern. Aus der Sicht von pflegebedürftigen Personen ist es aber auch relevant, den gesamten Versorgungspfad zu integrieren, von der Beratung, Abklärung, Behandlung, Betreuung, Langzeitpflege bis hin zur Palliativ Care. Damit bedarfsgerechte, personenzentrierte Angebote unabhängig der finanziellen Situation der betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen zugänglich sind, ist eine verstärkte Planung und Steuerung notwendig. Im vorliegenden Bericht werden im Sinne einer Empfehlung acht prioritäre Massnahmen in kantonaler oder kommunaler Zuständigkeit für eine bedarfsgerechte Angebotsentwicklung bis 2035 abgeleitet.

Inhalt

1 Einleitung	6
2 Ausgangslage	8
2.1 Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung im Kanton Luzern	8
2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	9
2.3 Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024	12
2.4 Planungsbericht zur psychiatrischen Versorgung im Kanton Luzern 2021	14
2.5 Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025	15
2.6 Planungsbericht über soziale Einrichtungen 2024–2027	15
3 Übersicht Angebot und Nutzung von Pflegeleistungen	16
3.1 Stationärer Bereich	16
3.1.1 Inanspruchnahme der stationären Langzeitpflege	16
3.1.2 Regionales Angebot	19
3.1.3 Regionale Grundversorgung: Belegbare Plätze	21
3.1.4 Überregionale Spezialversorgung	21
3.2 Ambulanter Bereich	23
3.2.1 Spitex-Leistungen gemäss KVG	23
3.2.2 Tages- oder Nachtstrukturen	26
3.2.3 Betreutes Wohnen	27
3.3 Informelle Hilfe: Betreuung und Pflege durch Angehörige	29
4 Pflegeleistungen – zukünftiger Bedarf	31
4.1 Methode	31
4.2 Bedarf an stationärer Langzeitpflege	31
4.3 Bedarf an ambulanter Langzeitpflege	32
4.4 Bedarf an weiteren ambulanten Angeboten	34
4.4.1 Tages- und Nachtstrukturen	34
4.4.2 Betreutes Wohnen	35
4.5 Exkurs: Wohnen im Alter in Privathaushaltungen	36
5 Angebotsplanung stationäre Langzeitpflege	38
5.1 Methode	38
5.1.1 Regionale Grundversorgung	38
5.1.2 Neues Konzept für die überregionale Spezialversorgung	39
5.1.3 Pflegeleistungen von SEG-Einrichtungen	41
5.2 Planung der stationären Pflege (Pflegeheimplanung)	42
5.2.1 Regionale Grundversorgung	42
5.2.2 Überregionale Spezialversorgung	44
5.2.3 Platzzahlen für Pflegeleistungen von SEG-Einrichtungen	46
5.2.4 Platzzahlen für die stationäre Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG	46

5.3 Angebotsplanung ambulante Langzeitpflege	46
6 Aufnahme in die Pflegeheimliste	47
6.1 Aufbau der Pflegeheimliste	47
6.2 Grundsätze für Aufnahme in die Pflegeheimliste	48
6.3 Prozess Gesucheingabe, Beurteilung und Entscheid	49
7 Entwicklungen und Herausforderungen in der Langzeitpflege	49
7.1 Steigende Nachfrage nach ambulanten Angeboten	49
7.2 Tiefe Pflegestufen in Heimen	50
7.3 Fachkräftemangel	50
7.4 Ziele der integrierten Gesundheitsversorgung	52
8 Handlungsfelder und Massnahmen für die Langzeitpflege	53
8.1 Kantonale Schwerpunkte	54
8.2 Mögliche Schwerpunkte der Gemeinden	55
9 Literaturverzeichnis	57
10 Anhang	59
Anhang: Planungsregionen Kanton Luzern	59
Anhang: Terminologie	60
Anhang: Betreutes Wohnen: Definition und FAQ	65
Anhang: Leistungsspezifische Anforderungen für spezialisierte Langzeitpflege im Kanton Zürich	66

1 Einleitung

Die Kantone haben gemäss Artikel 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) den Auftrag, eine Pflegeheimplanung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Für die Sicherstellung der Versorgung sind im Kanton Luzern die Gemeinden zuständig (§ 2a Betreuungs- und Pflegegesetz, BPG; SRL Nr. 867).

Der Kanton Luzern hat mit der [Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) als einer der ersten Kantone die Prognosen für die Pflegeheimplanung unter Berücksichtigung der ambulanten Pflege erstellt. Vier Jahre nach dem Inkrafttreten wurde die Versorgungsplanung 2018–2025 überprüft (vgl. [Monitoringbericht 2022](#)). Es zeigte sich, dass keine Justierungen notwendig waren und die Nachfolgeplanung nicht vorgezogen werden musste.

Die Betriebe der Langzeitpflege waren seit 2018 mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Ein beachtlicher Teil der Pflegeheime ist in die Jahre gekommen, so dass Um- oder Neubauten notwendig waren bzw. noch sind. Während und nach der Covid-Pandemie brach die Nachfrage nach Pflegeplätzen vorübergehend ein. Der aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartende Mangel an Fachkräften in der Pflege manifestiert sich inzwischen deutlich. Dies führt unter anderem dazu, dass die Trägerschaften der Leistungserbringer weniger investitionsfreudig geworden sind.

Der vorliegende Bericht zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2026–2035¹ richtet sich primär an die politischen Entscheidungsträger. Darüber hinaus kann er den Leistungserbringenden als Grundlage für strategische Entscheide dienen und Fachverbänden und weiteren Interessierten einen Überblick über die aktuelle Situation der Langzeitpflege im Kanton Luzern und der erwarteten Entwicklung bieten.

Projektgremien und Projektablauf

Im Februar 2024 hat die Vorsteherin des Gesundheits- und Sozialdepartements (GSD) der DISG den Auftrag erteilt, die Bedarfsanalyse für die Langzeitpflege unter Einbezug der zuständigen Stellen (Gemeinden, Leistungserbringende) zu aktualisieren, einen Bericht zur Versorgungsplanung 2026–2035 zu erstellen und die kantonale Pflegeheimliste zu bereinigen. Projektleiterin war Edith Lang (Leiterin DISG). Ihr standen ein Steuergremium und eine Echo-Gruppe zur Seite. Im strategischen Gremium waren Claudia Rösli (Verband der Luzerner Gemeinden, VLG) und Lorena Meier (Departementssekretariat GSD) vertreten. Die Echogruppe setzte sich zusammen aus Dzenana Colic (Spitexverband ASPs), Gisela Doenni (Planungsregion Luzern), Hedy Eggerschwiler (DISG), Sascha Eigenmann (Planungsregion Entlebuch), Nicole Felber (Planungsregion Sursee), Gerda Jung (Spitex Kantonalverband, SKL), Karin Meier (Planungsregion Willisau), Nadja Rohrer (Curaviva Luzern), Isabelle Ruf (IG Tages- und Nachtstätten), Marion Schilt (Planungsregion Seetal), Erika Stutz (Senesuisse), Luzia von Deschanden (DISG, Projektassistentin) und Roger Wicki (DISG).

Im Auftrag der DISG hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), teilweise mit der Nutzung von Daten von der LUSTAT Statistik Luzern (nachfolgend die LUSTAT), die notwendigen statistischen Grundlagen für die Versorgungsplanung des Kantons Luzern aufbereitet. Die Daten zum Betreuten Wohnen hat die DISG mit einer Onlinebefragung der Gemeinden erhoben. Die DISG diskutierte die vom Obsan berechneten Szenarien des regionalen Be-

¹ Zu den im Bericht zur Versorgungsplanung 2026–2035 verwendeten Begriffen, vgl. Anhang.

darfs an stationären und ambulanten Pflegeleistungen mit den Gemeinden der entsprechenden fünf Planungsregionen. Ziel war, ein Entwicklungsszenario zu definieren, um einerseits die bis 2035 in die Pflegeheimliste aufzunehmenden Plätze und andererseits die korrespondierenden ambulanten Pflegeleistungen herleiten zu können.

Politische Planungsgrundlagen des Kantons Luzern zu relevanten angrenzenden Themenbereichen wurden ebenfalls für die Erstellung des vorliegenden Berichts zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2026–2035 berücksichtigt (siehe auch Kapitel 2.3 ff.: Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021, Planungsbericht über die sozialen Einrichtungen nach dem SEG 2024–2027 vom 24. Januar 2023, Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024 vom 19. August 2024).

Der Entwurf des Berichts wurde beim Verband der Luzerner Gemeinden, bei den Planungsregionen gemäss BPG, den Gemeinden, den politischen Parteien und den Verbänden der Leistungserbringer im Frühjahr 2025 in die Anhörung gegeben. Die Antworten zeigen, dass die vorgeschlagene Planung breit gestützt wird. Rückmeldungen zur Präzisierung wurden aufgenommen und die entsprechenden Kapitel überarbeitet oder ergänzt. In Kapitel 8 (Massnahmen) wurde zudem die Zuständigkeit für die aufgeführten Aufgaben ergänzt.

Während dieser Anhörung hat das Bundesamt für Statistik die Bevölkerungsszenarien aktualisiert. Die neuen Zahlen haben zur Folge, dass anders als im Berichtsentwurf nicht das mittlere Szenario, sondern das tiefe Szenario für Menschen im Alter ab 65 Jahren zur Anwendung kommt. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Berichts liegen noch keine aktualisierten Ergebnisse nach Planungsregionen vor. Die Aktualisierung durch das Gesundheitsobservatorium bedarf mehrerer Monate und ist im Rahmen des ersten Monitorings vorgesehen.

Aufbau des Berichts zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2026–2035

Im vorliegenden Bericht werden die Grundlagen für die Versorgungsplanung 2026–2035 aufgearbeitet. Das Kapitel 2 wirft einen Blick auf das erwartete Bevölkerungswachstum und beschreibt die Rahmenbedingungen der Planung. Anschliessend werden das aktuelle Angebot und dessen Nutzung betrachtet (Kapitel 3). Berücksichtigt werden neben den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen auch Tages- oder Nachtstrukturen sowie das Betreute Wohnen. In Kapitel 4 werden die Bedarfsanalysen des Obsan dargestellt und in Kapitel 5 folgt die Angebotsplanung für den stationären Bereich – das heisst die eigentliche Pflegeheimplanung. Das Kapitel 6 widmet sich der Aufnahme in die Kantonale Pflegeheimliste. In den letzten beiden Kapiteln werden Entwicklungen und Herausforderungen in der Langzeitbetreuung und -pflege benannt bzw. die Umsetzung der Versorgungsplanung und das Monitoring thematisiert.

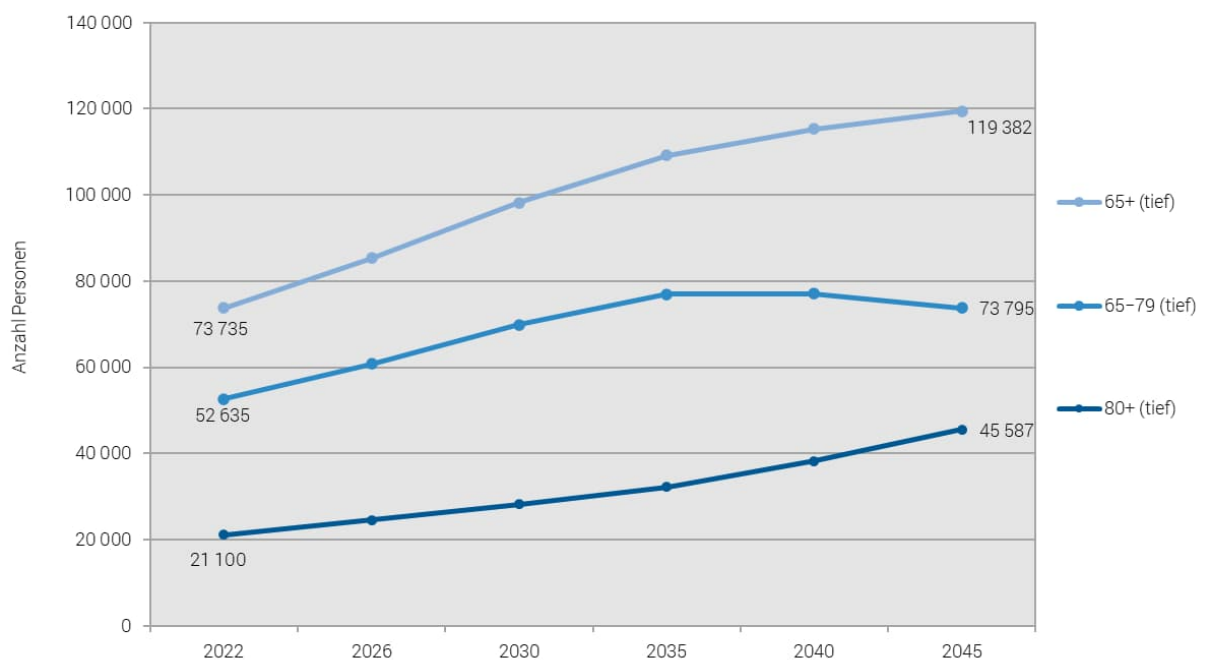
2 Ausgangslage

Dieses Kapitel beschreibt die Rahmenbedingungen, die es für die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Angeboten der Langzeitpflege braucht. Nach den Erläuterungen zur demografischen Entwicklung werden die rechtlichen Bestimmungen, die strategischen und operativen Ziele der Gesundheitsversorgung und der sozialen Einrichtungen sowie die Umsetzung der Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 aufgezeigt, in welcher die zukünftige Pflegeheimplanung eingebettet ist.

2.1 Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung im Kanton Luzern

Die Prognosen der Bevölkerungsentwicklung von der LUSTAT (tiefes Szenario) gehen davon aus, dass die Personen der Altersklasse ab 65 Jahren von 78'800 im Jahr 2022 um 51,6 Prozent auf rund 119'380 im Jahr 2045 zunehmen (vgl. Abbildung 1). Dabei zeigt sich ab 2035 eine leichte Abflachung. Diese ist durch das Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge bedingt. So nimmt die Anzahl Personen in der Altersklasse 65–79 Jahre bis 2035 weiterhin zu, stagniert dann jedoch bis 2040 und nimmt dann ab, weil die letzten geburtenstarken Jahrgänge das 80. Altersjahr erreichen. Bei den Personen ab 80 Jahre hingegen nimmt der Anstieg zu und wird erst nach dem Prognosehorizont von 2045 abnehmen. Diese Entwicklung wird sich entsprechend auf den künftigen Pflegebedarf auswirken. Insbesondere die leichte Abflachung ab 2035 ist für die Investitionsplanung der Pflegeheime relevant.

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung Kanton Luzern



Quellen: LUSTAT (2022) © Obsan 2025, tiefes Szenario, 2022–2045

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Für die ambulante und stationäre Betreuung und Pflege von älteren und/oder pflegebedürftigen Personen im Kanton Luzern sind gemäss § 2a Absatz 1 BPG die Gemeinden zuständig.

§ 2a BPG Grundsatz

¹ Die Gemeinden stellen ein angemessenes ambulantes und stationäres Angebot für die Betreuung und Pflege von Betagten und Pflegebedürftigen sicher. Namentlich sorgen sie für eine angemessene Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex), auch in Tages- oder Nachtstrukturen, und eine angemessene Krankenpflege im Pflegeheim sowie für einen angemessenen Mahlzeitendienst.

Die Kantone haben gemäss Artikel 39 Absatz 3 i.V.m. Absatz 1 KVG eine Pflegeheimplanung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. In Artikel 58 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) sind die Planungskriterien näher beschrieben.

Gemäss § 3 Absatz 2 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGKVG; SRL Nr. 865) und der §§ 2b Absatz 1 sowie 2c Absatz 1 des Betreuungs- und Pflegegesetzes (BPG; SRL Nr. 867) ist der Regierungsrat zuständig für die Pflegeheimplanung und für das Führen der Pflegeheimliste.

Art. 39 KVG Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind;
- f. sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG anschliessen.

^{1bis} Der Kanton legt im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe e insbesondere die zu erbringenden Ausbildungsleistungen im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen fest. Er berücksichtigt dabei die Kriterien nach Artikel 3 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und das Ausbildungskonzept nach Artikel 4 des genannten Gesetzes.

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatientinnen und -patienten dienen (Pflegeheim).

Art. 58 KVV Planungskriterien

Art. 58a Grundsatz

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

² Sie wird periodisch überprüft.

Art. 58b Versorgungsplanung

¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen namentlich die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren.

² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG aufgeführt sind.

³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Das zu sichernde Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

⁴ Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Art. 58c Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität

¹ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt namentlich durch Vergleiche der schwegradbereinigten Kosten. Bei Pflegeheimen ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise zu berücksichtigen.

² Bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen ist insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:

- a. Sie verfügt über das erforderliche qualifizierte Personal.
- b. Sie verfügt über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
- c. Sie verfügt über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
- d. Sie verfügt über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

e. Sie verfügt über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.

³ Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden.

⁵ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen.

Art. 58f Liste und Leistungsaufträge

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

² Jeder Einrichtung auf der Liste wird ein Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG erteilt. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so hält der Leistungsauftrag fest, für welchen Standort er gilt.

³ Die Listen halten für jedes Spital die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen fest.

⁵ Sie [Die Kantone] können vorsehen, dass die Leistungsaufträge für Pflegeheime Auflagen enthalten.

⁶ Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge namentlich folgende Auflagen enthalten, sofern diese weder strukturerhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern:

c. für Pflegeheime: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Kapazitäten.

§ 3 EGKVG

² Der Regierungsrat ist insbesondere zuständig für

a. die Erarbeitung einer bedarfsgerechten Spital- und Pflegeheimversorgung (Art. 39 Abs. 1d und 3 KVG),

b. die Erstellung einer Spital- und Pflegeheimliste (Art. 39 Abs. 1e und 3 KVG).

§ 2b BPG Pflegeheimplanung

¹ Der Regierungsrat erstellt unter Mitwirkung der Gemeinden mindestens alle acht Jahre eine Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenpflege im Pflegeheim für die Bevölkerung des Kantons, wobei private Trägerschaften angemessen einzubeziehen sind.

² Die Pflegeheimplanung richtet sich nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts. Sie berücksichtigt den Grundsatz «ambulant vor stationär» sowie das Angebot und den Bedarf an ambulanter Krankenpflege, auch in Tages- oder Nachtstrukturen.

³ Für die Pflegeheimplanung bilden die Gemeinden maximal sechs geografisch zusammenhängende Planungsregionen. Der Regierungsrat bestätigt die Zusammensetzung der Planungsregionen in der Planung. Er entscheidet in Streitfällen über die Zugehörigkeit einer Gemeinde zu einer Planungsregion endgültig.

⁴ Die zuständige kantonale Behörde koordiniert die Planung.

§ 2c BPG Pflegeheimliste

¹ Der Regierungsrat erlässt gestützt auf die Pflegeheimplanung die Pflegeheimliste. Darin aufgeführt sind die Einrichtungen, die notwendig sind, um das in der Planung für die Gewährleistung der Versorgung bestimmte Angebot an Krankenpflege im Pflegeheim sicherzustellen.

² In die Pflegeheimliste aufgenommen werden nur Einrichtungen, die ein bedarfsgerechtes Angebot erbringen, den Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen von Artikel 39 Absatz 1a–c KVG erbringen und über eine Betriebsbewilligung gemäss den §§ 1a ff. verfügen. Das Erfordernis der Bewilligung entfällt für Einrichtungen, die bereits nach dem Gesetz über soziale Einrichtungen² anerkannt sind.

³ Der Regierungsrat hört vor einer Anpassung der Pflegeheimliste die betroffenen Gemeinden in geeigneter Weise an.

² SRL Nr. 894.

2.3 Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024

Mit dem [Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern](#) definiert der Regierungsrat die strategischen Ziele und Grundsätze im kantonalen Gesundheitswesen. Der Bericht zeigt den Bedarf für die ambulante und die stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf und definiert die Mittel, um die Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können. Das übergeordnete Ziel ist es, im Kanton Luzern auch weiterhin eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu tragbaren Kosten zu gewährleisten (Kanton Luzern, 2024).

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

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

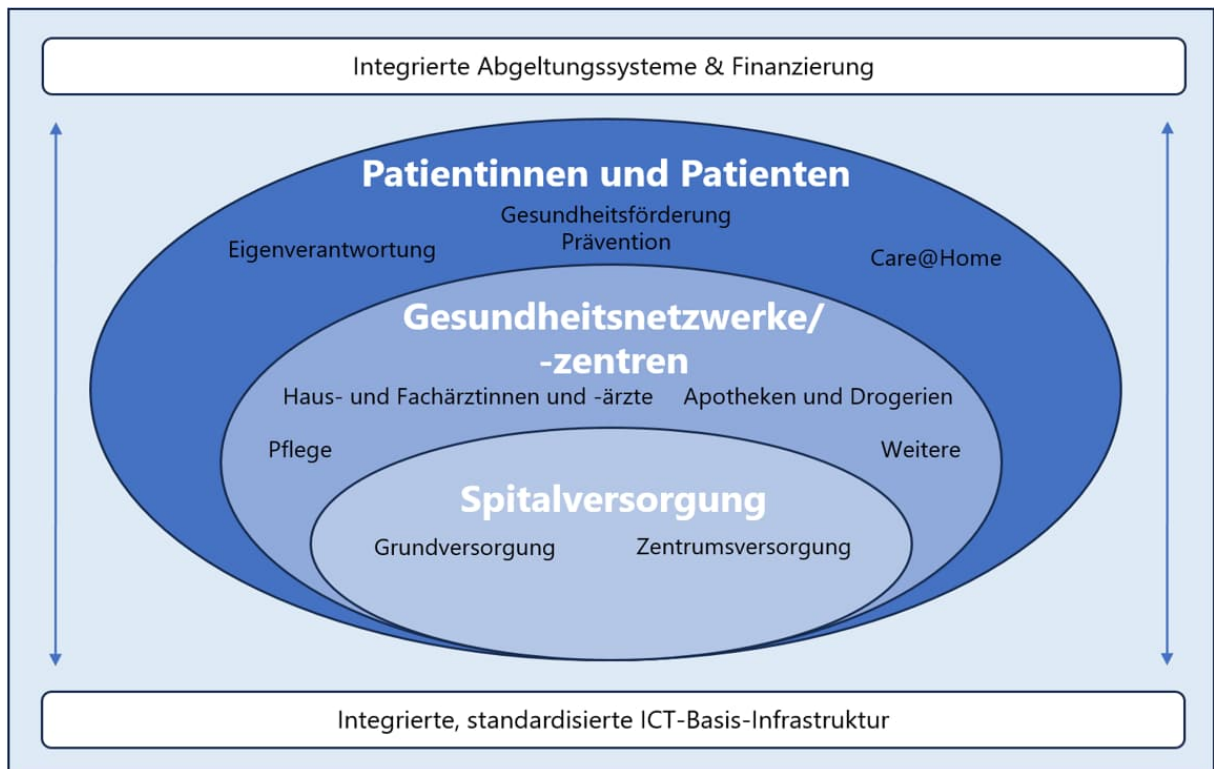
Nicht Teil des Berichts ist die Planung im Bereich der Psychiatrie und der Langzeitpflege. Diesbezüglich wird auf den [Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung](#) im Kanton Luzern 2021 (Luzern, 2021), sowie auf die Versorgungsplanung Langzeitpflege verwiesen.

Der Kanton Luzern richtet seine Aktivitäten zur Weiterentwicklung der kantonalen Gesundheitsversorgung an der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. aus (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 3).

Sie beinhaltet folgende zentrale Elemente:

- Die Versorgungsleistungen sind konsequent auf den Patientennutzen entlang des gesamten Behandlungspfades hin ausgerichtet (integrierte Gesundheitsversorgung) und Patientinnen und Patienten sind als Partnerinnen und Partner konsequent in die Prozesse integriert.

Abbildung 2: Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. im Kanton Luzern



Quelle: Interne Daten des GSD, Darstellung GSD (Kanton Luzern, 2024, S. 147)

- Basis des integrierten Versorgungssystems bilden regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren.
- Die Spitäler agieren im inner- und interkantonalen Verbund. Spitäler und regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren arbeiten intensiv zusammen und bilden gegenüber den Patientinnen und Patienten eine gut koordinierte Einheit.
- Die Versorgungsprozesse werden digital unterstützt. Der elektronische Datenaustausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Versorgungsprozess ist standardisiert, sicher und benutzerfreundlich.
- Qualitätsfördernde Vergütungsmechanismen über den gesamten Behandlungspfad sind eingeführt.

In den kommenden Jahren sollen die drei strategischen Stossrichtungen «Integrierte Gesundheitsversorgung», «Sicherung Grundversorgung» und «Inanspruchnahme/Eigenverantwortung» prioritär verfolgt werden (vgl. Abbildung 3). Den drei Stossrichtungen lassen sich acht Massnahmen in folgenden Themenbereichen zuordnen: Forum Integrierte Gesundheitsversorgung, regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren, Digitalisierung, Fachkräftemangel, Mangel, Notfallversorgung, Gesundheitskompetenz und Prävention. Mit der Umsetzung dieser Massnahmen zwischen 2025–2030 soll die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern der Vision einen ersten Schritt näherkommen (Kanton Luzern, 2024).

Abbildung 3: Gesundheitsversorgung: Übersicht strategische Stossrichtungen und Massnahmen 2025-2030



Quelle: Interne Daten des GSD, Darstellung GSD (Kanton Luzern, 2024, S. 149)

Um die strategische Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung» umzusetzen, erarbeitete das Gesundheits- und Sozialdepartement zusammen mit den relevanten Akteurinnen und Akteure des Luzerner Gesundheitswesens die Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.». Diese Strategie stellt die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis der integrierten Gesundheitsversorgung und für die Mitwirkung aller Partnerinnen und Partner dar. Sie dient ausserdem als Zielbild und Orientierung für Akteurinnen und Akteure im Luzerner Gesundheitswesen, für Entscheidungsträgerinnen und -träger angrenzender Themengebiete sowie für die Bevölkerung.

2.4 Planungsbericht zur psychiatrischen Versorgung im Kanton Luzern 2021

Der [Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern](#) zeigt auf, wie die psychiatrische Gesundheitsversorgung heute aussieht, welchen Trends und Herausforderungen sich die Psychiatrie zu stellen hat, welches der künftige Bedarf ist sowie zu welchen Themen es welche Massnahmen braucht.

Der Bedarf an psychiatrischen Leistungen wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Der prognostizierte Bedarfsanstieg gründet unter anderem in der demografischen Entwicklung. Aber auch neue Krankheitsbilder (Stressfolgeerkrankungen wie Burnout, neue Verhaltenssüchte wie Medienkonsum) werden zu einem Nachfrageschub führen. Aus medizinischer und volkswirtschaftlicher (Gesamtkosten) Sicht soll die psychiatrische Versorgung noch stärker ambulant ausgerichtet werden. Die zentralen Herausforderungen in der Psychiatrieversorgung sind der Fachkräftemangel, die Vernetzung respektive integrierte Versorgung und die Sicherstellung einer fairen Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich (Kanton Luzern, 2021).

Der Bericht erwähnt die Schnittstelle zur Langzeitpflege und betont, dass Vernetzung und eine integrierte Versorgung wichtig sind (Kanton Luzern, 2021, S. 43). Insbesondere folgende im Bericht genannten Massnahmen zur Förderung des Leistungsangebots betreffen die Langzeitpflege:

- Ausbau des Konsiliar- und Liaisondienstes der Luzerner Psychiatrie (Lups). Dieser bietet ambulante Abklärungen, Beratung und Behandlung vor Ort an – beispielsweise für Pflegeheime und Spitex-Organisationen (Kanton Luzern, 2021, S. 49).
- Die Nachfrage nach ambulanter psychiatrischer Betreuung und Pflege wird zunehmen. Der Stellenwert der psychiatrischen Betreuung und Pflege innerhalb der Spitex-Organisationen soll gestärkt und es sollen spezifische Strukturen und Prozessabläufe dafür definiert werden. Alle Spitex-Mitarbeitenden, inklusive Haushilfen, sind im Umgang mit psychisch kranken Menschen zu schulen. Die Schnittstelle der psychiatrischen Akutversorgung und der Nachbetreuung durch die Spitex soll weiter optimiert werden (vgl. bereits bestehende Zusammenarbeitsvereinbarung der Lups mit dem Spitex Kantonalverband Luzern – wie auch mit Curaviva Luzern).

2.5 Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025

Am 21. November 2017 hat der Regierungsrat die [Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) beschlossen (Kanton Luzern, 2017). Es handelte sich dabei um den ersten umfassenden Bericht, der neben der Pflegeheimplanung auch quantitative Aussagen zum prognostizierten Bedarf an ambulanter Pflege im Kanton Luzern machte. Die Planung basierte auf Datengrundlagen, die das Obsan für den Kanton Luzern aufbereitet hatte. Das für die Planung 2018–2025 verwendete Modell beinhaltete einzig Prognosen für den stationären Bereich. Das Obsan hatte mehrere Szenarien berechnet, wovon je eines als Unter- bzw. Obergrenze fürs Festlegen der maximalen Platzzahl in der Pflegeheimliste verwendet wurde. Diese Zahl wurde für jede Planungsregion in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gemeinden eruiert. Ausgehend von den Prognosen für das stationäre Angebot hat die DISG eine Bandbreite für den ungefähren Bedarf an ambulanter Pflege berechnet – dies unter Berücksichtigung, dass die in der Pflegeheimliste festgelegte Anzahl Plätze je nach Planungsregion eine mehr oder weniger starke Verschiebung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich bedingt.

In der Zwischenzeit hat das Obsan das Prognosemodell ausgebaut. Für das [Monitoring der Versorgungsplanung 2018–2025](#), das im Jahr 2022 erstellt wurde, wurde das erweiterte Modell verwendet (Kanton Luzern, 2022/2). Das Monitoring zeigte auf, dass die bis 2025 vorgesehenen 5635 Plätze reichen (aktualisierte Prognose: 5686) und die neue Planung nicht vorgezogen werden musste. Für den weiteren Ausbau standen 2022 noch 280 Plätze zur Verfügung. Die in der Planung verwendete Stundenzahl, die für die vom stationären zum ambulanten Bereich verschobene Pflege eingesetzt wurde, war aber zu hoch, so dass die effektiv erbrachten Pflegestunden 2022 der Spitex-Organisationen unter den Erwartungen lagen.

2.6 Planungsbericht über soziale Einrichtungen 2024–2027

Der Regierungsrat legt periodisch den Planungsbericht über die sozialen Einrichtungen vor. Das Gesetz über soziale Einrichtungen (SEG; SRL Nr. 894) regelt Leistungen für Kinder und Jugendliche mit Förder- und Betreuungsbedarf, für Erwachsene mit Behinderungen und für die sozialtherapeutische Suchttherapie. Für die bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Angebote in der Planungsperiode 2024–2027 wurden 14 prioritäre Massnahmen definiert. Zum einen soll der Auf- und Ausbau ambulanter Angebote fortgesetzt werden, wobei stationäre Angebote weiterhin überwiegen werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit an den Schnittstellen zur Psychiatrie, zur Sonderschulung und zur Langzeitpflege ist auszubauen. Flexible, durchlässige, vielfältige Angebote und die Sozialraumorientierung sollen gefördert werden.

Die Lebenserwartung der Menschen mit Behinderungen steigt und gleicht sich derjenigen der Gesamtbevölkerung an. Der Anteil älterer Personen in sozialen Einrichtungen nimmt entsprechend zu. Die steigende Lebenserwartung und die wachsende Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Behinderungen werfen grundsätzliche Fragen zu bedarfsgerechten Übertritten sowie zur Durchlässigkeit zwischen sozialen Einrichtungen und Pflegeheimen auf. Der Planungsbericht hält daher fest, Angebote nach dem SEG an der Schnittstelle von Betreuung und Langzeitpflege bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und auch die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken. Vom sozialpädagogischen Fachwissen der Einrichtungen können auch Pflegeheime profitieren, um den wachsenden Betreuungsbedarf der Heimbewohnenden bedarfsgerecht und kompetent decken zu können.

3 Übersicht Angebot und Nutzung von Pflegeleistungen

3.1 Stationärer Bereich

3.1.1 Inanspruchnahme der stationären Langzeitpflege

Luzernerinnen und Luzerner belegten im Jahr 2022 4859 Plätze in einem Pflegeheim im oder ausserhalb des Kantons Luzern. Die meisten von ihnen waren 80 Jahre alt oder älter. Ausser bei den Personen aus der Planungsregion Willisau bewegt sich der Anteil der jeweils fünf Jahrgänge umfassenden Alterskategorien unter 80 Jahren im einstelligen Bereich (Willisau 75–79 Jahre: 10,6 %). 34,9 Prozent der stationär betreuten und gepflegten Luzernerinnen und Luzerner waren 90 Jahre alt oder älter (vgl. Tabelle 1). Mehr als zwei Drittel (68,1 %) von ihnen waren Frauen, knapp ein Drittel (31,9 %) Männer.

Tabelle 1: Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner mit Herkunftskanton Luzern, nach Planungsregion, Altersklassen, Geschlecht

Langzeitaufenthalte		Kanton		Luzern		Seetal		Sursee		Willisau		Entlebuch	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Altersklasse	<65	202	4,2	113	4,1	12	2,7	32	4,6	30	4,7	16	4,3
	65–69	157	3,2	84	3,1	14	3,1	23	3,4	24	3,8	12	3,4
	70–74	230	4,7	139	5,1	19	4,4	32	4,5	27	4,1	14	3,8
	75–79	432	8,9	238	8,7	40	9,2	61	8,7	68	10,6	25	7
	80–84	842	17,3	452	16,6	75	17,2	129	18,5	116	18	71	19,7
	85–89	1 298	26,7	695	25,5	124	28,6	195	28,1	185	28,8	98	27,2
	90+	1 697	34,9	1 003	36,8	151	34,8	224	32,2	193	30	125	34,6
	Total	4 859	100	2 723	100	434	100	696	100	643	100	362	100
Geschlecht	Männer	1 548	31,9	827	30,4	136	31,3	244	35,1	219	34	122	33,7
	Frauen	3 311	68,1	1 896	69,6	299	68,7	452	64,9	424	66	240	66,3
	Total	4 859	100	2 723	100	434	100	696	100	643	100	362	100

Anmerkung: Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten im gesamten Jahr (Durchschnitt gewichtet nach Aufenthaltsdauer)

Datenquelle: BFS - SOMED © Obsan 2024

Auf der 12-stufigen Skala befinden sich die meisten stationär gepflegten Luzernerinnen und Luzerner in der Pflegestufe 5: 713 Personen (14,7 %) benötigten täglich 81 bis 100 Minuten

Pflege (vgl. Tabelle 2). Im Vergleich dazu befanden sich 69 Personen oder 1,4 Prozent in der Pflegestufe 12, welche hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes nach oben offen ist. Dabei bestehen regionale Unterschiede. Fast ein Drittel der schwer pflegebedürftigen Personen (22 von 69) kommen aus der Planungsregion Willisau.

Tabelle 2: Heimbewohnende mit Herkunftskanton Luzern, nach Pflegebedürftigkeit und Planungsregion, alle Altersklassen (0–99+), Jahresmittel

Langzeitaufenthalte		Kanton		Luzern		Seetal		Sursee		Willisau		Entlebuch	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pflegestufe	0 - Nicht pflegebedürftig	10	0,2	5	0,2	0	0,1	0	0,0	3	0,4	1	0,3
	1 - Bis zu 20 Min.	121	2,5	85	3,1	15	3,5	10	1,4	9	1,5	1	0,4
	2 - 21–40 Min.	675	13,9	511	18,8	35	8,1	44	6,3	59	9,2	26	7,1
	3 - 41–60 Min.	476	9,8	218	8,0	59	13,5	77	11,1	80	12,5	43	11,8
	4 - 61–80 Min.	671	13,8	375	13,8	65	14,9	93	13,3	82	12,8	56	15,6
	5 - 81–100 Min.	713	14,7	406	14,9	60	13,7	11 2	16,0	88	13,6	49	13,6
	6 - 101–120 Min.	449	9,2	171	6,3	61	14,0	94	13,4	75	11,7	48	13,3
	7 - 121–140 Min.	592	12,2	376	13,8	37	8,5	82	11,8	61	9,5	36	9,9
	8 - 141–160 Min.	429	8,8	229	8,4	41	9,4	75	10,8	58	9,0	27	7,4
	9 - 161–180 Min.	384	7,9	222	8,2	38	8,8	42	6,0	52	8,1	30	8,2
	10 - 181–200 Min.	142	2,9	55	2,0	19	4,4	28	4,0	24	3,7	16	4,5
	11 - 201–220 Min.	127	2,6	52	1,9	4	1,0	24	3,5	30	4,6	16	4,5
	12 - 220+ Min.	69	1,4	17	0,6	1	0,2	16	2,4	22	3,5	12	3,4
Total		4 85	100,	2 72	100,	43	100,	69	100,	64	100,	362	100,0
		9	0	3	0	4	0	6	0	3	0		

Anmerkung: Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitaufenthalten im gesamten Jahr (Durchschnitt gewichtet nach Aufenthaltsdauer)

Datenquelle: BFS - SOMED © Obsan 2024

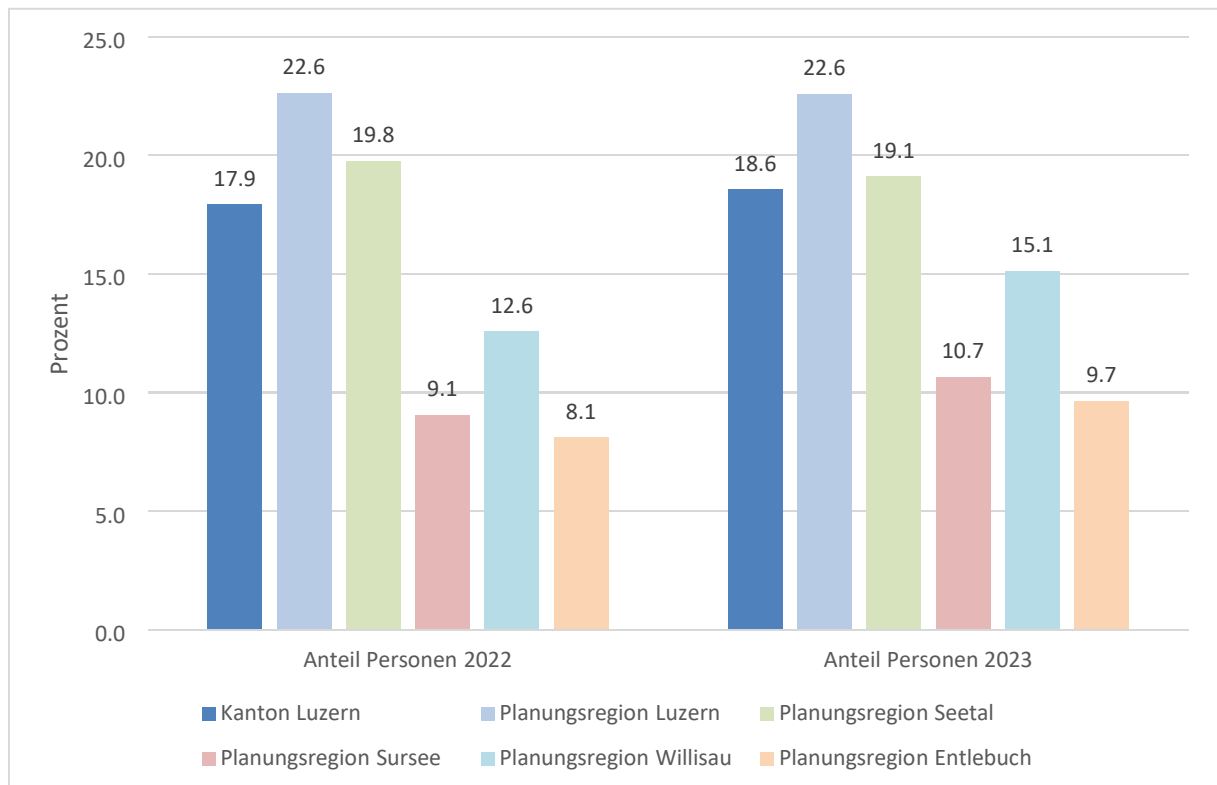
Im Vergleich zu 2019 ist der Anteil der stationär gepflegten Luzernerinnen und Luzerner mit Pflegestufe 0–2 von 17,8 Prozent auf 16,6 Prozent gesunken. Am grössten war der Rückgang bei Personen aus der Planungsregion Sursee: von 12 auf 7,7 Prozent. Auch bei Personen aus den Planungsregionen Luzern und Seetal ist diese Entwicklung zu beobachten. Hier ging der Anteil von 23,5 Prozent auf 22,1 Prozent bzw. von 12,4 auf 11,7 Prozent zurück. Bei Personen aus den Planungsregionen Willisau und Entlebuch kam es zu einem leichten Anstieg von 10,6 auf 11,1 Prozent bzw. von 7,4 auf 7,8 Prozent.

Der hohe Anteil der nicht respektive gering pflegebedürftigen Bewohnenden in Luzerner Pflegeheimen fällt im interkantonalen Vergleich auf. Demzufolge betrug die durchschnittliche Pflegebedarfsstufe 2022 im Kanton Luzern 5,5 Prozent, während jene der Gesamtschweiz bei 6,3 Prozent lag.³ Interessant ist daher der Vergleich zwischen der Entwicklung der Luzerner Bevölkerung mit Pflegestufe 0–2 und der Bewohnenden der Luzerner Pflegeheime. Betrachtet man anstelle der Luzerner Bevölkerung mit stationärer Pflege (in Luzerner und ausserkantonalen Pflegeheimen) die *Bewohnerinnen und Bewohner der Luzerner Pflegeheime*, zeigt sich, dass der Anteil Personen mit Pflegestufe 0–2 für die Jahre 2022 und 2023 von 17,9 auf 18,6 Prozent zugenommen hat (vgl. Abbildung 4). In den Pflegeheimen der Planungsregion Luzern stagniert er bei weiterhin hohen 22,6 Prozent. Abgenommen hat der Anteil in den Pflegeheimen in der Planungsregion Seetal und zugenommen in denjenigen der Planungsregionen Sursee, Willisau und Entlebuch.

³ SOMED 2022, Auswertung BAG, 2024.

Dieser Vergleich lässt den Schluss zu, dass Pflegeheime im Kanton Luzern vermehrt auch wenig pflegebedürftige Personen aus anderen Kantonen aufnehmen. Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass anteilmässig mehr intensiv pflegebedürftige Personen in ausserkantonale Pflegeheime eintreten. Diese Interpretation lässt sich auch durch die Beobachtungen der Luzerner Kliniken und Spitäler stützen, die einen wachsenden Zeitaufwand bei der Suche nach einer passenden Anschlusslösung in Luzerner Heimen nach dem Spitalaufenthalt feststellen.

Abbildung 4: Anteil Personen mit Pflegestufe 0–2 in Luzerner Pflegeheimen, nach Planungsregionen: Ende 2022 und Ende 2023



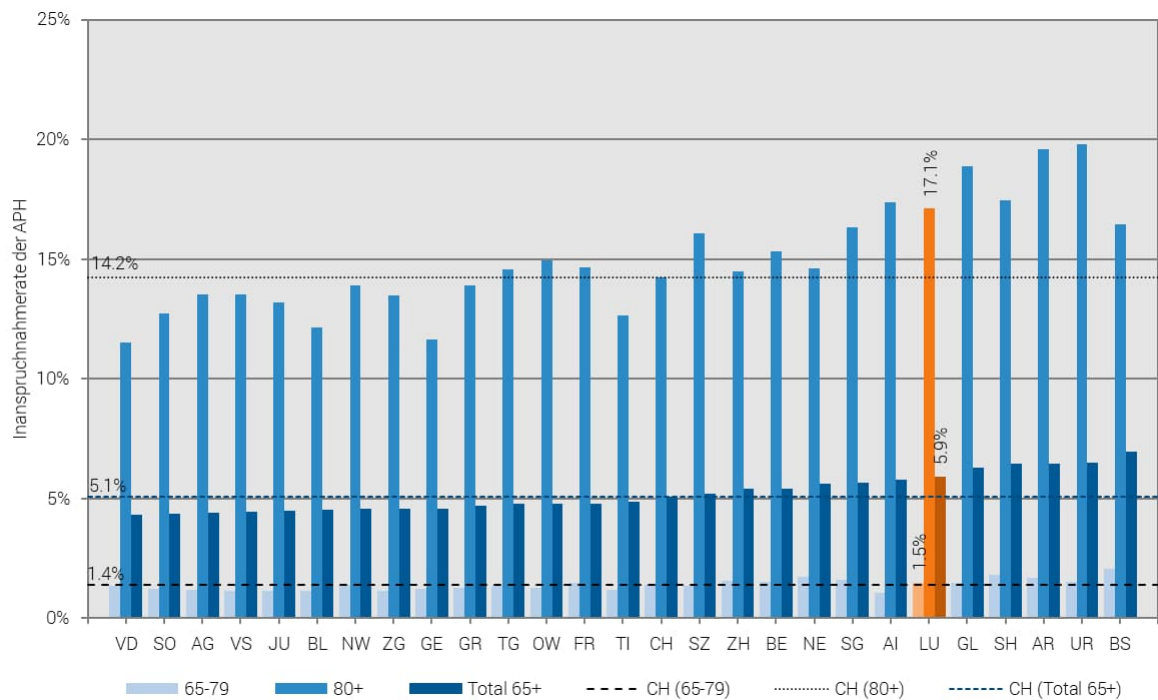
Datenquelle: Bundesamt für Statistik - STATPOP, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, ausgewertet durch die LUSTAT Statistik Luzern 2024. Darstellung: DISG

Im schweizweiten Vergleich ist die Rate der Inanspruchnahme⁴ der stationären Langzeitplätze im Kanton Luzern weiterhin überdurchschnittlich. 2022 betrug sie bei den Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Luzern im Alter von 65 und älter 5,9 Prozent (vgl. Abbildung 5). Im schweizweiten Durchschnitt betrug sie 5,1 Prozent.

Die Rate hat seit der letzten Planung sowohl schweizweit wie auch im Kanton Luzern abgenommen. 2019 betrug sie im Kanton Luzern noch 6,4 Prozent und im gesamtschweizerischen Durchschnitt 5,5 Prozent. Bei den Personen zwischen 65 und 79 Jahren nahm die Rate von 1,7 Prozent im Jahr 2019 auf 1,5 Prozent (Schweiz: von 1,5 % auf 1,4 %) und bei den Personen ab 80 Jahren von 18,0 Prozent auf 17,1 Prozent (Schweiz: von 15,8 % auf 14,2 %) ab.

⁴ Rate der Inanspruchnahme der Pflegeheime = Anzahl Personen 65+ in einem Langzeitaufenthalt, Kurzaufenthalt oder in Akut- und Übergangspflege / Kantonsbevölkerung 65+.

Abbildung 5: Interkantonaler Vergleich der Inanspruchnahmerate in den Pflegeheimen im Jahr 2022



Datenquelle: BFS - SOMED 2022 © Obsan 2024

3.1.2 Regionales Angebot

Das Angebot an stationärer Langzeitpflege wird in der aktuellen Pflegeheimliste des Kantons Luzern in regionale Grundversorgung und überregionale Spezialversorgung unterteilt. Das regionale Angebot wiederum umfasst Plätze, die in jeder Planungsregion angeboten werden. Es handelt sich dabei um die regionale Grundversorgung, wobei sich Betriebe in den letzten Jahren innerhalb der Grundversorgung teilweise spezialisiert haben (Demenzabteilung, stationäre Entlastungs- und Notfallplätze).

Im Kanton Luzern waren am 1. Januar 2025 insgesamt 5410 Plätze in die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen (regionale Grundversorgung und überregionale Spezialversorgung). Davon waren 5204 Plätze (96, 2%) der regionalen Versorgung (vgl. Tabelle 3). 5107 davon waren an diesem Datum realisiert (981 %).

Tabelle 3: Anzahl Plätze in der kantonalen Pflegeheimliste, inkl. noch nicht realisierter Plätze. Stand 1. Januar 2025

	Plätze gemäss kantonaler Pflegeheimliste	Davon noch nicht realisiert	Anzahl realisierter Plätze
Regionales Angebot			
Planungsregion Luzern	2892	83	2809
Planungsregion Seetal	460	0	460
Planungsregion Sursee	746	0	746
Planungsregion Willisau	730	14	716
Planungsregion Entlebuch	376	0	376
Total	5204	97	5107

Datenquelle: Kantonale Pflegeheimliste Stand 1.1.2025. Nicht realisierte Plätze: Daten und Berechnungen DISG

a) Regionale Spezialplätze

In der Pflegeheimliste sind Pflegeheime gekennzeichnet, welche Plätze für Menschen mit Demenz (Demenzabteilungen), stationäre Entlastungsplätze oder Notfallplätze anbieten. Die Anzahl Plätze wird nicht separat aufgeführt, sondern ist im Total der Grundversorgung enthalten.

Plätze in Demenzabteilungen

Alzheimer Schweiz schätzt die Anzahl Personen mit Demenz im Kanton Luzern im Jahr 2024 auf gut 7200 (Alzheimer, 2024)⁵. 2015 waren es schätzungsweise 5700. Die demografische Entwicklung lässt eine weitere Zunahme der Anzahl Betroffener erwarten. Entsprechend wird auch in den Pflegeheimen die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz steigen. Ihre Versorgung gehört zum Grundauftrag der Pflegeheime. Im Kanton Luzern wird die stationäre Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sowohl integriert wie separiert angeboten. Am 1. Januar 2025 führten kantonsweit 26 Pflegeheime eine Demenzabteilung. 2018 waren es 21 (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl Pflegeheime mit in der Pflegeheimliste ausgewiesenen Spezialplätzen, Stand 1. Januar

	Anzahl Pflegeheime mit Demenzabteilung			Anzahl Pflegeheime mit stationären Entlastungsplätzen			Anzahl Pflegeheime mit Notfallplätzen		
Jahr	2018	2022	2025	2018	2022	2025	2018	2022	2025
Region									
Planungsregion Luzern	9	9	11	5	5	4	3	4	4
Planungsregion Seetal	3	4	4	1	1	2	0	0	1
Planungsregion Sursee	4	5	5	2	3	3	0	0	0
Planungsregion Willisau	2	3	3	1	1	1	0	1	1
Planungsregion Entlebuch	3	3	3	0	1	1	0	1	1
Kanton Luzern	21	24	26	9	11	11	3	6	7

Datenquelle: Pflegeheimliste Kanton Luzern

Verschiedene Leistungserbringende versuchen, die Übergänge zwischen integrierter und separierter Versorgung durchlässiger zu gestalten. Einerseits sollen Menschen mit Demenz in Spezialabteilungen einen geschützten Rahmen finden, andererseits sollen sie nicht abgeschottet werden. Zudem soll die Schwelle für einen Eintritt in die Spezialabteilung gesenkt werden.

Da Menschen ohne Demenz in vielen Pflegeheimen in der Minderheit sind, braucht es gleichzeitig auch Angebote, die gezielt diese Personengruppe ansprechen.

Auf die Situation von Menschen mit Demenz wird in der Demenzstrategie 2018–2028 ausführlicher eingegangen (Kanton Luzern, 2016).

⁵ Factsheet_DemenzCH_2024_DE.pdf (alzheimer-schweiz.ch) (Stand 7. Oktober 2024).

Stationäre Entlastungsplätze und Notfallplätze

Stationäre Entlastungsplätze werden von den Leistungserbringenden für diesen Zweck reserviert und sind im Voraus buchbar. Die Anzahl Pflegeheime mit stationären Entlastungsplätzen hat zwischen 2018 und 2025 von 9 auf 11 zugenommen (vgl. Tabelle 4). Bei den Notfallplätzen hat die Anzahl im gleichen Zeitraum von 3 auf 7 Betriebe zugenommen. Zusätzlich nehmen Pflegeheime kurzfristig Personen auf, die einen Entlastungs- oder Notfallplatz benötigen, wenn sie zum Zeitpunkt des Bedarfs freie Plätze haben. Die Nutzung dieser rechtlich nicht abgegrenzten Angebote ist daher auch empirisch nicht separat erfasst. Die Rückmeldungen der Spitäler und Kliniken weisen derzeit darauf hin, dass die Nachfrage nach Anschlusslösungen hoch bleibt und die aktuell zur Verfügung stehenden Betten nicht ausreichen, was zu Verzögerungen in der Verlegung von Menschen aus Spitälern und Kliniken führt.

3.1.3 Regionale Grundversorgung: Belegbare Plätze

Von den insgesamt 5410 Plätzen auf der Pflegeheimliste waren am 1. Januar 2025 total 5309 realisiert und rund 4870 auch belegbar. Die Differenz zwischen realisierten und belegbaren Plätzen ergab sich aus unterschiedlichen Gründen. So wurden beispielsweise Zweierzimmer als Einzelzimmer angeboten. In anderen Fällen konnten wegen eines Umbaus, aus betriebswirtschaftlichen Gründen oder wegen eines temporären Personalmangels nicht alle Plätze betrieben werden.

Tabelle 5: Anzahl Plätze regionales und überregionales Angebot am 1. Januar 2025 inkl. realisierte und belegbare Plätze

	Plätze gemäss kantonal- er Pflegeheimliste	Davon noch nicht realisiert	Anzahl reali- sierter Plätze	Anzahl beleg- barer Plätze
Regionales Angebot	5'204	97	5'107	
Überregionales Angebot	206	4	202	
Total	5'410	101	5'309	4870⁶

Datenquelle: Kantonale Pflegeheimliste Stand 1.1.2025. Nicht realisierte Plätze sowie belegbare Plätze: Daten und Berechnungen DISG

3.1.4 Überregionale Spezialversorgung

Unter überregionaler Spezialversorgung werden in der aktuellen Pflegeheimliste des Kantons Luzern Angebote bzw. Plätze aufgeführt, die sich an Personen richten, die spezialisierte Betreuung und Pflege benötigen, die durch die Grundversorgung (KLV-Leistungen) nicht abgedeckt ist. Zusätzlich sind in der bisherigen Planung auch Pflegeplätze des Klosters Baldegg unter dieser Rubrik aufgeführt, da diese nur für Ordensfrauen zugänglich sind.

Am 1. Januar 2025 waren 206 überregionale Plätze in der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt. Davon waren 202 umgesetzt bzw. 117 belegbar.⁷ 31 dieser Plätze sind für Menschen mit Sinnesbehinderung (A) oder für Personen mit aufwendiger Pflege (B), 83 für Personen mit psychischer Behinderung (C), 13 für spezialisierte Palliativ Care (D), 21 für Akut- und Übergangspflege (E) bzw. Überbrückungspflege (F), 36 für Ordensleute (G) und 22 für Spezialisierte Langzeitpflege für jüngere Menschen mit Demenz (H) reserviert (vgl. Tabelle 6).

⁶ Da nicht 100 Prozent der Pflegeheime auf die Befragung geantwortet haben, ist nur eine ungefähre Angabe möglich.

⁷ Datenquelle: Erhebung DISG.

Tabelle 6: Anzahl Plätze Überregionales Angebot am 1. Januar 2025

Institution	Standort	Platzzahl	Platzart*
Blickfeld (Blinden-Fürsorge-Verein BFVI)	Horw	10	A
Viva Luzern AG, Staffelnhof	Luzern	5	B
Pflegeheim Steinhof	Luzern	16	B
Begegnungszentrum St. Ulrich	Luthern	25	C
Luzerner Psychiatrie	St. Urban	15	C
AltersZentrum St. Martin	Sursee	13	C
Alterszentrum Breiten	Willisau	30	C
Viva Luzern AG, Eichhof	Luzern	7	D
Hospiz Zentralschweiz	Luzern	6	D
Viva Luzern AG, Rosenberg	Luzern	11	E
Seeblick, Haus für Pflege und Betreuung	Sursee	5	E
Seeblick, Haus für Pflege und Betreuung	Sursee	5	F
Pflegeheim Kloster Baldegg	Baldegg	36	G
Hof Rickenbach	Rickenbach	22	H
Total Kanton Luzern		206	

Datenquelle: Pflegeheimliste Kanton Luzern, gültig ab 1. Januar 2025

***Legende Platzart**

- A: Spezialisierte Langzeitplätze für Menschen mit Sehbehinderung
- B: Spezialisierte Langzeitplätze für Menschen mit hohem und speziellem Pflegebedarf
- C: Spezialisierte Langzeitplätze für Menschen mit psychischer Behinderung oder starker Verhaltensauffälligkeit
- D: Spezialisierte Plätze für Palliativ Care (Personen ab 18 Jahren)
- E: Stationäre Plätze für Akut- und Übergangspflege (gemäss KVG)
- F: Stationäre Plätze für Überbrückungspflege (gestützt auf eine Vereinbarung mit einem Akutspital)
- G: Pflegeplätze für Ordensleute im Kloster Baldegg
- H: Spezialisierte Langzeitplätze für jüngere Menschen mit Demenz

Die Finanzierung spezialisierter Angebote wurde im Kontext der Revision des Betreuungs- und Pflegegesetzes (BPG) hinsichtlich der Bestimmungen für Heimbewohnende mit Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV beraten. Die einheitliche Erhebung von Zuschlägen im Falle von individuell nicht beeinflussbarem Mehraufwand für spezialisierte Pflege und Betreuung wurde auf eine nächste Revision des BPG angekündigt. Der Handlungsbedarf ist zwischenzeitlich gestiegen, denn mehrere Anbietende spezialisierter Plätze haben das Angebot bereits aufgegeben oder planen, dies zu tun. Zurzeit stehen nicht mehr alle 206 Spezialplätze zur Verfügung. Als Grund geben die Leistungserbringenden an, dass die Kosten nicht ausreichend gedeckt werden. Es handelt sich dabei einerseits um qualifizierte Betreuungsleistungen und/oder zeitintensive Pflegeleistungen (Pflegestufe 12+) und andererseits um hohe Vorhalteleistungen – letztere bei der Überbrückungspflege. Bei intensiver Betreuung müssten entweder alle Heimbewohnenden die Kosten über die Betreuungspauschale mitfinanzieren – auch Personen, die keine Betreuung benötigen. Oder die Personen mit hohem Betreuungs-

aufwand müssten einen Zuschlag bezahlen, was als diskriminierend empfunden wird (vgl. [Demenzstrategie](#) Operatives Ziel 4.1: Verzicht auf Demenzzuschläge). Beim Angebot für komplexe Pflegesituationen kommen zudem Herausforderungen bei der Personalrekrutierung und -bindung hinzu. Grund dafür ist, dass es aufgrund von geringen Fallzahlen nur ein kleines Team an spezialisiertem Pflegepersonal braucht.

Das heisst, im Bereich der Spezialversorgung besteht dringender Handlungsbedarf. Insbesondere Kantone der Ostschweiz prüfen daher neue Modelle in der Steuerung, Ausgestaltung und Finanzierung der spezialisierten Langzeitpflege. Auch entsprechende konzeptionelle Grundlagen werden zurzeit erarbeitet (u. a. Brenner/Gattinger, 2025). Im Kapitel 5 finden sich hierzu weitere Ausführungen.

3.2 Ambulanter Bereich

Zum ambulanten Angebot werden neben den zu Hause erbrachten Spitex-Leistungen auch Pflegeleistungen gezählt, welche in Tages- oder Nachtstrukturen oder im betreuten Wohnen erbracht werden. Die meisten Menschen möchten trotz gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglichst lange zu Hause leben. Wie Befragungen zeigen, sind sie zudem zufriedener mit der Versorgung durch die Spitex-Organisationen als mit derjenigen durch die Pflegeheime.⁸ Beides spricht für die weitere Förderung der ambulanten Langzeitpflege. Damit pflegebedürftige Menschen möglichst lange zu Hause leben können, benötigen sie weitere ambulante Angebote (z. B. Mahlzeitendienst, Fahrdienst, Besuchsdienst usw.). Diese Angebote sind jedoch nicht Gegenstand der Versorgungsplanung Langzeitpflege, sondern Teil der Massnahmen einer umfassenden, kommunalen oder regionalen Alterspolitik.

3.2.1 Spitex-Leistungen gemäss KVG

Zum Kernleistungsangebot der Spitex-Organisationen (mit/ohne Versorgungsauftrag) gehören Pflegeleistungen, Sozialbetreuung und hauswirtschaftliche Leistungen. Diese Angebote tragen dazu bei, dass ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu Hause leben können. Aufgrund der demografisch bedingt steigenden Nachfrage fokussiert der vorliegende Bericht auf Pflegeleistungen und Personen im Pensionsalter. Deshalb werden in Tabelle 7 nur die Leistungen für Personen ab 65 Jahren dargestellt.

Die Leistungsstunden der *Spitex-Organisationen im Kanton Luzern* für Personen über 65 Jahre haben weiter zugenommen. 2021 erbrachten die Spitex-Organisationen insgesamt 744'947 Stunden Spitex-Leistungen (Pflege und Hauswirtschaft) für insgesamt 8898 Klientinnen und Klienten (vgl. Tabelle 7). 2023 waren es 826'292 Stunden für 9822 Personen. Bei den Pflegeleistungen nahmen die Leistungsstunden im gleichen Zeitraum von 567'416 auf 646'755 und die Anzahl leistungsbeziehender Personen von 7196 auf 7860 zu, wobei mehr als die Hälfte der Leistungen von Personen ab 80 Jahren bezogen wurden.

⁸ Bei der [Bevölkerungsbefragung 2023 von der LUSTAT Statistik Luzern](#) gaben 80 Prozent der Befragten an, dass sie mit der Qualität des Spitex-Angebots im Kanton Luzern eher oder sehr zufrieden sind. Beim Angebot der Pflegeheime waren es 70 Prozent. (LUSTAT Statistik 2024)

Tabelle 7: Entwicklung Spitex-Leistungsstunden und Klientinnen und Klienten, 2021–2023, Standort Kanton Luzern und Planungsregionen

Raum	Jahr	Anzahl Leistungsstunden				Anzahl Klientinnen und Klienten			
		Spitex-Leistungen insgesamt		Spitex-Leistungen Pflege		Spitex-Klientinnen und -Klienten insgesamt		Spitex-Klientinnen und -Klienten Pflege	
		65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre
Kanton Luzern	2021	744'947	513'307	567'416	385'199	8898	5593	7196	4500
Planungsregion Luzern	2021	456'502	322'601	333'154	229'918	5261	3445	4106	2673
Planungsregion Seetal	2021	50'000	35'539	41'682	30'046	675	404	593	352
Planungsregion Sursee	2021	127'465	83'004	104'615	67'960	1481	903	1243	761
Planungsregion Willisau	2021	80'712	54'094	65'863	43'407	1004	576	872	504
Planungsregion Entlebuch	2021	30'268	18'068	22'103	13'868	477	265	382	210
Kanton Luzern	2022	764'011	513'827	603'428	397'935	9502	5961	7661	4776
Planungsregion Luzern	2022	467'958	319'085	362'141	240'249	5595	3633	4380	2813
Planungsregion Seetal	2022	49'309	35'427	40'409	28'696	737	448	624	377
Planungsregion Sursee	2022	125'683	80'977	106'013	68'075	1539	944	1293	800
Planungsregion Willisau	2022	89'736	59'327	72'185	46'605	1125	652	966	558
Planungsregion Entlebuch	2022	31'325	19'011	22'680	14'310	506	284	398	228
Kanton Luzern	2023	826'292	561'210	646'775	425'716	9822	6148	7860	4902
Planungsregion Luzern	2023	503'566	347'282	382'168	251'733	5653	3657	4420	2817
Planungsregion Seetal	2023	56'081	39'006	46'629	32'008	782	486	653	405
Planungsregion Sursee	2023	135'555	86'948	115'358	73'793	1700	1003	1403	845
Planungsregion Willisau	2023	94'329	63'908	77'291	51'656	1139	675	956	578
Planungsregion Entlebuch	2023	36'762	24'066	25'329	16'525	548	327	428	257

Datenquelle: Spitex-Statistik, ausgewertet durch LUSTAT Statistik Luzern 2024

Hinweis: Das Kantonstotal stimmt aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht immer mit dem Total der Planungsregionen überein.

Die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen unterscheidet sich je nach Planungsregion (vgl. Tabelle 8). Die Leistungsquoten (Stunden pro Einwohner/in) der Pflegeleistungen, die für Personen ab 65+ bzw. 80+ erbracht wurden, waren in den Jahren 2021–2023 bei den *Spitex-Organisationen* mit Standort in der Planungsregion Sursee am höchsten (zwischen 8,1 und 8,5 bei den 65+ bzw. 20,8 und 21,6 bei den 80+). Am tiefsten waren sie in der Planungsregion Entlebuch (zwischen 5,0 und 5,4 bzw. 10,7 bis 12,6).

Bei der Quote der Klientinnen/Klienten (Klientinnen/Klienten pro 100 Einwohnende ist ebenfalls (meistens) die Quote der Organisationen in der Planungsregion Sursee am höchsten (zwischen 9,8 und 10,3 bei den 65+ bzw. 23,9 und 24,7 bei den 80+). Unterdurchschnittliche Quoten hat jedoch neben der Planungsregion Entlebuch auch die Planungsregion Seetal (zwischen 7,8 und 8,1 bzw. 17,6 und 19,1).

Tabelle 8: Inanspruchnahme Spitex-Leistungen Kanton Luzern und Planungsregionen 2021–2023

Raum	Jahr	Quote Leistungen (Stunden pro Einwohner/in)*				Quote Klientinnen/Klienten (Klientinnen/Klienten pro 100 Einwohnende)**			
		Spitex-Leistungen insgesamt		Spitex-Leistungen Pflege		Spitex-Klientinnen/-Klienten insgesamt		Spitex-Klientinnen/-Klienten Pflege	
		65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre
Kanton Luzern	2021	9,7	23,3	7,4	17,5	116	25,4	9,3	20,4
<i>Planungsregion Luzern</i>	2021	10,6	24,6	7,7	17,5	12,2	26,3	9,5	20,4
<i>Planungsregion Seetal</i>	2021	6,6	17,8	5,5	15,0	8,9	20,2	7,8	17,6
<i>Planungsregion Sursee</i>	2021	10,1	26,1	8,3	21,4	11,7	28,4	9,8	23,9
<i>Planungsregion Willisau</i>	2021	8,7	22,0	7,1	17,7	10,8	23,5	9,4	20,5
<i>Planungsregion Entlebuch</i>	2021	6,8	13,9	5,0	10,7	10,8	20,4	8,6	16,2
Kanton Luzern	2022	9,7	22,9	7,7	17,7	12,1	26,6	9,7	21,3
<i>Planungsregion Luzern</i>	2022	10,7	23,9	8,3	18,0	12,8	27,3	10,0	21,1
<i>Planungsregion Seetal</i>	2022	6,3	17,3	5,1	14,1	9,4	21,9	7,9	18,5
<i>Planungsregion Sursee</i>	2022	9,6	24,7	8,1	20,8	11,7	28,8	9,8	24,4
<i>Planungsregion Willisau</i>	2022	9,4	23,7	7,6	18,6	11,8	26,1	10,1	22,3
<i>Planungsregion Entlebuch</i>	2022	6,9	14,6	5,0	11,0	11,2	21,8	8,8	17,5
Kanton Luzern	2023	10,2	24,3	8,0	18,4	12,1	26,6	9,7	21,2
<i>Planungsregion Luzern</i>	2023	11,3	25,4	8,6	18,4	12,7	26,7	9,9	20,6
<i>Planungsregion Seetal</i>	2023	6,9	18,4	5,8	15,1	9,6	22,9	8,1	19,1
<i>Planungsregion Sursee</i>	2023	10,0	25,4	8,5	21,6	12,5	29,4	10,3	24,7
<i>Planungsregion Willisau</i>	2023	9,6	24,9	7,8	20,1	11,5	26,3	9,7	22,5
<i>Planungsregion Entlebuch</i>	2023	7,9	18,3	5,4	12,6	11,8	24,8	9,2	19,5

Datenquelle: Bundesamt für Statistik - STATPOP, LUSTAT - Spitex-Statistik, ausgewertet durch die LUSTAT Statistik Luzern 2024.

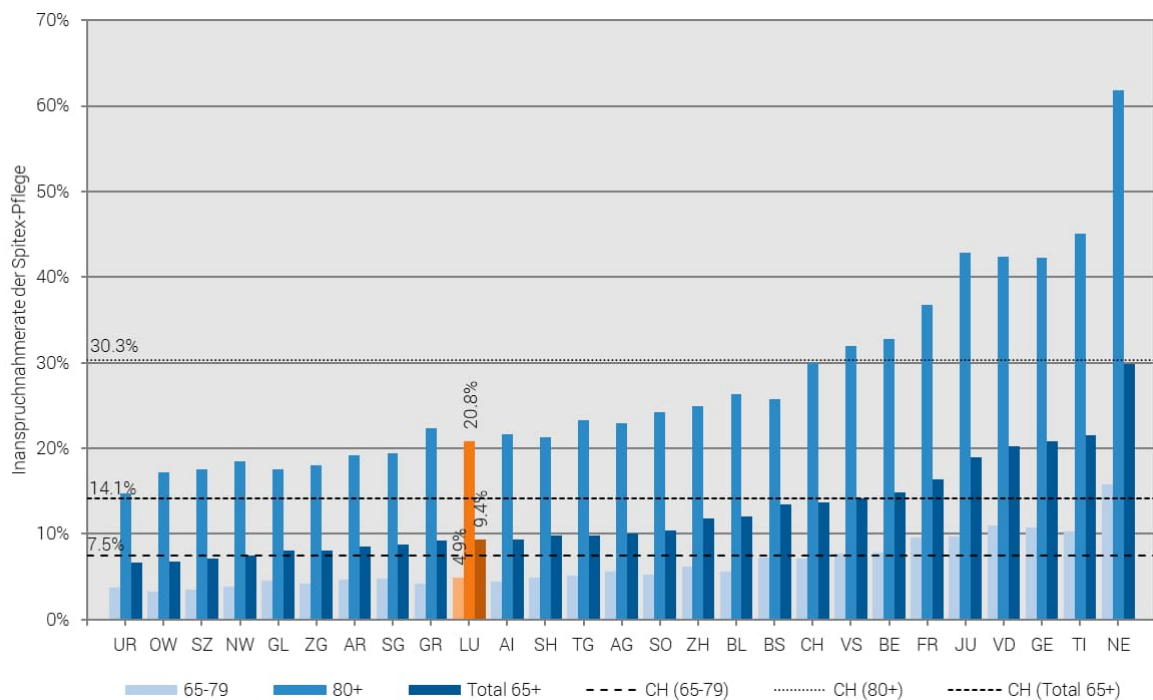
* Definition Quote Leistungen: Anzahl Stunden Spitex-Leistungen, die an Personen im Alter ab 65 (bzw. 80) Jahren verrechnet wurden, pro Einwohner/in im Alter ab 65 bzw. 80 Jahren.

** Definition Quote Klientinnen/Klienten: Prozentanteil der Personen im Alter ab 65 (bzw. 80) Jahren, die Spitex-Leistungen beziehen, an allen Personen im Alter ab 65 bzw. 80 Jahren.

Im schweizweiten Vergleich ist die Inanspruchnahmerate⁹ im Kanton Luzern unterdurchschnittlich (vgl. Abbildung 6). 9,4 Prozent der *Luzernerinnen und Luzerner* ab 65 Jahren beanspruchten 2022 ambulante Pflegeleistungen. Schweizweit waren es 14,1 Prozent. Bei den Personen ab 80 Jahren waren es 20,8 Prozent im Kanton Luzern, im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt von 30,3 Prozent.

⁹ Definition Inanspruchnahmerate Spitex-Pflege = Anzahl Klientinnen und Klienten 65+ Pflege / Kantonsbevölkerung 65+.

Abbildung 6: Interkantonaler Vergleich der Inanspruchnahmeraten Spitex-Pflege im Jahr 2022



Quellen: BFS - SOMED 2022 © Obsan 2024

3.2.2 Tages- oder Nachtstrukturen

Tages- und Nachtstrukturen bieten Menschen mit Betreuungsbedarf eine Alltagsstruktur und entlasten gleichzeitig betreuende Angehörige. Sie tragen dazu bei, dass betreuungs- und pflegebedürftige Menschen möglichst lange zu Hause leben können. Sie erbringen vor allem Betreuungsleistungen, haben jedoch meist auch die Zulassung zum Erbringen von KLV-Pflegeleistungen. Die Nutzung erfolgt tage- oder nachtwiese – je nach Bedarf ein oder mehrmals die Woche. Dazwischen kehren die Betreuten nach Hause zurück (keine 24-Stunden-Betreuung). Nachtstrukturen sind hingegen wenig verbreitet. Sie richten sich vor allem an Menschen (mit Demenz) mit einem umgekehrten Tages-Nacht-Rhythmus.

Im Kanton Luzern besuchten im Jahr 2023 176 Personen ab 65 Jahren an 8960 Tagen eine Tages- oder Nachtstruktur (vgl. Tabelle 9). Die Anzahl Personen und Betreuungstage ist steigend (2021: 114 Personen, 6309 Tage), hat aber das Niveau vor der Covid-Pandemie nicht erreicht, wie ein Vergleich mit dem Jahr 2015 zeigt. Damals hatten 303 Personen insgesamt 11'531 Betreuungstage beansprucht (vgl. Kanton Luzern 2017: [Bericht zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) S. 22).

Tabelle 9: Tages-/Nachtstrukturen: Klientinnen/Klienten und Betreuungstage sowie Quoten nach Altersgruppen und Planungsregionen, 2021–2023

Raum	Jahr	Anzahl Klientinnen/Klienten		Anzahl Betreuungstage		Quote Tages-/Nachtstrukturen*	
		65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre	65+ Jahre	80+ Jahre
Kanton Luzern	2021	144	79	6309	3598	0.2	0.4
Planungsregion Luzern	2021	123	67	5368	3208	0.3	0.5
Planungsregion Seetal	2021	9	6	309	220	0.1	0.3
Planungsregion Sursee	2021	10	6	547	170	0.1	0.2
Planungsregion Willisau	2021	...	...	...	...	...	...
Planungsregion Entlebuch	2021	...	...	...	...	...	...
Kanton Luzern	2022	147	84	6776	3477	0.2	0.4
Planungsregion Luzern	2022	121	66	5435	2907	0.3	0.5
Planungsregion Seetal	2022	9	6	662	296	0.1	0.3
Planungsregion Sursee	2022	15	12	600	274	0.1	0.4
Planungsregion Willisau	2022	...	...	...	...	...	...
Planungsregion Entlebuch	2022	...	...	...	...	...	...
Kanton Luzern	2023	176	106	8960	5593	0.2	0.5
Planungsregion Luzern	2023	141	89	6822	4069	0.3	0.6
Planungsregion Seetal	2023	13	6	552	360	0.2	0.3
Planungsregion Sursee	2023	12	8	661	531	0.1	0.2
Planungsregion Willisau	2023	6	3	730	633	0.1	0.1
Planungsregion Entlebuch	2023	4	...	195	...	0.1	...

Datenquelle: Bundesamt für Statistik - STATPOP, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, LUSTAT - Spitex-Statistik, ausgewertet durch die LUSTAT Statistik Luzern 2024.

Hinweise:

- Klientinnen/Klienten in ambulanten Tages-/Nachtstrukturen aus Spitex-Statistik, Klientinnen/Klienten in stationären Betrieben angegliederten Tages-/Nachtstrukturen und Tagesgäste in stationären Betrieben aus SOMED-Statistik.
- Missings (...) ausgewiesen, wenn weniger als 3 Personen. Dies hat zur Folge, dass das Kantonstotal nicht mit der Summe der Planungsregionen übereinstimmt.

*Definition Quote Tages- /Nachtstrukturen: Prozentanteil der Klientinnen und Klienten in Tages-/Nachtstrukturen im Alter ab 65 Jahren an allen Personen im Alter ab 65 Jahren.

Pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter ab 65 Jahren haben im Jahr 2023 kantonsweit 2 Personen einen Tages- oder Nachtplatz genutzt (vgl. Tabelle 9). Bei den Personen ab 80 Jahren waren es 5 Personen. Am grössten ist der Anteil an Klientinnen und Klienten in der Planungsregion Luzern. Wenig verbreitet ist das Angebot in den Planungsregionen Willisau und Entlebuch. Die Quote hat seit 2015 abgenommen. Damals besuchten 4 von tausend Einwohnenden im Alter ab 65 Jahren bzw. 6 ab 80 Jahren eine Tages- und Nachtstruktur (vgl. Kanton Luzern 2017: [Bericht zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) S. 23).

3.2.3 Betreutes Wohnen

Es gibt keine allgemein anerkannte und rechtlich verankerte Definition des Betreuten Wohnens. In diesem Bericht wird der Begriff weit gefasst, so dass auch Angebote darunterfallen, die beispielsweise als Wohnen mit Dienstleistungen bezeichnet werden (vgl. Anhang). Betreutes Wohnen kombiniert eine altersgerechte Bauweise und Wohnumgebung mit der Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote.¹⁰ Unter altersgerechter Bauweise und Wohnumgebung wird insbesondere eine barrierefreie Ausgestaltung der Wohneinheiten verstanden. Das Angebot besteht aus Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, die

¹⁰ Die im vorliegenden Bericht verwendete Definition stützt sich vorwiegend auf Stettler et al. ab (Stettler, 2023. S. 20–21).

bei Bedarf vermittelt und einzeln eingekauft werden können. Je nach Anbieter ist ein minimales Basispaket an Unterstützungsleistungen bereits in den Miet- bzw. Nebenkosten inbegriffen. Art und Umfang der im Betreuten Wohnen angebotenen Grundleistungen können unterschiedlich sein. Kennzeichnend sind jedoch die regelmässige Präsenz oder Erreichbarkeit einer Kontaktperson und ein Alarmsystem zum Erbringen rascher Hilfe im Notfall. Teilweise gibt es auch Angebote zur Förderung von sozialen Kontakten.

Kennzeichnend für Betreutes Wohnen ist, dass ihre Nutzerinnen und Nutzer keine ständige Betreuung oder Pflege benötigen. Das betreute Wohnen zählt daher zu den ambulanten Angeboten.

Im Kanton Luzern gab es Anfang 2024 in 32 Gemeinden Angebote des Betreuten Wohnens (vgl. Tabelle 10). Gemeinden ohne eigenes Angebot haben teilweise Regelungen mit anderen Gemeinden getroffen (z. B. Ermensee, Aesch und Schongau mit Hitzkirch). Das Angebot hat in den vergangenen zehn Jahren zugenommen. Im Jahr 2024 standen insgesamt 1810 Wohnungen zur Verfügung. 2016 waren es noch knapp 1300. Anhand der Wohnungsgrössen kann grob die Anzahl Personen geschätzt werden, die im Betreuten Wohnen lebt. 2024 kann von ungefähr 2040 Personen ausgegangen werden.

Tabelle 10: Betreutes Wohnen: Anzahl Wohnungen und Personen, Planungsregionen

	Anzahl Gemeinden mit Betreutem Wohnen am 1.1.2024	Anzahl Wohnungen am 1.1.2024	Geschätzte Anzahl Personen am 1.1.2024	Anzahl geplante Wohnungen	Anzahl Personen in geplanten Wohnungen
Planungsregion Luzern	10	1183	1311	350	435
Planungsregion Seetal	4	109	139	18	22
Planungsregion Sursee	8	268	288	54	83
Planungsregion Willisau	8	191	225	36	54
Planungsregion Entlebuch	2	59	77	58	85
Kanton Total	32	1810	2040	516	679

Datenquelle: Onlinebefragung der Gemeinden durch die DISG, September 2024

Pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre standen im Kanton Luzern Anfang 2024 durchschnittlich 22,4 Betreute Wohnungen zur Verfügung (vgl. Tabelle 11). Pro 1000 Personen der gleichen Altersgruppe lebten 25,2 in einer Betreuten Wohnung. Für die Personen über 80 Jahre ergab sich eine Wohnungsquote von 78,3 und eine Personenquote von 88,3.

Tabelle 11: Quoten Betreutes Wohnen 2024: Wohnungen und Personen, Anteil pro 1000 Personen über 65 bzw. 80 Jahre, Planungsregionen Kanton Luzern

	Quote Personen 65+		Quote Personen 80+	
	Wohnungen	Personen	Wohnungen	Personen
Planungsregion Luzern	26,5	29,3	86,4	95,7
Planungsregion Seetal	13,4	17,1	51,4	65,5
Planungsregion Sursee	19,7	21,2	78,4	84,3
Planungsregion Willisau	19,4	22,8	74,5	87,7
Planungsregion Entlebuch	12,7	16,6	44,8	58,5
Kanton Total	22,4	25,2	78,3	88,3

Datenquelle Ständige Wohnbevölkerung Ende Jahr 2023: Bundesamt für Statistik - STATPOP / Auswertung: LUSTAT Statistik Luzern, 2024. Berechnungen: DISG

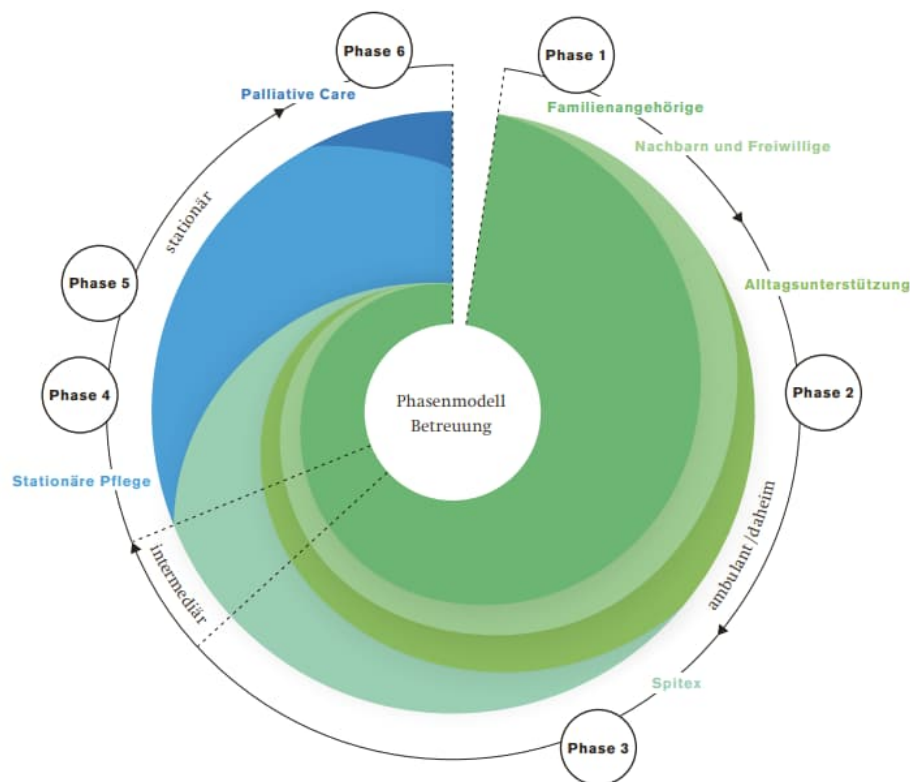
3.3 Informelle Hilfe: Betreuung und Pflege durch Angehörige

Unter informeller Hilfe werden Leistungen verstanden, die von dem Umfeld einer unterstützungsbedürftigen Person oder von organisierten Freiwilligen erbracht werden. Darunter fallen Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen. Von Angehörigen erbrachte Grundpflege kann im Falle einer Anstellung bei einer anerkannten Spitex-Organisation über die Krankenversicherung abgerechnet werden.¹¹ Mehrere Fragen zur adäquaten Planung, Steuerung und Finanzierung der Angehörigenpflege sind momentan noch nicht geklärt. Eine Klärung ist jedoch wichtig, damit eine nachhaltige Pflege durch Angehörige sichergestellt ist.

Das Engagement von Angehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn und Freiwilligen stellt eine wichtige Ressource für die Gesundheitsversorgung dar. Angehörige sind meist von Anfang an involviert, wenn Unterstützung benötigt wird, und sie begleiten die pflegebedürftige Person bis an ihr Lebensende. Nimmt der Bedarf an Hilfe zu und wird insbesondere auch Betreuung und Pflege benötigt, ist eine Zusammenarbeit und Entlastung durch Fachpersonen angezeigt. Diese arbeiten teilweise auch mit Freiwilligen (z. B. Besuchsdienst) zusammen. Das Phasenmodell der Betreuung (vgl. Abbildung 7), welches auch auf die Pflegebedürftigkeit zutrifft, zeigt die wichtige Rolle der informellen Hilfe. Sie übernimmt auch bei ambulanten Pflegeleistungen zeitlich den grössten Teil der Betreuung und Hilfe bei Personen in Privathaushalten.

¹¹ Es besteht die Möglichkeit, dass sich pflegende Angehörige von einer Spitex-Organisation anstellen lassen. Ihre Pflegeleistungen können über das KVG abgerechnet werden und gelten in der öffentlichen Statistik als Spitex-Leistungen.

Abbildung 7: Phasenmodell Betreuung



Quelle: Paul Schiller Stiftung 2018

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung haben 2022 15,9 Prozent der Luzernerinnen und Luzerner ab 65 Jahren in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen informelle Hilfe (d. h. Einkaufen, Pflege, administrative Arbeiten usw.) aus ihrem nahen Umfeld erhalten (Pahud et al. S. 205).

Aufgrund veränderter Familienstrukturen gewinnen sozialraumorientierte sorgende Gemeinschaften (Caring Communities) und neue integrierte Versorgungsmodelle an Bedeutung. Als Teil einer sorgenden Gemeinschaft sind ältere oder vulnerable Menschen sozial integriert und können sowohl Unterstützung leisten wie auch empfangen. Eine Caring Community kann aus Angehörigen, Personen aus dem Freundeskreis, der Nachbarschaft oder dem Quartier bestehen und durch freiwillig Tätige oder professionelle Leistungserbringende aus dem Gesundheits- und Sozialbereich ergänzt werden. Sorgende Gemeinschaften tragen dazu bei, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf möglichst lange, möglichst sicher und selbstbestimmt zu Hause leben können. Bei Bewohnenden stationärer Einrichtungen übernehmen die professionellen Dienstleistenden einen grossen Teil der Sorgeaufgaben.

4 Pflegeleistungen – zukünftiger Bedarf

4.1 Methode

Für die Versorgungsplanung 2018–2025 erstellte das Obsan verschiedene Szenarien der Entwicklung des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen im Kanton Luzern. Das Obsan hat im Auftrag des Kantons die Bedarfsprognosen für die Jahre 2025 bis 2045 erneuert. Es verwendete dasselbe Modell wie für die Prognosen 2022, auf denen sich das Monitoring abstützt (vgl. [Monitoringbericht 2022](#)). Dadurch sind auch Prognosen für den ambulanten Bereich möglich. Das Vorgehen ist in der Studie «Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz, Prognosen bis 2040» beschrieben (Pellegrini et al. 2022). Für die Prognosen 2022 wurde das Modell leicht modifiziert, um die Vergleichbarkeit mit der Versorgungsplanung 2018–2025 zu verbessern.¹²

Versorgungspolitische Szenarien

Die Inanspruchnahmerate im stationären Bereich liegt im Kanton Luzern weiterhin über dem schweizerischen Durchschnitt (vgl. [Abbildung 5](#)). Das heisst, aus versorgungspolitischer Sicht besteht weiterhin Potenzial für eine Verlagerung von stationärer Pflege in den ambulanten Bereich. Entsprechend umfassen die folgenden Prognosen neben dem Referenzszenario je ein Szenario, das von einer Abdeckungsrate gemäss dem schweizerischen Durchschnitt (Normszenario Schweiz) bzw. dem Deutschschweizer Mittelwert (Normszenario Deutschschweiz) ausgeht. Im Gegensatz zum Referenzszenario gehen die beiden Normszenarien für alle Planungsregionen von der jeweils gleichen Abdeckungsrate aus. Unterschiedliche Voraussetzungen in den einzelnen Regionen werden in einem nächsten Schritt bei der Festlegung der regionalen Platzzahlen berücksichtigt (vgl. Kapitel 4.5).

Verschiebung von stationären zu ambulanten Pflegeleistungen

Für die Szenarien, die von einer Verlagerung der stationären in die ambulante Pflege ausgehen, sind Annahmen über den Pflegebedarf derjenigen Personen zu treffen, die (vorerst) keinen Pflegeplatz benötigen. Wie im aktuellen Modell des Obsan vorgesehen, wird bei den Bedarfsprognosen davon ausgegangen, dass eine zukünftig ambulant versorgte Person dieselbe Anzahl durchschnittlicher jährlicher Pflegestunden beanspruchen wird, wie sie im Referenzjahr 2022 in den Spitex-Daten der LUSTAT zu entnehmen sind.¹³

4.2 Bedarf an stationärer Langzeitpflege

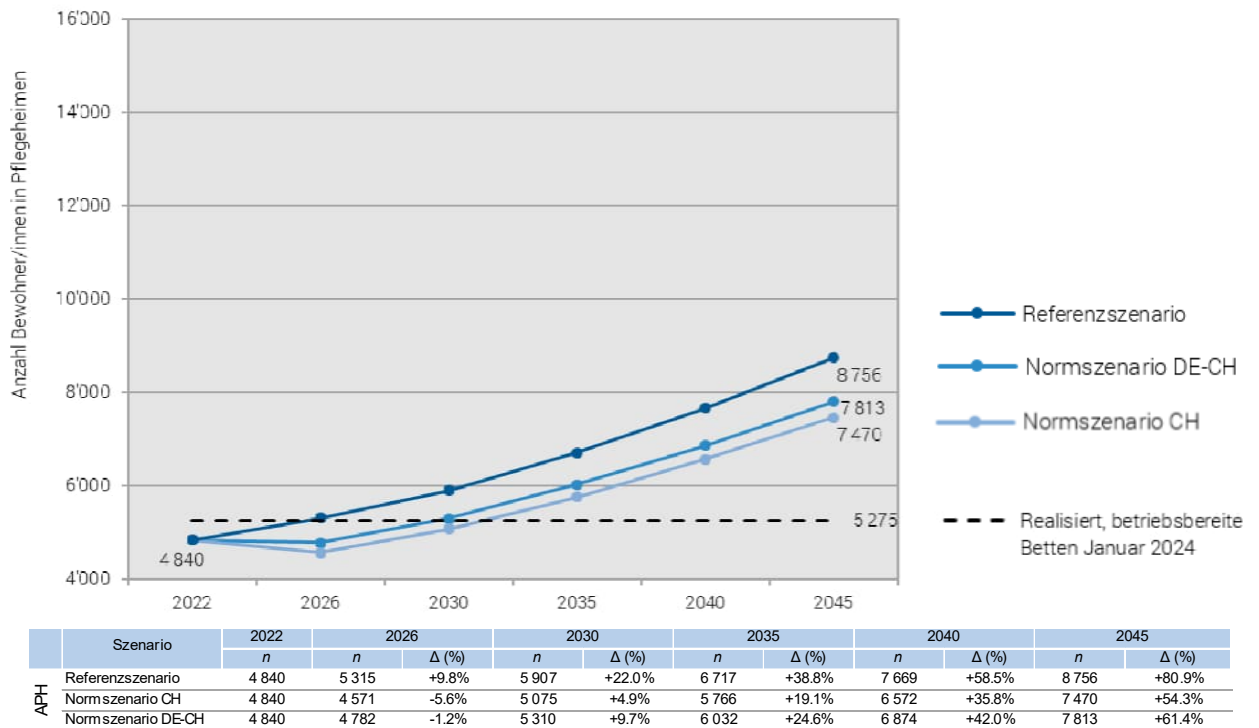
Das Referenzszenario geht davon aus, dass sich das Verhältnis zwischen pflegebedürftigen Personen, die zu Hause leben und denjenigen, die in ein Pflegeheim umgezogen sind, künftig nicht ändert. In diesem Fall ist zu erwarten, dass im Kanton Luzern bis 2035 gut 6700 Pflegeplätze benötigt werden (vgl. [Abbildung 8](#)). Würden jedoch mehr Personen ambulant versorgt, würden beim Normszenario Schweiz annähernd 5800 bzw. beim Normszenario Deutschschweiz gut 6000 Plätze benötigt.

Am 1. Januar 2025 verfügte der Kanton Luzern über 5323 einsatzbereite Pflegeplätze (vgl. weiter oben in Kapitel 3.1.2 das regionale Angebot sowie das überregionale Angebot in Kapitel 3.1.4). Anfang 2024 waren es noch 5275 (vgl. [Abbildung 8](#)).

¹² In der Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 wurde ein anderes Vorgehen verwendet. Dieses überschätzte die bis 2025 benötigten Pflegestunden jedoch. Die methodischen Anpassungen sind im Bericht «Statistische Grundlagen für die Versorgungsplanung der Langzeitpflege für den Kanton Luzern von 2019–2045. Methodendokumentation und Interpretationshilfe» dokumentiert (Pahud, 2024). In einem ergänzenden Kapitel werden die Unterschiede zwischen dem Mandat 2021 und 2024 beschrieben. Diese beruhen auf inzwischen erfolgten Modelloptimierungen.

¹³ Vgl. Pellegrini et al., 2022. S. 32.

Abbildung 8: Bedarfsprognosen Normszenarien stationäre Pflege, Kanton Luzern – Personen



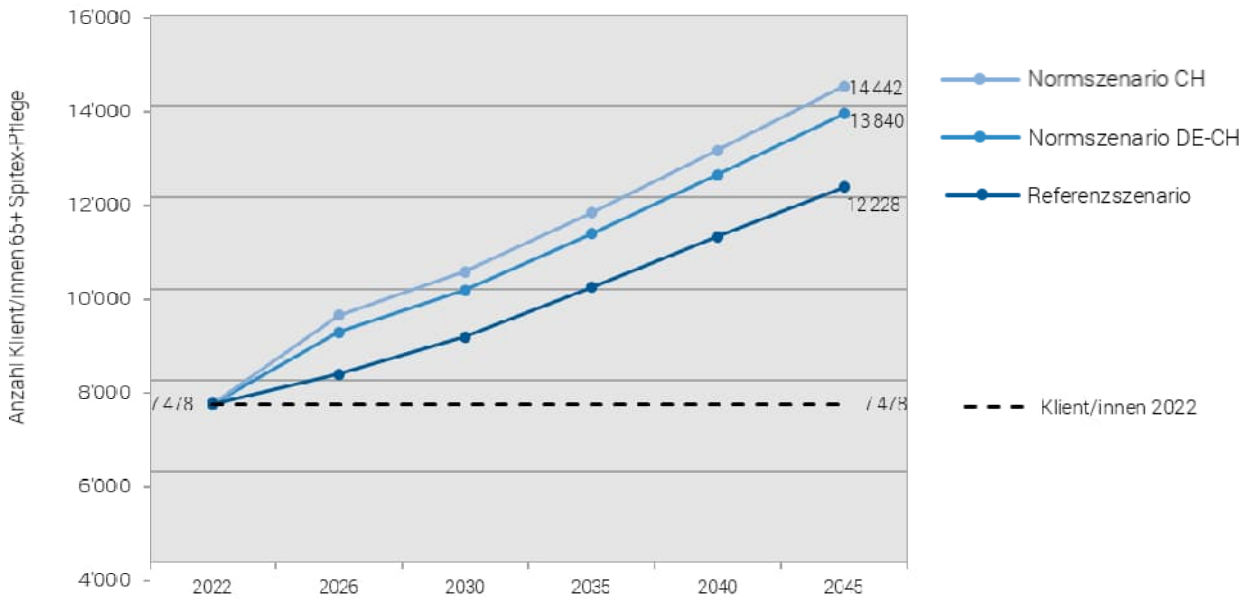
Datenquellen: LUSTAT Statistik Luzern, SOMED. Tiefes Bevölkerungsszenario. Auswertung Obsan © Obsan 2025

4.3 Bedarf an ambulanter Langzeitpflege

Um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können, muss ein Rückgang bei den stationären Angeboten durch einen Anstieg bei den ambulanten Leistungen kompensiert werden. Diese Abhängigkeit wird in den Prognosen für die ambulante Langzeitpflege sichtbar.

Im Vergleich zum Referenzszenario nimmt bei den Normszenarien die Anzahl Personen zu, die ambulant gepflegt wird. So steigt die Anzahl Personen zwischen 2022 und 2035 beim Referenzszenario kantonsweit um 34,2 Prozent, beim Normszenario Schweiz um 56,1 Prozent und beim Normszenario Deutschschweiz um 49,9 Prozent (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Bedarfsprognosen Normszenarien ambulante Pflege, Kanton: Anzahl Klientinnen und Klienten

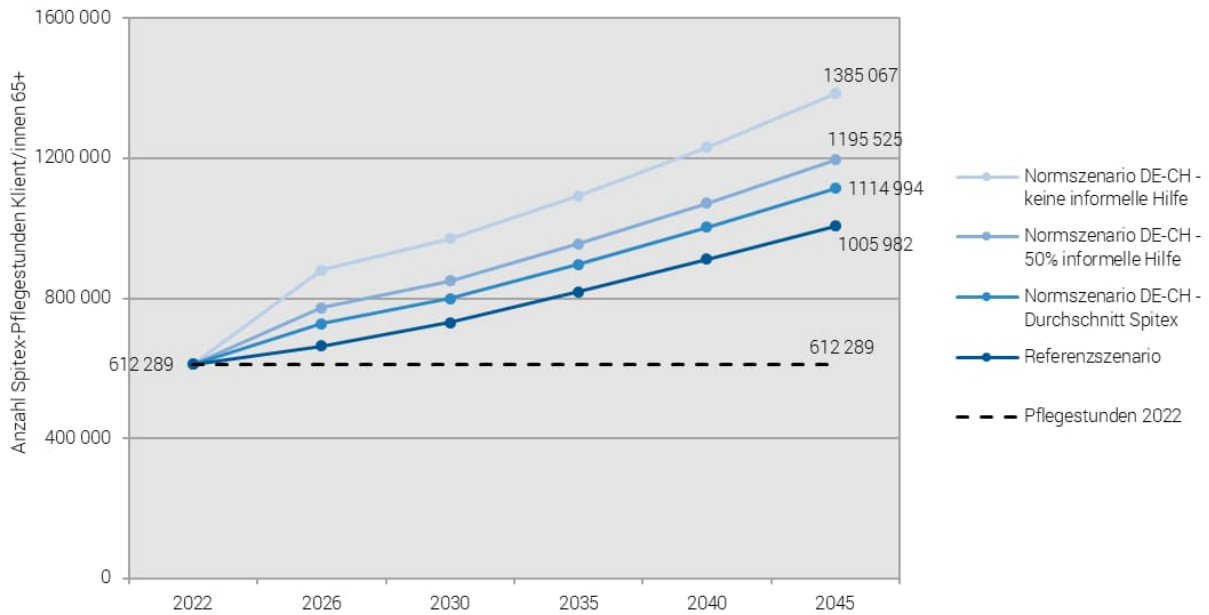


	Szenario	2022	2026		2030		2035		2040		2045	
		n	n	Δ (%)	n	Δ (%)	n	Δ (%)	n	Δ (%)	n	Δ (%)
Spitex	Referenzszenario	7 478	8 135	+8.8%	8 946	+19.6%	10 034	+34.2%	11 141	+49.0%	12 228	+63.5%
	Normszenario CH	7 478	9 424	+26.0%	10 383	+38.8%	11 673	+56.1%	13 033	+74.3%	14 442	+93.1%
	Normszenario DE-CH	7 478	9 053	+21.1%	9 971	+33.3%	11 207	+49.9%	12 503	+67.2%	13 840	+85.1%

Datenquellen: LUSTAT Statistik Luzern / BFS-SOMED 2022. Tiefes Bevölkerungsszenario© Obsan 2025

2022 leisteten die Spitex-Organisationen, die freischaffenden Pflegefachpersonen und die Tages- oder Nachtstrukturen knapp 612'300 Pflegestunden für Personen ab 65 Jahren (vgl. Abbildung 10). Erfolgt keine Verschiebung von stationärer Pflege in die ambulante (Referenzszenario), gehen die Schätzungen des Obsan für die gleiche Altersgruppe im Jahr 2035 von einem Bedarf an 818'400 Pflegestunden aus, im Jahr 2045 an knapp 1'006'000 Pflegestunden.

Abbildung 10: Bedarfsprognosen Normszenarien ambulante Pflege, Kanton: Anzahl Stunden



Datenquellen: LUSTAT Statistik Luzern / BFS-SOMED 2022, Tiefes Bevölkerungsszenario © Obsan 2025

Kommt es hingegen zu einer weiteren Verschiebung der Nachfrage von stationär zu ambulant, gilt es Annahmen zu treffen über den Umfang der zusätzlichen Spitex-Leistungen. Betrachtet man das Normszenario Deutschschweiz und verwendet bei der Berechnung der zusätzlichen Pflegestunden die durchschnittlichen Spitex-Pflegeleistungen pro Klientin und Klient, werden 2035 für Personen ab 65 Jahren gesamthaft 898'100 Stunden ambulante Pflege benötigt, 2045 knapp 1'115'000.

4.4 Bedarf an weiteren ambulanten Angeboten

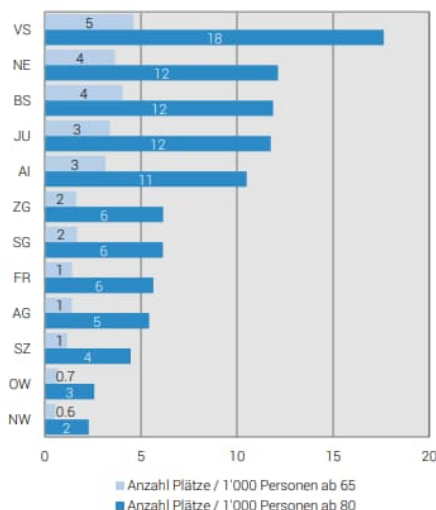
Tages- oder Nachtstrukturen oder Betreutes Wohnen tragen dazu bei, dass betreuungs- und pflegebedürftige Personen weiterhin in ihrem Privathaushalt leben können. Wenn weniger stationäre Pflegeplätze geplant werden, braucht es einen stärkeren Ausbau der Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige, eine teilweise Verlagerung der professionellen Hilfe in den ambulanten Bereich und die Bereitstellung barrierefreier Infrastruktur (Alterswohnungen, Betreutes Wohnen).

4.4.1 Tages- und Nachtstrukturen

Tages- oder Nachtstrukturen sind ein wichtiges Entlastungsangebot für pflegende und betreuende Angehörige (Kanton Luzern, 2016). Die Nutzenden bezahlen den grössten Teil der Leistungen selbst, da es sich dabei vorwiegend um Betreuung handelt. Dies könnte erklären, weshalb das Angebot eher zurückhaltend genutzt wird und dass die Nutzung seit 2015 abgenommen hat. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass insbesondere bei Personen mit geringen finanziellen Ressourcen eine Unterversorgung besteht. Der Kanton Luzern hat im Jahr 2024 neue Leistungen für unentgeltlich betreuende Angehörige eingeführt, eine Anerkennungszulage sowie Gutscheine für die Nutzung von Entlastungsangeboten. Letztere wurden im Einführungsjahr noch kaum genutzt. Die Information und die Sensibilisierung der Bevölkerung sollen daher intensiviert werden.

Die Auswertung der Daten von 12 Kantonen, bei denen vollständige Daten vorliegen, ergab für das Jahr 2019 eine Anzahl von 3 *Tagesplätzen pro 1000 Personen* ab 65 Jahren bzw. 11 *Plätzen pro 1000 Personen* ab 80 (Werner et al., 2021: S. 24). Wie Abbildung 11 zeigt, bestehen aufgrund der verschiedenen kantonalen Versorgungsstrategien grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen.

Abbildung 11: Anzahl Tagesplätze in ausgewählten Kantonen pro 1000 Einwohnenden ab 65 bzw. 80 Jahren, Stand: 2019



Datenquellen: Ecoplan. Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2021. BVS – STATPOP 2019. Darstellung übernommen aus: Werner et al. 2021 S. 25

Vergleicht man dies mit der Quote von zwei bzw. fünf *Personen pro 1000 Einwohnenden* im Alter von 65+ bzw. 80+, *welche im Kanton Luzern eine Tages- und Nachtstätte besuchten* (vgl. Kapitel 3.2.2), ist davon auszugehen, dass das Angebot in anderen Kantonen höher ist. Zu berücksichtigen ist beim Vergleich, dass nicht alle Personen täglich eine Tages- und Nachtstätte besuchen, so dass ein Platz in der Regel von mehreren Personen genutzt wird.

Die Förderung der ambulanten Versorgung erhöht wie gesagt den Bedarf an Entlastungsmöglichkeiten, wie sie die Tages- und Nachtplätze bieten. Möchte man die aktuelle Quote der Tages- und Nachtstrukturen im Kanton Luzern beibehalten oder wieder das Versorgungsniveau aus dem Jahr 2015 erreichen, wird bei einem prognostizierten Wachstum der Bevölkerung 65+ von rund 40 Prozent bis 2035 (bzw. über 50 Prozent bis 2045) ein weiterer Ausbau der Tages- und Nachtstrukturen notwendig sein.

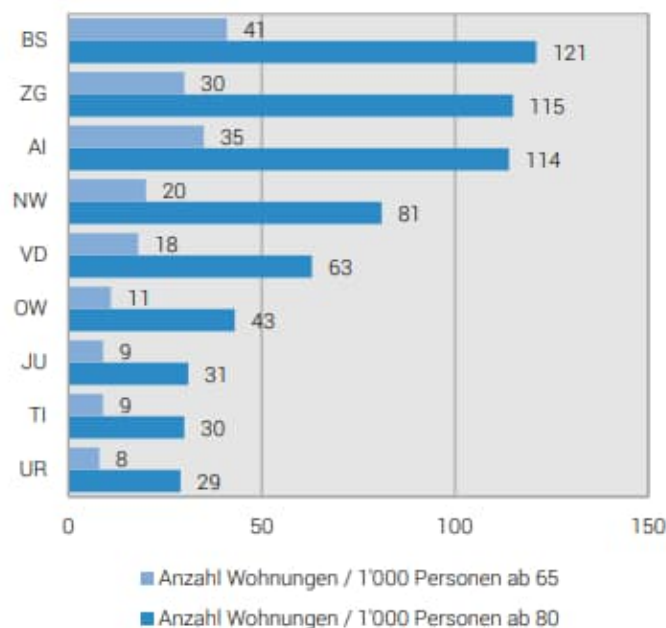
4.4.2 Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen kombiniert eine altersgerechte Bauweise und Wohnumgebung mit der Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote. Aus planerischer Sicht steht beim Betreuten Wohnen die Infrastruktur im Vordergrund. Pflegeleistungen werden durch die Spitex oder durch Anbieter ambulanter Pflege, die ausschliesslich in einem bestimmten Gebäudekomplex tätig sind (Pflegeheim) bzw. freischaffende Pflegefachpersonen erbracht. Der Bedarf an Spitex-Leistungen wird in Kapitel 4.3 thematisiert. Inbegriffen sind dabei auch ambulante Pflegeleistungen, welche Pflegeheime im Betreuten Wohnen erbringen.

Eine Verschiebung von Pflegeleistungen vom stationären zum ambulanten Bereich erhöht auch die Bedeutung des Betreuten Wohnens. Das heisst, es steigt nicht nur der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen und Betreuungsangeboten, sondern auch der Bedarf an hindernisfreien Wohnungen.

Die Datenlage zum Betreuten Wohnen ist unbefriedigend. Dies hat insbesondere damit zu tun, dass der Begriff nicht allgemeingültig definiert ist. Die Erhebung von Werner et al. (2021) zum intermediären Angebot in der Schweiz hat die Anzahl *Alterswohnungen* erhoben. Darunter verstehen sie sowohl "die «reinen Alterswohnungen» ohne Dienstleistungsangebot als auch die Wohnungen des «Betreuten Wohnens» mit einem solchen Angebot" (Werner et al., 2021, S. 18). Das heisst, die entsprechenden Zahlen sind nicht direkt mit den Daten aus dem Kanton Luzern vergleichbar (vgl. Kapitel 3.2.3). Die Studie weist Daten aus neun Kantonen aus. Durchschnittlich gab es 19 bzw. 64 Wohnungen pro 1000 Personen im Alter über 65 bzw. 80 (vgl. Abbildung 12). Beim Betreuten Wohnen im Kanton Luzern hingegen sind es 22,4 bzw. 78,3 Wohnungen (vgl. Kapitel 3.2.3).

Abbildung 12: Anzahl Alterswohnungen in ausgewählten Kantonen pro 1000 Personen ab 65 bzw. 80 Jahren, Stand: 2029



Datenquellen: Ecoplan. Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2021. BVS – STATPOP 2019. Darstellung übernommen aus: Werner et al. 2021, S. 19.

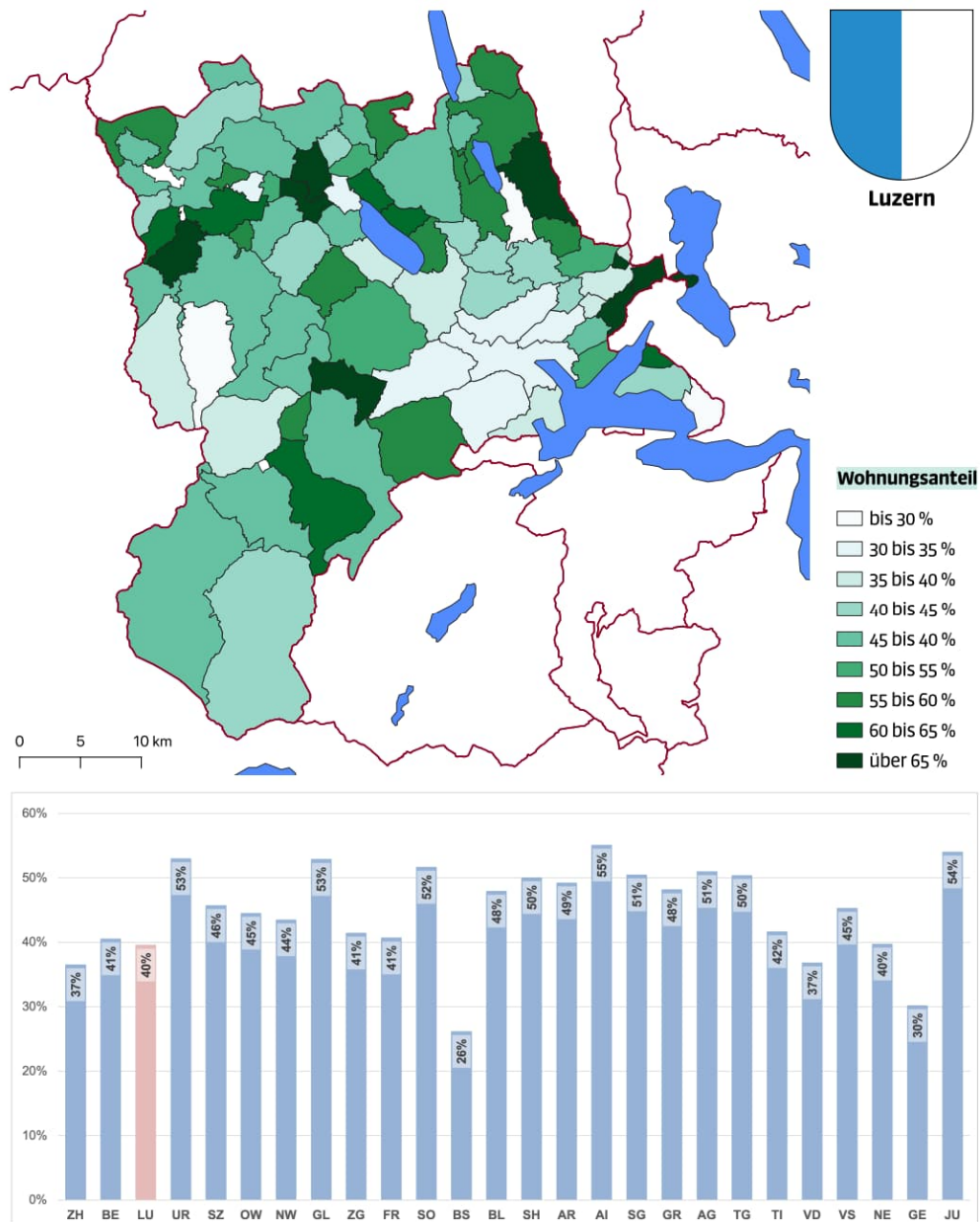
Das heisst, das Angebot an Betreutem Wohnen im Kanton Luzern liegt über dem Durchschnitt der neun betrachteten Kantone. Um wie viel es darüber liegt, kann nicht gesagt werden, weil die Vergleichszahlen der anderen Kantone auch Alterswohnungen ohne Betreuung beinhalten. Zu berücksichtigen ist beim Vergleich zudem, dass zwischen den neuen Vergleichskantonen grosse Unterschiede bestehen: Die Quoten von Basel-Stadt und Uri differieren um über 300 bzw. 400 Prozent.

Möchte man die aktuelle Quote des Betreuten Wohnens im Kanton Luzern beibehalten oder weiter erhöhen, wird bei einem prognostizierten Wachstum der Bevölkerung 65+ von rund 40 Prozent bis 2035 (bzw. über 50 Prozent bis 2045) ein weiterer Ausbau des Betreuten Wohnens notwendig sein.

4.5 Exkurs: Wohnen im Alter in Privathaushalten

Die Wohnsituation älterer Menschen ist mitentscheidend dafür, ob sie in ihrer bisherigen Privatwohnung bleiben oder umziehen. Eine zu gross gewordene dezentrale Wohnung kann der Auslöser für den Umzug in eine kleinere, zentral gelegene Wohnung sein – z. B. ins Betreute Wohnen. Ist der Betreuungs- und Pflegebedarf jedoch bereits gross, erfolgt oftmals direkt ein Umzug in ein Pflegeheim. Der Anteil an unterbelegten Wohnungen kann als einer von möglichen Indikatoren bei der Planung der künftig benötigten Pflegeplätze herangezogen werden. Je nachdem, ob in einer Region geeigneter Wohnraum als Alternative zur bisherigen Wohnung vorhanden ist, braucht es mehr oder weniger Pflegeplätze. Die Förderung von altersgerechtem Wohnbau schafft insbesondere für Menschen mit geringerem Pflege- und Betreuungsbedarf Alternativen zum Heimeintritt.

Abbildung 13: Anteil unterbelegter Wohnungen in Altershaushalten mit über 80-jährigen Personen im Kanton Luzern



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, STATPOP & GWS, 2022. Datenberechnung und -aufbereitung: Hochschule Luzern, Wohnkalkulator.

Definition Unterbelegung: Zimmerzahl ist um mindestens drei grösser als die Personenzahl (also z. B. 5-Zimmer-Wohnung für 2 Personen).

Einen hohen Anteil an unterbelegten Wohnungen, in denen Personen mit über 80 Jahren leben, gibt es vor allem in ländlichen Gemeinden (vgl. Abbildung 13). Ausnahmen bilden die Gemeinden Hergiswil, Egolzwil und Grossdietwil. In der Stadt und der Agglomeration Luzern, in Sursee und Hochdorf ist der Anteil hingegen tief.

Ein Umzug in eine kleinere Wohnung ist jedoch aufgrund fehlender alterungsgerechter Wohnungen nur selten möglich. Zudem ist sie häufig mit höheren Wohnkosten verbunden, da ältere Menschen durch den langjährigen Verbleib in derselben Wohnung oder einer Immobilie unterdurchschnittliche Miet- und Wohnkosten haben.

5 Angebotsplanung stationäre Langzeitpflege

In diesem Kapitel werden die Höchstwerte für die stationäre Versorgung bis im Jahr 2035 hergeleitet.

Die Tatsache, dass pflegebedürftige Personen möglichst lange zu Hause leben möchten und tendenziell immer später ins Pflegeheim eintreten, sowie die im kantonalen Vergleich weiterhin hohe Inanspruchnahmerate bei den Pflegeplätzen sprechen für das Potenzial einer weiteren Verschiebung hin zu ambulanter Pflege. Bis ins Jahr 2035 kann der Bedarf an Pflegeplätzen im Kanton Luzern je nach Umfang der Substitution durch ambulante Angebote zwischen 5800 (Normszenario Schweiz) und 6700 (Referenzszenario) liegen (vgl. Kapitel 4.2). Aufgrund der weiterhin relativ tiefen Rate der Inanspruchnahme von ambulant erbrachten Pflegeleistungen erscheint es realistischer, das tiefere Deutschschweizer Normszenario anzustreben, d. h. ohne die in der Westschweizer Kantonen etablierten integrierten Versorgungsstrukturen mit ausgebauten ambulanten Gesundheitszentren. Der Kanton Luzern plant zwar in seiner Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.» ebenfalls den Auf- oder Ausbau von Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitszentren, diese Entwicklung befindet sich allerdings noch am Anfang und kann deshalb nur marginal in der Angebotsplanung der stationären Langzeitpflege bis ins Jahr 2035 berücksichtigt werden. Für den stationären Bereich im Kanton Luzern bedeutet dies einen Ausbau der heute gut 5300 realisierten Pflegeplätze auf rund 6000 (inkl. 4 Prozent überregionale Spezialversorgung). Um regionale Unterschiede der strukturellen Gegebenheiten und gesellschaftlichen Entwicklungen zu berücksichtigen, soll es jedoch möglich sein, eine vom Deutschschweizer Normszenario abweichende Maximalzahl festzulegen. Nachfolgend wird das Vorgehen beschrieben.

5.1 Methode

5.1.1 Regionale Grundversorgung

Planungseinheit bilden weiterhin die fünf Planungsregionen¹⁴ Luzern, Seetal, Sursee, Willisau und Entlebuch. Um ein einheitliches und nachvollziehbares Vorgehen zu gewährleisten, werden die regionalen Platzzahlen mit dem standardisierten Instrument eruiert, welches bereits bei der Versorgungsplanung 2018–2026 verwendet wurde. Dieses wurde im Vergleich zur letzten Planung leicht modifiziert, da nicht mehr alle Daten zur Verfügung stehen. Eine nachträgliche Ergänzung der Plätze für Personen unter 65 Jahre erübrigt sich, weil diese im neuen Prognosemodell des Obsan bereits berücksichtigt werden. Ebenfalls bereits enthalten in den regionalen Prognosen ist ein Abzug von 4 Prozent für die überregionale Spezialversorgung (vgl. dazu Kapitel 5.1.2). Die Daten stammen aus der öffentlichen Statistik, die Angaben zum Betreuten Wohnen aus der Befragung der Gemeinden durch die Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG).

Die Platzzahl gemäss dem Normszenario Deutschschweiz kann erhöht werden, wenn sich aufgrund der Beurteilung der im Planungsinstrument aufgeführten Einflussfaktoren zeigt, dass die Voraussetzungen für die Substitution des stationären Angebots durch ambulante Leistungen nicht im notwendigen Umfang gegeben sind. Folgende Einflussfaktoren können mit den im Instrument aufgeführten Daten analysiert werden: Anzahl Personen mit Pflegestufen 0–2 in Pflegeheimen, aktuelles Angebot und Entwicklungspotenzial der ambulanten Versorgungsstrukturen (Spitex, Tages- oder Nachtstrukturen, Betreutes Wohnen), Prognosen

¹⁴ Die Zuteilung der Gemeinden ist im Anhang aufgeführt.

ambulante Langzeitpflege, strukturelle Gegebenheiten und gesellschaftliche Veränderungen (Wohnsituation der zu Hause lebenden Personen). Weiteren Besonderheiten, welche die Versorgungsstrukturen betreffen, wie etwa Vereinbarungen von Gemeinden mit Pflegeheimen in anderen Planungsregionen, kann ebenfalls Rechnung getragen werden.

5.1.2 Neues Konzept für die überregionale Spezialversorgung

Eine Abschätzung, wie sich der Bedarf der sehr heterogenen überregionalen Spezialversorgung entwickelt, ist schwierig. Bei der Gemeindebefragung im Herbst 2024 hat die DISG auch danach gefragt, in welchem Bereich der Spezialversorgung das grösste Wachstum erwartet wird. Am häufigsten genannt wurden eine steigende Nachfrage nach spezialisierten Angeboten für Personen mit Verhaltensauffälligkeiten, nach Plätzen für komplexe somatische Pflege sowie nach Plätzen für kurzfristige Ein- und Austritte.

Da verschiedene Anbieter signalisieren, dass sie ihre Angebote der Spezialversorgung nicht mehr aufrechterhalten werden, besteht die Gefahr einer Unterversorgung. Dies trifft vor allem auf die stationäre alterspsychiatrische Langzeitpflege, auf umfangreiche und komplexe somatische Langzeitpflege sowie auf spezialisierte Palliativ Care (Angebote für jüngere Personen) zu. Die Anbieter bekunden Mühe, die Angebote kostendeckend zu erbringen. Obwohl die entsprechenden Probleme seit Jahren bekannt sind, fehlt bisher eine Lösung.

Eine zentrale Planung und das Schaffen von Anreizen für die Leistungserbringung sind daher unumgänglich, wie auch das Beispiel des Kantons St. Gallen zeigt (Kanton St. Gallen, 2024): Im Zuge der Reform des Finanzierungsmodells per 1. Januar 2025 bleiben die politischen Gemeinden im Kanton St. Gallen weiterhin für die Bereitstellung der Grundversorgung der Langzeitpflege zuständig. Die spezialisierte Langzeitpflege wird aber neu zentral geplant und der Kanton erteilt Leistungsaufträge an entsprechend qualifizierte Betriebe. Der Leistungsauftrag enthält die Platzzahl, den Leistungskatalog und die Finanzierung. Alle Pflegeheime und auch neue Leistungsanbieter können sich um die Leistungserbringung bewerben. Die Angebote müssen regional verteilt sein und der regionale Bedarf für die entsprechende Angebotsstruktur muss nachgewiesen und Qualitätsanforderungen müssen erfüllt sein. Im Kanton St. Gallen wird Demenz (noch) nicht Teil der spezialisierten Langzeitpflege sein (Kanton St. Gallen, 2024). Dies weil er noch keine klaren Kriterien definiert hat, welche es erlauben, zwischen Personen mit Demenz zu unterscheiden, die ohne ein spezialisiertes Angebot gepflegt und betreut werden können, und denjenigen, die eine Spezialversorgung benötigen. Die Schwierigkeit besteht unter anderem darin, dass der Umfang des Betreuungsbedarfs von der individuellen Ausprägung der Krankheit (z. B. herausforderndes Verhalten) abhängig ist und sich im Verlauf der Erkrankung verändert. In seinem provisorischen Versorgungsbericht zur Pflegeheimbettenplanung 2027 unterscheidet auch der Kanton Zürich, gleich wie der Kanton St. Gallen, zwischen Grund- und Spezialversorgung (vgl. Kanton Zürich, 2025).

Für die Planung der überregionalen Spezialversorgung der stationären Langzeitpflege im Kanton Luzern erscheinen folgende Änderungen zielführend:

A) Aufteilung der stationären überregionalen Spezialversorgung in drei Kategorien (analog Kanton St. Gallen und Kanton Zürich):

1. **Psychiatrische Langzeitpflege und spezialisierte Betreuung.** Bei diesem Angebot handelt es sich um Langzeitplätze für Personen, bei denen eine individualisierte Betreuung im Vordergrund steht. Der Grund dafür kann unterschiedlich sein: psychische Behinderung (z. B. mit Verhaltensauffälligkeiten), dementielle Erkrankungen, Sinnesbehinderung¹⁵. Teilweise gehören auch Plätze der Überbrückungspflege in diese Kategorie.
2. **Umfangreiche und komplexe somatische Langzeitpflege** (bisher: Spezialisierte Langzeitplätze für Menschen mit hohem und speziellem Pflegebedarf). Bei diesem Angebot handelt es sich um Plätze für Personen mit aufwendiger Pflege, die Spezialkenntnisse voraussetzt. Oftmals sind die Betroffenen jünger als 65 Jahre.
3. **Spezialisierte Palliativ Care.**¹⁶ Das Angebot richtet sich an Personen ab 18 Jahren, die sich in der End-of-Life-Phase befinden. Für die Betroffenen ist kein Spitalaufenthalt erforderlich, und ihre Betreuung und Pflege kann weder ambulant zu Hause noch integriert in einer allgemeinen Abteilung eines Pflegeheims in gleicher Form gewährleistet werden.

Der Kanton Zürich hat in seiner provisorischen Bettenplanung 2027 leistungsspezifische Anforderungen für einzelne Kategorien der Spezialversorgung definiert (Kanton Zürich, 2025, S. 91–93). Diese bilden eine geeignete Grundlage für die Definition von Vorgaben für spezialisierte Leistungserbringer im Kanton Luzern (vgl. Anhang, S. 66). Im Detail sind diese aber noch eingehender zu klären und anzupassen.

Menschen mit einer mittleren oder hohen Suchtlast haben individuell indizierten Bedarf an Angeboten der Spezialversorgung und können in allen Kategorien vorkommen.

Die stationären Plätze für Akut- und Übergangspflege gemäss KVG werden neu separat auf der Pflegeheimliste aufgeführt, da ihre Nutzung einem anderen Finanzierungsmodell folgt. Die Nachfrage im Kanton Luzern ist tief – dies hat zur Folge, dass das Alterszentrum Viva Luzern Rosenberg sein Angebot nicht mehr aufrechterhält. Die im Kanton Luzern zwischen dem Luzerner Kantonsspital und dem Seeblick Sursee abgeschlossene Vereinbarung zum stationären Überbrückungspflege-Angebot wird zukünftig in die spezialisierte Langzeitpflege übergeführt und die Übertritte so auf einer rechtlichen Basis und flexibler ermöglichen. Die Plätze des Pflegeheims Kloster Baldegg werden nicht mehr zur überregionalen Spezialversorgung gezählt und der neu geschaffenen Kategorie «Akut- und Übergangspflege und andere» zugeteilt.

B) Die politischen Gemeinden bleiben weiterhin für die Bereitstellung der Grundversorgung der Langzeitpflege zuständig. Der Kanton plant aber die spezialisierte Langzeitpflege und erteilt die entsprechenden Leistungsaufträge an interessierte Betriebe. Der Leistungsauftrag enthält die Platzzahl und definiert die Finanzierung. Alle Pflegeheime und auch neue Leistungsanbieter können sich um die Leistungserbringung bewerben. Die Angebote müssen

¹⁵ In der bisherigen Pflegeheimliste handelte es sich dabei um: spezialisierte Langzeitplätze für Menschen mit psychischer Behinderung oder starker Verhaltensauffälligkeit, für jüngere Menschen mit Demenz, für Menschen mit Sehbehinderung, zum Teil stationäre Plätze für stationäre Überbrückungspflege.

¹⁶ Vgl. Motion M 234 vom 16. Juni 2024: Schärli Stephan und Mit. über die Etablierung einer Finanzierung zertifizierter Hospize im Kanton Luzern.

Der Regierungsrat wird mit dieser Motion aufgefordert, eine adäquate Finanzierung zertifizierter Hospize im Kanton Luzern mit einem neuen, der Spitalfinanzierung vergleichbaren Modell umzusetzen. Der Regierungsrat zeigt in seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2025 auf, dass weiterhin eine gesamtschweizerisch einheitliche Lösung der Finanzierung der Palliativ-Angebote (inkl. Hospize) vordringlich ist. Gleichzeitig schlägt er vor, die Finanzierung der stationären Palliativpflege zusammen mit anderen spezialisierten Leistungen der Langzeitpflege zu analysieren. In diesem Sinne lehnt er die Motion ab und beantragt stattdessen, diese im Sinne der Erwägungen als Postulat erheblich zu erklären.

regional verteilt sein, und der regionale Bedarf für die entsprechende Angebotsstruktur muss nachgewiesen und Qualitätsanforderungen müssen erfüllt sein.

C) Die Anerkennung der Plätze der Spezialversorgung erfolgt durch die Aufnahme in die Pflegeheimliste. Entscheidend für die Nutzung ist die Indikation (vgl. auch Kanton Zürich, 2025, S. 24 ff.). So kann sichergestellt werden, dass die Plätze durch Personen mit einem entsprechenden Bedarf besetzt und die Zusatzkosten gerechtfertigt sind.

D) Solidarische Finanzierung der Kosten für die stationäre Spezialversorgung. Damit entfallen teilweise nicht einheitlich erhobene Zuschläge für indizierte und nicht frei wählbare Leistungen (z. B. Demenzzuschläge)¹⁷.

Der Umfang der überregionalen Spezialversorgung wird erneut normativ festgelegt. Wie bei der Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 wird ein bestimmter Prozentsatz der gesamten stationären Versorgung für das Spezialangebot dafür reserviert. Der prozentuale Anteil trägt der demografischen Entwicklung Rechnung.

Als maximale Platzzahl für das regionale Angebot wurden bei der bisherigen Planung 4 Prozent der Pflegeplätze im Kanton Luzern reserviert. Am 1. Januar 2025 waren gesamthaft 5309 Plätze realisiert. Davon waren 202 oder 3,8 Prozent überregionale Spezialplätze. Da sowohl der Bedarf an spezialisierten Plätzen für Menschen mit Demenz als auch jener von Menschen mit Behinderungen im höheren Alter steigen wird, soll die überregionale Spezialversorgung einen Umfang von 5 Prozent der Grundversorgung betragen.

5.1.3 Pflegeleistungen von SEG-Einrichtungen

Bei Plätzen in SEG-Einrichtungen¹⁸, Bereich B für erwachsene Personen mit Behinderung werden drei Angebote unterschieden: Wohnen, Tagesstruktur und Arbeiten. Die in SEG-Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen für Personen unter 65 Jahren mit einem hohen Pflegebedarf werden durch die leistungsorientierte Abgeltung nach IBB (Individueller Betreuungsbedarf) teilweise nicht abgedeckt. Grundsätzlich ist es möglich, soziale Einrichtungen in die Pflegeheimliste aufzunehmen, worauf in § 28 Absatz 1d des Gesetzes über soziale Einrichtungen (SEG; SRL Nr. 894) hingewiesen wird. Die notwendigen Plätze im SEG-Bereich werden im [Planungsbericht gemäss § 8 Absatz 1 SEG](#) ermittelt. Dieser Bedarf wird für die Pflegeheimplanung gemäss Artikel 39 Absatz 1d KVG übernommen. Die Plätze bleiben ausschliesslich für SEG-Einrichtungen reserviert.

Die Aufnahme in die Pflegeheimliste ermöglicht es, die mit den abgestuften Taxen für den betreuungsbedingten Mehraufwand ungedeckten Pflegekosten mit den Krankenversicherern abzurechnen. Es wird ausschliesslich der Anteil der Versicherer gemäss KVG abgerechnet, jedoch nicht der Anteil der Versicherten und der Restfinanzierer.

Damit Pflegeleistungen mit den Krankenversicherern abgerechnet werden können, haben die Leistungserbringer weitere Anforderungen zu erfüllen. So müssen die Betriebe über eine Zahlstellenregister-Nummer (ZSR) verfügen. Voraussetzung dafür ist unter anderem eine kantonale Betriebsbewilligung gemäss BPG. Diese stellt, im Vergleich zu einer SEG-Bewilligung, zusätzliche Bedingungen (z. B. Anstellung einer Pflegedienstleitung mit einer Berufsausübungsbewilligung). Damit die pflegebedürftigen Personen Anspruch auf Kostenübernahme

¹⁷ Vgl. Postulat P 693 vom 14. September 2021: Schneider Andy und Mit. über den Verzicht auf Demenzzuschläge gemäss kantonaler Demenzstrategie Ziel 4.

Antrag des Regierungsrates vom 14. Juni 2022: Der Regierungsrat schlägt vor, einen gemeinsam mit den Gemeinden und den Leistungserbringern weiterentwickelten Lösungsvorschlag im Rahmen einer künftigen Revision des Betreuungs- und Pflegegesetzes erneut zur Diskussion zu stellen. Der Kantonsrat hat das Postulat erheblich erklärt.

¹⁸ Es handelt sich dabei um Plätze gemäss dem Gesetz über Soziale Einrichtungen, SRL Nr. 894.

durch die Krankenversicherer haben, müssen die Pflegeleistungen gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erfasst werden. Das bedeutet für SEG-Einrichtungen, dass sie neben der IBB- zusätzlich eine KLV-Einstufung vornehmen müssen. Zudem müssen die Pflegeleistungen ärztlich verordnet und regelmässig überprüft werden.

5.2 Planung der stationären Pflege (Pflegeheimplanung)

5.2.1 Regionale Grundversorgung

Die DISG diskutierte die vom Obsan erstellten regionalen Prognosen sowie das oben beschriebene Vorgehen mit den Gemeinden der fünf Planungsregionen. In allen Planungsregionen bestand Einigkeit, dass die ambulanten Angebote künftig noch stärker ausgebaut werden sollen, so dass für den zukünftigen Ausbau des stationären Angebots nicht der bisherige Wachstumspfad (Referenzszenario) angestrebt werden soll, sondern dass das Normszenario Deutschschweiz ausreicht. Einzig in der Planungsregion Sursee wird das Referenzszenario verwendet, weil dieses bereits unter dem Normszenario Schweiz liegt.

Wie in Kapitel 1 erwähnt, wurde das den Prognosen zugrunde liegende Bevölkerungsszenario angepasst. Dies gilt für die Planungsregionen Luzern und Sursee, für welche das tiefe Bevölkerungsszenario zur Anwendung kommt. Die bisherige Platzzahl der Planungsregion Seetal wird um 70 Plätze erhöht. Dies entspricht dem Bedarf, den die Gemeindebehörden der Planungsregionen aufgrund ihrer Berechnungen und eingehenden Diskussion abgeschätzt haben. Ebenfalls keine Anpassung erfolgte bei den Planungsregionen Willisau und Entlebuch, da diese eine bedarfsgerechte, dichtere stationäre Versorgungsstruktur aufweisen. Bei der Planungsregion Entlebuch soll zudem ein Wert festgelegt werden, der 60 Plätze über dem Deutschschweizer Szenario liegt. Dies erscheint notwendig, weil die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime hohe Pflegestufen aufweisen und weil eine Entlastung durch ambulante Angebote geringer eingeschätzt wird als in den anderen Regionen. Gleichzeitig besteht bei der gesamten Bevölkerung ein höheres Potenzial bei der Gesundheitsförderung. Diesbezüglich leistet die Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.» einen Beitrag, indem sie gesundheitsfördernde Massnahmen (Primärprävention) und Massnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) umsetzen und fördern möchte.

Für die Planungsregion werden somit folgende Platzzahlen vorgeschlagen: Luzern 3142 Plätze, Seetal 530 Plätze, Sursee 1070 Plätze, Willisau 766 Plätze und Entlebuch 417 Plätze (vgl. Tabelle 12). Dies ergibt ein Total von 5925 Plätzen, die bis ins Jahr 2035 in die Pflegeheimliste des Kantons Luzern aufgenommen werden können. Inbegriffen in dieser Platzzahl sind Plätze in Demenzabteilungen für Personen ohne besonderen Betreuungsbedarf, stationäre Entlastungsplätze sowie Notfallplätze. Diese gehören zum Grundangebot der Pflegeheime.

Tabelle 12: Maximale Anzahl Plätze bis 2035: Regionale Grundversorgung

	Maximale Platzzahl bis 2035	Anzahl reali- sierter Plätze (Stand 1. Ja- nuar 2025)	Zusatzbedarf bis 2035 (absolut)	Zusatzbedarf bis 2035 (in Prozent)
Planungsregion Luzern	3142	2809	333	11,9
Planungsregion Seetal	530	460	70	15,2
Planungsregion Sursee	1070	746	324	43,4
Planungsregion Willisau	766	716	50	7,0
Planungsregion Entlebuch	417	376	41	10,9
Total Regionales Angebot	5925	5107	818	16,0

Bis ins Jahr 2035 werden somit 818 weitere Pflegeplätze benötigt. Vier Fünftel davon in den beiden Planungsregionen Luzern (333) und Sursee (324). In der Planungsregion Luzern besteht aufgrund des hohen Anteils an Personen mit tiefen Pflegestufen Potenzial, den Ausbau von Pflegeplätzen zu senken oder zu verzögern und stattdessen pflegebedürftige Menschen vermehrt in Privathaushalten oder Betreutem Wohnen zu pflegen und zu betreuen. Dieses Potenzial der Substitution ist in der Planungsregion Sursee nicht vorhanden.

Bei den in Tabelle 12 festgelegten Zahlen handelt es sich um die maximale Anzahl Plätze, die bis ins Jahr 2035 in die Pflegeheimliste aufgenommen werden kann. Liegt die Auslastung¹⁹ der Pflegeheime in einer Planungsregion insgesamt während der letzten drei Jahre bei 98.0 Prozent oder mehr, kann die Planungsregion jedoch ein begründetes Gesuch um eine Erhöhung des Maximalwerts stellen. Der Regierungsrat kann den Wert für die Planungsregion aufgrund einer Aktualisierung der Pflegeheimplanung entsprechend erhöhen, wenn dafür eine Notwendigkeit besteht.

Stationäre Angebote für Menschen mit Demenz

In der Demenzstrategie des Kantons Luzern 2018–2028 wird ein genügend grosses Angebot an stationären Plätzen für Menschen mit Demenz verlangt.

Die stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz zählt grundsätzlich zur Grundversorgung eines Pflegeheims. Die Beherbergung von Menschen mit Demenz stellt teilweise besondere Anforderungen an die Infrastruktur. Besteht etwa eine Weglauftendenz, braucht es technische oder bauliche Massnahmen, die dem Bewegungsdrang der Betroffenen entgegenkommen und gleichzeitig verhindern, dass diese weglaufen oder sich verlaufen. Um aufzuzeigen, wie der Komplexität der Anforderungen begegnet wird, wird von den Leistungserbringenden in der Demenzstrategie ein Demenzkonzept verlangt. Die Massnahme soll dazu beitragen, die für die Aufnahme in die Pflegeheimliste erforderliche Qualität der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sicherzustellen.

Obwohl die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz Teil der regionalen Grundversorgung darstellt, stehen auch Plätze des überregionalen Angebots für besonders betreuungsintensive Betroffene zur Verfügung (vgl. Kapitel 5.2.2).

¹⁹ Zur Berechnung der Auslastung werden die Daten aus der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) verwendet. Die Auslastung wird als Durchschnittswert berechnet (Anzahl fakturierter Tage / 365 / Anzahl Plätze am 1. Januar * 100). Die Anzahl fakturierter Tage ist folgendermassen definiert: verrechnete Tage für den Aufenthalt (inkl. Ferientage bei Angehörigen), wobei Spitalaufenthalte und Reservationen vor Eintritt / nach Austritt nicht mitgezählt werden.

Stationäre Entlastungs- und Notfallplätze

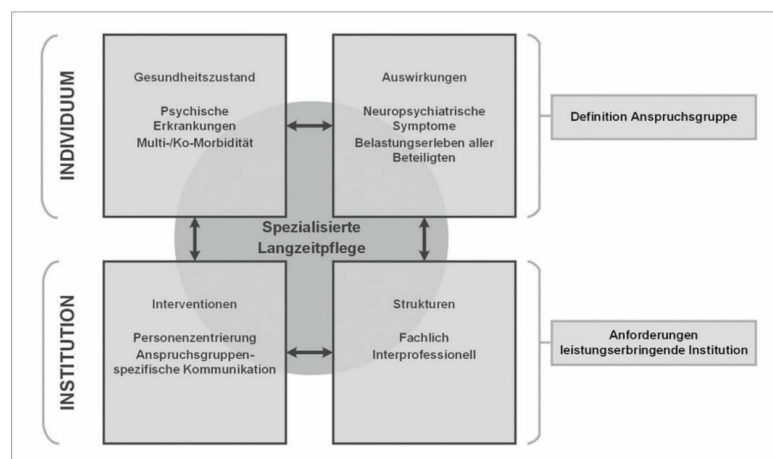
In jeder Planungsregion sind stationäre Entlastungsplätze und Notfallplätze für in einem Privathaushalt lebende Menschen anzubieten, die für diesen Zweck freigehalten werden (vgl. auch Anhang: Terminologie). Eine Verschiebung der Versorgung vom stationären zum ambulanten Bereich wirkt sich auch auf den Bedarf an stationären Entlastungs- und Notfallplätzen aus. Daher ist ein weiterer Ausbau an speziell dafür vorgesehenen stationären Entlastungs- und Notfallplätzen notwendig, auch wenn die Pflegeheime Langzeitplätze, die im Bedarfsfall zufälligerweise frei sind, für Notfälle oder zur Entlastung von pflegenden Angehörigen zur Verfügung stellen. Seit 2024 finanzieren Kanton und Gemeinden einen solchen Aufenthalt über die Betreuungsgutscheine im Falle von unentgeltlich betreuenden Angehörigen mit. Angebote im Anschluss an einen Klinikaufenthalt zählen zur Kategorie der spezialisierten Langzeitpflege (vgl. nächstes Kapitel).

5.2.2 Überregionale Spezialversorgung

Die spezialisierte Langzeitpflege unterscheidet sich von der Grundversorgung durch die adäquate Berücksichtigung von Komplexität und Instabilität. Diese Begriffe beschreiben die Vielschichtigkeit des Bedarfs von pflegebedürftigen Personen sowie die Dynamik von diesbezüglichen Pflege- und Betreuungssituationen (Brenner/Gattinger, 2025). Komplexität in der Pflege manifestiert sich als vielschichtiges Phänomen, das über die alltagssprachliche Bedeutung von «schwierig» oder «kompliziert» hinausgeht. Sie zeigt sich in der Nichtlinearität von Pflegesituationen, bei denen kleine Veränderungen zu grossen Auswirkungen führen können. Als Folge einer nicht ausreichend kontrollierbaren Komplexität entsteht Instabilität. Sie äussert sich in der mangelnden Kontrollierbarkeit schwerwiegender Symptome und Risiken für die Betroffenen.

Auf Basis dieses Grundmodells lässt sich folgende Definition von spezialisierter Langzeitpflege ableiten: Die spezialisierte Langzeitpflege richtet sich primär an Menschen mit Multi- und Komorbidität und/oder mit psychischen Erkrankungen als Haupt- oder Nebendiagnose. Die Komplexität der Pflege- und Betreuungssituation wird insbesondere durch das Auftreten neuropsychiatrischer Symptome verstärkt. Diese Symptomatik führt zu einem erhöhten Belastungserleben bei allen Beteiligten – bei den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen und den Pflegenden.

Abbildung 14: Definition spezialisierte Pflege



Quelle: Brenner/Gattinger, 2025, S. 20

Zentral ist somit die Bereitstellung bedarfs- und bedürfnisgerechter Interventionen sowie entsprechender struktureller Rahmenbedingungen. Dies manifestiert sich in zwei Kernaspekten: erstens in der konsequenten Umsetzung personenzentrierter Interventionen, zweitens in der Etablierung einer anspruchsruppenspezifischen Kommunikation. Beide Aspekte erfordern ein fachlich spezifisch qualifiziertes Pflegeteam, das interprofessionell agiert.

Die spezialisierte Langzeitpflege verfolgt somit drei Hauptziele:

1. Reduktion der Komplexität: Durch massgeschneiderte Pflegeansätze können die Herausforderungen, die aus der Vielschichtigkeit der Erkrankungen resultieren, gezielt adressiert werden.
2. Förderung der Stabilität: Stabile Strukturen und Prozesse tragen dazu bei, Pflege- und Betreuungssituationen zu stabilisieren und das Belastungserleben der Betroffenen zu reduzieren.
3. Qualitätssteigerung: Die spezialisierte Pflege ermöglicht eine evidenzbasierte, personenzentrierte Versorgung, die die Lebensqualität der Betroffenen und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden verbessert.

Die spezialisierte Langzeitpflege stellt damit eine unverzichtbare Ergänzung zur stationären Grundversorgung dar. Die zunehmende Bedeutung dieser Versorgungsform ergibt sich aus der demografischen Entwicklung und der steigenden Zahl älterer Menschen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen. Anstelle der heute 225 Plätze sollen zukünftig 296 Plätze für spezialisierte Langzeitpflege überregional zur Verfügung gestellt werden. Das entspricht zusätzlichen 5 Prozent zu den 5925 regionalen Plätzen der Grundversorgung. Die Spezialversorgung lässt sich in die unter Kapitel 5.1.2 genannten Kategorien einteilen: psychiatrische Langzeitpflege und spezialisierte Betreuung, komplexe somatische Langzeitpflege sowie spezialisierte Palliativ Care. Die Nachfrage nach diesen Angeboten wird zukünftig weiter steigen, wie auch die Rückmeldungen von Gemeinden und Leistungserbringenden zeigen. Letztere können die bisher in die Pflegeheimliste aufgenommenen Plätze jedoch nicht mehr betreiben, da die Finanzierung nicht gesichert ist.

Trotz wissenschaftlich belegten und aus der Praxis bestätigtem Bedarf fehlen schweizweit bisher gesicherte Schätzmethoden für diese spezialisierten Angebote. Die in diesem Kapitel präsentierten Schätzungen orientieren sich daher an dem im Kanton St. Gallen hergeleiteten Bedarf sowie an den Erhebungen im Kanton Luzern. Bis 2035 sollen rund zwei Drittel der Plätze in der Langzeitpflege der Kategorie Alterspsychiatrie und ein Drittel in der komplexen somatischen Langzeitpflege und der spezialisierten Palliativ Care angeboten werden. Die Schaffung solcher Angebote ist entscheidend, um Patientinnen und Patienten in kritischen Phasen ihrer Behandlung angemessen zu unterstützen und wenn möglich nach einem Spitalaufenthalt auch eine reibungslose Rückkehr in die häusliche Umgebung zu ermöglichen.

Es ist davon auszugehen, dass sich zehn bis zwölf Pflegeheime in diesen drei Kategorien spezialisieren werden. Um die Steuerung des Angebots und deren Nutzung zu verbessern, sollen Leistungsaufträge abgeschlossen und die Möglichkeit der Zuweisung geschaffen werden.

Bedarf an psychiatrischer Langzeitpflege und spezialisierter Betreuung

Bei diesem Angebot handelt es sich um Langzeitplätze für Personen, bei denen eine individualisierte Betreuung im Vordergrund steht. Hierzu zählen Personen mit einem komplexen dementiellen Krankheitsbild, Menschen mit einer psychiatrischen (Haupt-)Diagnose oder beispielsweise Personen mit Sinnesbehinderungen, welche eine intensive Betreuung benötigen.

Bis 2035 werden 226 Plätze in insgesamt acht bis zehn Heimen benötigt. Sie sollen auch den Bedarf nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik abdecken.

Bedarf an komplexer akutsomatischer Langzeitpflege

Bis 2035 werden 50 Plätze in insgesamt fünf bis sechs Heimen benötigt. Sie sollen auch den Bedarf nach einem Aufenthalt in einem Spital abdecken und die qualifizierte Pflege im Rahmen der Nachsorge mit oder ohne Rückkehr in einen Privathaushalt sicherstellen.

Bedarf an und Planung spezialisierter stationärer Palliativ Care²⁰

Die Auslastung der beiden Angebote der spezialisierten Palliativ Care (13 Plätze) ist in den letzten Jahren zwar gestiegen. Nur wenige Gemeinden erwarten bei der spezialisierten stationären Palliativ Care jedoch ein weiteres Wachstum.²¹

Unter Berücksichtigung des weiteren Ausbaus des ambulanten Palliativ-Care-Dienstes werden bis 2035 daher 20 Plätze in insgesamt zwei Heimen benötigt.

5.2.3 Platzzahlen für Pflegeleistungen von SEG-Einrichtungen

Die Plätze der SEG-Einrichtungen werden im «Planungsbericht über die sozialen Einrichtungen nach dem SEG» geplant.

Mehrere Kantone prüfen aufgrund der wachsenden Kosten eine finanzielle Entlastung durch die Abrechnung von Pflegeleistungen gemäss KVG. Im Kanton Luzern sollen finanzielle Ablösungen auf andere Versicherungssysteme oder andere Staatsebenen möglichst vermieden werden. Daher konnten noch keine institutionellen Angebote identifiziert werden, welche durch eine Anerkennung von Pflegeleistungen in einer Gesamtbetrachtung keine Mehrkosten verursachen. Entsprechend nimmt der [aktuelle Bericht aus dem Jahr 2024](#), wie die bisherigen Berichte, keine Schätzung der betroffenen Personen bzw. der für sie notwendigen Plätze vor.

5.2.4 Platzzahlen für die stationäre Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG

Bei der stationären Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG handelt es sich um ein Angebot, das in Pflegeheimen angeboten und in der Pflegeheimliste aufgeführt wird. Es untersteht jedoch einer spezifischen Regelung, die insbesondere eine spezielle Finanzierung und eine zeitliche Beschränkung des Angebots auf zwei Wochen vorsieht. Daher handelt es sich streng genommen nicht um ein Langzeitpflege-Angebot. Die Plätze werden daher zusätzlich zu den für die Langzeitpflege vorgesehenen Plätze geplant. Dabei wird die Nachfrage berücksichtigt. Nach dem Rückzug von Viva Luzern Rosenberg (11 Plätze in der Pflegeheimliste) werden künftig nur noch die 5 Plätze im Seeblick im Haus der Pflege und Betreuung in Sursee betrieben.

5.3 Angebotsplanung ambulante Langzeitpflege

Das Senken der Inanspruchnahme der stationären Langzeitpflege gemäss dem Normszenario Deutschschweiz bedingt einen deutlichen Ausbau der ambulanten Angebote (insbesondere der Spitex, des Betreuten Wohnens inkl. Wohnen mit Dienstleistungen, der Tages- und Nachtstrukturen). Gemäss den Prognosen des Obsan (vgl. Kapitel 4.3) bedeutet dies einen notwendigen Anstieg der KLV-Pflegeleistungen *für Personen ab 65 Jahren* von rund 612'300 Stunden (im Jahr 2022) auf 899'290 Stunden (bis im Jahr 2035, vgl. Tabelle 13). Diese teilen

²⁰ Vgl. Anfrage A 764 Wyss Josef und Mit. über die Hospiz-Situation Luzern. Antwort des Regierungsrates vom 31. Mai 2022 auf die 2. Frage: *Wie viele Plätze in einem Hospiz stehen Luzernerinnen und Luzernern zur Verfügung?* Gemäss BAG-Statistik hat die Auslastung des Hospizes Zentralschweiz im Jahr 2020 63,6 Prozent betragen. Nach Angaben der Stadt Luzern betrug die Auslastung der Palliativabteilung im Pflegeheim Eichhof 2020 60 Prozent und 2021 70 Prozent. Ob und inwieweit ein zusätzlicher Bedarf an solchen Plätzen für die Luzerner Bevölkerung besteht, wird im Rahmen der nächsten Pflegeversorgungsplanung unter Einbezug der Gemeinden überprüft.

²¹ Onlinebefragung der Gemeinden durch die DISG, September 2024: Ergänzende Frage zur Einschätzung der künftigen Entwicklung der Nachfrage nach Spezialplätzen.

sich wie folgt auf die Planungsregionen auf: Luzern 494'870 Stunden, Seetal 70'150 Stunden, Sursee 160'650 Stunden, Willisau 135'940 Stunden und Entlebuch 37'680 Stunden.

Tabelle 13: Anzahl ambulante Pflegestunden für Personen ab 65 Jahren 2035, nach Planungsregionen

Planungsregion	Prognostizierte KLV-Leistungsstunden 2035	Geleistete KLV-Leistungsstunden 2023	Zunahme 2023–2035 in Prozent
Planungsregion Luzern	494'870	382'168	29,5
Planungsregion Seetal	70'150	46'629	50,4
Planungsregion Sursee	160'650	115'358	39,3
Planungsregion Willisau	135'940	77'291	75,9
Planungsregion Entlebuch	37'680	25'329	48,8
Total Kanton	899'290	646'775	39,0

6 Aufnahme in die Pflegeheimliste

Der Regierungsrat entscheidet gemäss § 3 Absatz 2a und b des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGKVG; SRL Nr. 865) und § 2c des Betreuungs- und Pflegegesetzes (BPG; SRL Nr. 867) über die Aufnahme in die Pflegeheimliste. Gegen den Entscheid steht die Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht offen.

Artikel 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) und § 2c BPG regeln die Pflegeheimplanung bzw. die Aufnahme in die Pflegeheimliste.

Antragstellerinnen und Antragsteller haben keinen Anspruch darauf, aufgrund ihres spezifischen Angebots in die Pflegeheimliste aufgenommen zu werden.²²

Die von den Pflegeheimen erbrachten Leistungen müssen gemäss Artikel 32 Absatz 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Qualitätskennzahlen werden von der DISG, als zuständige Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde, festgelegt.

6.1 Aufbau der Pflegeheimliste

Die Pflegeheimliste besteht aus folgenden Teilen: A (Regionale Grundversorgung), B (Überregionale Spezialversorgung, C (Stationäre Akut- und Übergangspflege gemäss KVG und andere) und D (Pflegeleistungen von SEG-Einrichtungen).

Teil A: Regionale Grundversorgung

Das regionale Angebot umfasst die Grundversorgung, wozu auch der befristete Aufenthalt nach einem Spitalaufenthalt oder zur Entlastung der ambulanten und/oder informellen Pflege von Menschen, die in Privathaushalten leben, zählt.

²² Bundesverwaltungsgericht Urteil BVerwG C-1893/2012 vom 3. März 2014, E. 4.7 mit Hinweis auf Urteil BVerwG C-5733/2207 vom 7. September 2009, E. 12.7.

Teil B: Überregionale Spezialversorgung

Die überregionale Spezialversorgung umfasst folgende Bereiche:

1. **Psychiatrische Langzeitpflege und spezialisierte Betreuung.** Bei diesem Angebot handelt es sich um Langzeitplätze für Personen, bei denen eine individualisierte Betreuung im Vordergrund steht. Der Grund dafür kann unterschiedlich sein: psychische Behinderung (z. B. mit Verhaltensauffälligkeiten), dementielle Erkrankungen, Sinnesbehinderung.²³ Teilweise gehören auch Plätze der Überbrückungspflege in diese Kategorie.
2. **Umfangreiche und komplexe somatische Langzeitpflege.** Bei diesem Angebot handelt es sich um Plätze für Personen mit aufwendiger Pflege, die Spezialkenntnisse voraussetzt. Oftmals sind die Betroffenen jünger als 65 Jahre.
3. **Spezialisierte Palliativ Care.** Das Angebot richtet sich an Personen ab 18 Jahren, die sich in der End-of-Life-Phase befinden. Für die Betroffenen ist kein Spitalaufenthalt erforderlich, und ihre Betreuung und Pflege kann weder ambulant zu Hause noch integriert in einer allgemeinen Abteilung eines Pflegeheims in gleicher Form gewährleistet werden.

Die Aufnahme im Teil B der Pflegeheimliste erfordert einen Leistungsauftrag, worin Inhalt und Umfang des Spezialangebots zwischen der öffentlichen Hand und dem Pflegeheim geregelt wird. Erst dieser Leistungsauftrag erlaubt dem Pflegeheim die Erhebung und Abrechnung der Zusatzkosten von nicht anerkannten KLV-Leistungen.

Teil C: Stationäre Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG und andere

Bei den Plätzen der stationären Akut- und Übergangspflege handelt es sich um Plätze, für welche die entsprechenden Regelungen im KVG bzw. im Betreuungs- und Pflegegesetzes (BPG; SRL Nr. 867) sowie in der Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz (BPV; SRL Nr. 867a) gelten. Zu dieser Kategorie zählen auch nicht öffentlich zugängliche Pflegeplätze (z. B. Pflegeplätze in Klöstern).

Teil D: Pflegeleistungen von SEG-Einrichtungen

Die SEG-Plätze, welche in die Pflegeheimliste aufgenommen werden, umfassen Plätze in Einrichtungen gemäss dem SEG. Sie sind für erwachsene Personen mit Behinderung (SEG-Bereich B) mit einem hohen Pflegebedarf reserviert. Die entsprechenden Plätze werden – wie bei den Institutionen in den Bereichen A und B – separat pro Institution ausgewiesen.

Im nachfolgenden Kapitel werden die Grundsätze der Beurteilung der Angebote für die Aufnahme in die Pflegeheimliste aufgeführt. Sie dienen der Beurteilung, ob ein Gesuch der Versorgungsplanung Langzeit entspricht oder nicht (KVG Art. 39 Abs. 1 lit. d und Abs. 3).

6.2 Grundsätze für Aufnahme in die Pflegeheimliste

1. Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller haben vor der Eingabe des Gesuchs mit der Standortgemeinde das Gespräch zu suchen.
2. Bei der Eingabe des Gesuchs muss in der Regel bereits mit der Planung begonnen oder ein offizieller Entscheid der Trägerschaft gefällt worden sein (z. B. Planungskredit). Die Aufnahme erfolgt unter der auflösenden Bedingung, dass die Plätze bis zu einem bestimmten Termin realisiert werden.
3. Für spezialisierte Angebote wird vom Leistungserbringer ein entsprechendes Betriebskonzept (Pflege und Betreuung, Personal, Infrastruktur, Kostenstruktur) verlangt.

²³ In der bisherigen Pflegeheimliste handelte es sich dabei um: spezialisierte Langzeitplätze für Menschen mit psychischer Behinderung oder starker Verhaltensauffälligkeit, für jüngere Menschen mit Demenz, für Menschen mit Sehbehinderung, zum Teil stationäre Plätze für stationäre Überbrückungspflege.

4. Insbesondere dürfen die gestützt auf Artikel 58a ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) ermittelten Maximalzahlen, die in Kapitel 5.2 für die entsprechende Planungsregion (regionale Grundversorgung) bzw. für die überregionale Spezialversorgung aufgeführt sind, nicht überschritten werden.
5. In begründeten Fällen kann die Anzahl bewilligter Plätze der Pflegeheime reduziert und die Pflegeheimliste angepasst werden. Der Regierungsrat reduziert die bewilligte Platzzahl insbesondere, sofern die Belegung²⁴ während dreier aufeinanderfolgender Jahre durchschnittlich unter 92.0 Prozent bzw. bei kleineren Pflegeheimen (weniger als 50 Plätze) unter 90.0 Prozent liegt. Die Reduktion erfolgt bis zur durchschnittlichen Belegungszahl während dreier Jahre bzw. zumindest bis zur aktuellen Belegungszahl und mit einer angemessenen Übergangsfrist.

6.3 Prozess Gesucheingabe, Beurteilung und Entscheid

Das detaillierte Vorgehen bei der Eingabe eines Gesuchs um Aufnahme in die Pflegeheimliste sowie die einzureichenden Unterlagen sind im Dokument [«Informationen über die Aufnahme in die kantonale Pflegeheimliste gemäss Artikel 39 KVG»](#) festgehalten.

Das Gesuch der Trägerschaft um die Aufnahme von Plätzen in die Pflegeheimliste wird von der Dienststelle Soziales und Gesellschaft geprüft. Sie hört entweder die Planungsregion, in der sich der geplante Standort befindet (regionale Grundversorgung) oder den Verband der Luzerner Gemeinden (überregionale Spezialversorgung) an und informiert die Verbände der Krankenversicherer.

Der Entscheid des Regierungsrates wird der gesuchstellenden Organisation schriftlich zugestellt und im Kantonsblatt publiziert.

7 Entwicklungen und Herausforderungen in der Langzeitpflege

Nachfolgend werden die allgemeinen Herausforderungen der stationären Langzeitpflege in Kontext der Gesundheitsversorgung gestellt.

7.1 Steigende Nachfrage nach ambulanten Angeboten

Mit dem Altwerden der geburtenstarken Jahrgänge wird der Bedarf an Pflegeleistungen in den nächsten Jahren noch stärker ansteigen als bisher. Die Gemeinden der fünf Planungsregionen haben sich klar dafür ausgesprochen, das Normszenario Deutschschweiz zu verfolgen. Das heisst, dass noch stärker als bisher auf die ambulante Pflege und Betreuung gesetzt werden soll. Neben dem Ausbau der Pflegeplätze braucht es daher Massnahmen zum Ausbau der ambulant erbrachten Pflegeleistungen. Neben den anerkannten Spitex-Organisationen, welche Menschen in Privathaushalten pflegen, sind weitere ambulante Angebote notwendig, die dazu beitragen, dass betreuungs- und pflegebedürftige Menschen länger zu Hause leben können. So steigt insbesondere auch der Bedarf an Entlastungs- und Unterstützungsmassnahmen für betreuende Angehörige (z. B. Tages- und Nachtstrukturen, Entlastungsdienst usw.) sowie an Betreuung (z. B. Betreutes Wohnen) und Dienstleistungen (z. B. Fahrdienst, Mahlzeitendienst, Haushaltshilfe, Besuchsdienst usw.). Neben dem Ausbau dieser Strukturen ist auch die Förderung von Caring Communities und integrierter Gesundheitsversorgung (vgl.

²⁴ Zur Berechnung der Auslastung werden die Daten aus der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) verwendet. Die Auslastung wird als Durchschnittswert berechnet (Anzahl fakturierter Tage / 365 / Anzahl Plätze am 1. Januar * 100). Die Anzahl fakturierter Tage ist folgendermassen definiert: verrechnete Tage für den Aufenthalt (inkl. Ferientage bei Angehörigen) (SOMED 2023: Durchschnittliche Auslastung im Kanton Luzern 96,4%).

auch Altersleitbild Kanton Luzern, S. 11 und S. 33 sowie die Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.») weiterzuverfolgen.

Die steigende Nachfrage nach ambulanter Pflege erfordert von den bestehenden Leistungserbringenden mit Versorgungsauftrag, dass sie ihre betrieblichen Strukturen und Abläufe der zunehmenden Betriebsgrösse anpassen. Die Gemeinden können in den Leistungsaufträgen darauf hinwirken. Eine weitere Herausforderung wird die Personalrekrutierung und -bindung sein (vgl. Kapitel 7.3).

7.2 Tiefe Pflegestufen in Heimen

Trotz der Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» hat der Anteil der Bewohnenden mit geringem Pflegebedarf in Pflegeheimen – regional unterschiedlich – zugenommen. Diese Entwicklung hat mehrere Ursachen. Gründe lassen sich sowohl in gesellschaftlichen Trends als auch in strukturellen Elementen verorten. Der demografische Wandel hin zu kleineren Haushalten und individualisierten Lebensformen führt nicht selten zu kleineren sozialen Netzwerken bei steigender Pflegebedürftigkeit. Fehlende informelle Unterstützungssysteme verstärken daher die Nutzung von institutionellen Unterstützungssystemen. In diesen Fällen und insbesondere bei geringen finanziellen Mitteln bietet der Heimeintritt in einer frühen Phase der Pflegebedürftigkeit eine gesteigerte Lebensqualität. Strukturelle Rahmenbedingungen wie fehlende oder nicht finanzierbare betreute Wohnformen begünstigen diese individuellen Entschiede der leicht pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Diese Entwicklungen haben auch auf die Personalplanung einen Einfluss, so dass vermehrt Fachpersonen in der Betreuung anstelle von Fachpersonen der Pflege benötigt werden. Zudem werden für die pflegerische Grundversorgung reservierte Infrastrukturen nicht adäquat genutzt. Andere Kantone haben den politischen Dialog geführt und Massnahmen definiert. Sie haben Fachstellen für die Beratung älterer Menschen geschaffen, welche sie bei der Wahl geeigneter Wohnformen beraten, und Höchstwerte für den Anteil leicht pflegebedürftiger Personen im Pflegeheim definiert.

7.3 Fachkräftemangel²⁵

Um die künftig benötigte ambulante und stationäre Pflege und Betreuung leisten zu können, braucht es entsprechendes Gesundheitspersonal – in ausreichender Anzahl und mit den benötigten Qualifikationen. In der Langzeitpflege besteht, wie in den anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, ein ausgeprägter Fachkräftemangel. Dieser hat systemische Ursachen, die den ganzen Arbeitsmarkt und alle Branchen betreffen: Aufgrund der demografischen Entwicklung (Alterung, Geburtenrückgang) werden in den kommenden Jahren mehr Personen altersbedingt aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden als in diesen eintreten können. Dazu kommt ein verstärktes Bedürfnis der Arbeitnehmenden nach einer ausgewogenen «Work-Life-Balance», mitunter auch zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie. Da alle Branchen um immer weniger verfügbare personelle Ressourcen kämpfen, stellt sich die Frage, wie der Fachkräftemangel bewältigt werden kann. Dabei kommt den branchenspezifischen Arbeits- und Anstellungsbedingungen eine zentrale Bedeutung zu. Diesbezüglich zeigen sich im Gesundheits- und Pflegewesen gegenüber anderen Branchen klare Nachteile wegen der Nacht-

²⁵ Vgl. Anfrage A 747 vom 7. Dezember 2021: Setz Isenegger Melanie und Mit. über die Herausforderungen bei der ambulanten und stationären Versorgung in der Langzeitpflege. Antwort des Regierungsrates auf die Frage Nr. 5: Wird in der nächsten Versorgungsplanung Langzeitpflege auch auf den Fachkräftemangel in der Pflege, dessen Auswirkungen auf die Pflegequalität und das Versorgungsangebot eingegangen? Ja, weil eine qualitativ gute Versorgung ausreichende personelle Ressourcen auf den verschiedenen Qualifikationsniveaus voraussetzt, wird die Personalsituation auch im kommenden Bericht thematisiert.

und Wochenendarbeit, der hohen psychischen und physischen Belastung und teilweise wegen des Lohnniveaus. Dies führt zu vorzeitigen Austritten aus dem Beruf und zu Nachwuchsproblemen. Aufgrund der Systemrelevanz der Medizinal- und Gesundheitsberufe sind entsprechende Massnahmen umso dringlicher (vgl. Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung 2024: Kanton Luzern, 2024, S. 30). Dabei gilt es auf allen Ebenen anzusetzen, vom Berufsmarketing, der Förderung der Aus- und Weiterbildung, der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Förderung von Quer- und Wiedereinsteigenden bis hin zum Weiterdenken von Modellen zur Optimierung des Personaleinsatzes in der Pflege und Betreuung (optimaler Skill-Grade-Mix, technologische Unterstützung usw.). Mit einer verstärkten integrierten Gesundheitsversorgung, die eine systematische Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen beinhaltet, verfolgt der Kanton Luzern das Ziel, die Zusammenarbeit aller Fachpersonen auf Augenhöhe zu ermöglichen. Für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung ist es zentral, die Rolle von nichtärztlichen Fachpersonen zu stärken. Deren Kompetenzen müssen erweitert und gezielt eingesetzt werden (Task Sharing und Task Shifting). Die verstärkte Kooperation der Akteurinnen und Akteure der Luzerner Gesundheitsversorgung zeigt sich auch darin, dass früher getrennt agierende Leistungserbringende ihre Tätigkeiten aufeinander abstimmen, die Zusammenarbeit in Kooperationsvereinbarungen regeln oder neue Formen der Zusammenarbeit umsetzen.

Zu den prioritären Massnahmen im [Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024](#) (Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung 2024) gehört die Förderung der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen und der Einsatz neuer Berufsgruppen (vgl. S. 157–158).

Im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung ist eine Vielzahl von bereits lancierten Massnahmen gegen den Fachkräftemangel beschrieben. Unter anderem werden folgende Massnahmen erwähnt: Aufbau neuer Studiengänge in Pflege an der HSLU (Bachelor und Master of Science in Pflege), Förderung Ausbildung in Pflege HF/FH via Pflegeinitiative (Ausbildungsoffensive), Ausbildungsverpflichtung Pflege (Sek II/FaGe, Fachangestellte Betreuung) für Spitäler, Pflegeheime und Spitex an den Bedarf anpassen, Imagekampagnen für den Pflegeberuf (Aktionsplan BerufsmarketingPlus 2024–2026 via XUND). Ein Grossteil dieser Massnahmen wird von Bildungsorganisationen, Berufsverbänden und Arbeitgebenden im Gesundheitswesen umgesetzt. Der Kanton stellt die Koordination mit diesen Organisationen und mit den Aktivitäten auf Ebene von Bund und GDK beziehungsweise mit den anderen Kantonen sicher (Kanton Luzern, 2024, S. 158).

Aufgrund der Zuständigkeit für die Langzeitpflege, sind auch die Gemeinden gefordert. Als Leistungsbestellerinnen unterstützen sie die Ausbildungstätigkeit der Spitex-Organisationen und Pflegeheime, indem sie beispielsweise die Ausbildungskosten als Teil der Vollkosten akzeptieren oder Ausbildungsverbünde unterstützen. Sie können von den Betrieben verlangen, dass sie Pflegepersonal ausbilden und Massnahmen ergreifen, um als Arbeitgeber attraktiv zu sein. Weiter ist bei der Aufsicht der ambulanten Leistungserbringenden durch die Standortgemeinde zu prüfen, ob die für die Grundpflege angestellten Angehörigen faire Anstellungsbedingungen haben. Im Kanton Luzern hat der Spitex-Kantonalverband (SKL) entsprechende Grundlagen erarbeitet, und ein Netzwerk aus SKL, Rotes Kreuz, Pro Senectute und Caritas Schweiz hat sich etabliert.

Auch die beiden im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung 2024 genannten prioritären Massnahmen «Konzept Mangellage» (Konzept für koordinierte Prozesse und Verantwortlichkeiten beim Eintreten einer Mangellage erarbeiten, vgl. Kanton Luzern, 2024, S. 158)

sowie «Notfallversorgung» (Zugang zu Notfalldiensten bedarfsgerecht steuern, vgl. Kanton Luzern, 2024, S. 159) tragen zur Versorgungssicherheit bei und gelten auch für die Langzeitpflege.

7.4 Ziele der integrierten Gesundheitsversorgung

Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Begriffe für die Ideen und Konzepte der integrierten Gesundheitsversorgung. Für den Entwicklungsprozess, der im Kanton Luzern mit Blick auf die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. angestossen werden soll, wird von folgendem Verständnis ausgegangen:

«Die integrierte (auch: koordinierte oder vernetzte) Gesundheitsversorgung umfasst die Prävention und Gesundheitsförderung, die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung, die Langzeitpflege sowie die palliative Begleitung und ermöglicht die Koordination und Durchlässigkeit der Angebote und Leistungen. Die Vernetzung der Leistungserbringenden und Fachpersonen über den gesamten Behandlungspfad (digital · ambulant · stationär) und ihre strukturierte, verbindliche Zusammenarbeit steigert die Qualität der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung aller Altersgruppen.»

Zwischen den Leistungen der Langzeitpflege, Betreuung und Unterstützung einerseits und jenen der ambulanten und stationären Leistungserbringenden der angrenzenden Gesundheitsversorgung andererseits bestehen viele Schnittstellen, deren Zusammenspiel und Durchlässigkeit sich auf die Qualität, die Sicherheit und die Effizienz der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf auswirken. Integrierte Gesundheitsversorgung trägt somit dazu bei, dass Menschen mit Pflegebedarf über den gesamten Behandlungs-, Pflege- und Betreuungspfad personenbezogene Angebote erhalten. Sie schafft strukturelle Voraussetzungen für eine verbindliche und koordinierte Zusammenarbeit und trägt dazu bei, dass weniger Lücken und Abbrüche in der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf entstehen, dass es weniger Doppelspurigkeiten gibt, die Angebote räumlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind sowie Unterstützungsleistungen von Professionellen, Angehörigen und Freiwilligen koordiniert werden. Im Kanton Luzern bestehen bereits verschiedene Initiativen, in Teilbereichen der Gesundheitsversorgung, speziell auch in der Langzeitpflege, integriert zusammenzuarbeiten (vgl. Kanton Luzern, 2024, S. 44 ff.). Aus der Sicht von pflegebedürftigen Personen ist es relevant, den gesamten Versorgungspfad zu integrieren, von der Beratung, Abklärung, Behandlung, Betreuung, Langzeitpflege bis hin zur Palliativ Care.

Drei der acht prioritären Massnahmen im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung 2024 tragen zur Förderung der integrierten Gesundheitsversorgung bei.²⁶

Mit dem **Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern»** (IGEL) werden Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens im Kanton Luzern an einen Tisch gebracht, um die Weiterentwicklung in Richtung integrierter Gesundheitsversorgung entlang der kantonalen Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern» gemeinsam zu gestalten (vgl. dazu ausführlicher in Kanton Luzern, 2024, S. 154–155).

Weiter ist vorgesehen, **Pilotprojekte zum Aufbau regionaler Gesundheitsnetzwerke sowie Gesundheitszentren** anzustossen (vgl. ausführlicher in Kanton Luzern, 2024, S. 155–156).

²⁶ Vgl. Anfrage A 25 vom 11. September 2023: Rüttimann Daniel und Mit. über die zunehmende Verschiebung von stationären Spitalleistungen in die ambulanten Bereiche und über deren Auswirkungen. Antwort des Regierungsrates vom 20. Februar 2024 auf die Frage 4: *Wie beabsichtigt der Kanton Luzern die Thematik der integrierten Versorgung voranzubringen, besser zu verordnen und zu koordinieren?* Das Thema integrierte Versorgung wird im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern dargestellt und mögliche Handlungsfelder werden aufgezeigt.

Ein Gesundheitsnetzwerk²⁷ stellt eine verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringender der Gesundheitsversorgung dar (virtuell · ambulant · stationär). Die Netzwerkmitglieder arbeiten eng zusammen und verfügen über ein gemeinsames Ziel, eine gemeinsame interprofessionelle Haltung, klar festgelegte Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten und gemeinsam definierte Prozesse. Gesundheitsförderung und Prävention werden integrativ mitgedacht, indem gesundheitsfördernde und präventive Angebote durch alle Fachpersonen systematisch in die Gesundheitsversorgung eingebettet werden. Digitale Technologien unterstützen eine nahtlose Kommunikation und Datenteilung zwischen den Netzwerk-Mitgliedern und mit ihren Patientinnen und Patienten. Letztere erhalten durch diese Zusammenarbeit eine gut koordinierte Versorgung – auch über die Netzwerkgrenzen hinweg.

Ein Gesundheitszentrum ist eine Einrichtung respektive Organisation, die umfassende interprofessionelle Gesundheitsdienstleistungen (gesundheitsfördernd, präventiv, medizinisch, pflegerisch und therapeutisch) anbietet. Es verfolgt das Ziel, eine niederschwellige, wohnortsnahe, ganzheitliche und gut koordinierte Grundversorgung sicherzustellen – aus einer Hand, jedoch nicht zwingend unter einem Dach. Ein Gesundheitszentrum übernimmt ausserdem eine wichtige Triage-Funktion: Es dient vielen Menschen mit Gesundheitsanliegen als erste Anlaufstelle. Die Fachpersonen eines Gesundheitszentrums führt erste Abklärungen oder Behandlungen durch und koordiniert – wo notwendig – die weiterführende Versorgung durch spezialisierte Fachpersonen oder Institutionen. Ein Gesundheitszentrum pflegt eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit den für die Patientengruppe weiteren relevanten weiteren Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung (insbesondere Spitex, Spitälern, Pflegeheimen, dem Sozialbereich, der Psychiatrie und Rehabilitationseinrichtungen) und unterstützt dadurch die Entstehung eines regionalen Gesundheitsnetzwerks.

Schliesslich sollen die **Rahmenbedingungen für eHealth** verbessert werden – eine Massnahme, die dazu beiträgt, die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch der Akteurinnen und Akteure der integrierten Gesundheitsversorgung zu vereinfachen (vgl. ausführlicher in Kanton Luzern, 2024, S. 156–157).

8 Handlungsfelder und Massnahmen für die Langzeitpflege

Der Regierungsrat führt die Pflegeheimliste und entscheidet unter Berücksichtigung der vorliegenden Planung über die Aufnahme weiterer Angebote und Plätze. Die Gemeinden sind für die Bereitstellung der ambulanten und stationären Betreuung und Pflege von Betagten und Pflegebedürftigen zuständig (§ 2a Abs. 1 BPG). Ihnen obliegt insbesondere auch die Planung des ambulanten Bereichs, für welche in Kapitel 4.5 Grundlagen aufgearbeitet wurden. Der Bedarf an ambulanten und stationären Pflegeangeboten ist voneinander abhängig. Wird das stationäre Angebot an Pflege zurückhaltend ausgebaut, muss das ambulante Pflegeangebot stärker ausgebaut werden. Gleichzeitig ist damit zu rechnen, dass auch der Bedarf an ambulanter Betreuung zu Hause, im Betreuten Wohnen und in Tages- oder Nachtstrukturen sowie der Bedarf an ambulanten Entlastungsangeboten für betreuende und pflegende Angehörige steigen wird. Dasselbe gilt für die hauswirtschaftlichen Leistungen und die damit einhergehende bedarfsgerechte Sozialbetreuung.

²⁷ Die vorliegende Beschreibung der Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren ist eine vorläufige Arbeitsdefinition. Sie wird im Rahmen der «Strategie integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.» vom Kernteam des Projekts zusammen mit Akteurinnen und Akteuren des Luzerner Gesundheitswesens im Verlauf des Jahres 2025 geschärft und weiterentwickelt.

Unter Berücksichtigung der in den vorangehenden Kapiteln geschilderten Bedarfsanalyse für die Langzeitpflege und der geplanten Veränderungen im Gesundheitswesen lassen sich für die Langzeitpflege folgende acht Massnahmen ableiten. Die Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden ergeben sich durch den gesetzlichen Auftrag.

8.1 Kantonale Schwerpunkte

Der Kanton setzt folgende Schwerpunkte, um den Bedarf an Pflege und Betreuung zukünftig sicherzustellen.

1. Steuerung und Planung: Planungs- und Versorgungsregionen stärken

Die Planungsregionen können die im Betreuungs- und Pflegegesetz verankerte Planungs- und Steuerungsfunktion zusammen mit dem Kanton derzeit nicht ausreichend wahrnehmen. Durch die Stärkung der Planungsregionen sollen die Versorgung interdisziplinär besser koordiniert und die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Region berücksichtigt werden können. Der Kantonsrat hat das Postulat P 101 von Daniel Rüttimann vom 4. Dezember 2023 über die zukünftige Rolle und Aufgabendefinition der Planungsregionen im Kanton Luzern teilweise erheblich erklärt. Der Regierungsrat wird damit beauftragt zu prüfen, wie die Aufgaben und Zuständigkeiten der aktuell fünf Planungsregionen (Luzern, Seetal, Sursee, Willisau, Entlebuch) verbindlicher definiert werden können.²⁸ Die Planungsregionen sind im Betreuungs- und Pflegegesetz geregelt (§ 2b Abs. 3). Die Gemeinden der Planungsregion Luzern haben im Austausch mit der DISG darauf hingewiesen, dass ihre Planungsregion im Vergleich zu den anderen sehr gross und heterogen ist. Sie umfasst ungefähr die Hälfte der Bevölkerung. Einen Antrag auf eine Planungsregion wird der Regierungsrat auf das erste Monitoring der vorliegenden Planung hin prüfen.

Die Finanzierung der Stärkung von Planungs- und Versorgungsregionen ist über den Planungsbericht Gesundheitsversorgung 2024 sichergestellt und der Kanton Luzern wird darüber hinaus nicht zusätzlich finanziell belastet. Diese Massnahme unterstützt ausserdem ein weiteres Ziel der Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.», nämlich d Auf- und Ausbau von Gesundheitsnetzwerken, die in Versorgungsregionen organisiert sein sollen.

2. Bedarfsgerechte Angebote: spezialisierte Langzeitpflege regeln

Die Schaffung von Angeboten für die qualifizierte Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt ist entscheidend, um Patientinnen und Patienten in kritischen Phasen ihrer Behandlung angemessen zu unterstützen und Wiedereintritte zu verhindern. Die Schaffung von ausreichenden Angeboten sollen im Kanton Luzern neu mit einer Zusatzfinanzierung gefördert werden. Pauschalen pro Leistungskategorie können jene Betriebe abrechnen, welche in der Pflegeheimliste entsprechende Plätze ausweisen. Die Kosten werden von den Gemeinden solidarisch und nicht von mehr von der Wohnsitzgemeinde der jeweiligen Bewohnenden getragen.

3. Bedarfsgerechte Angebote: Förderung von Pilotprojekten

Das Konzept der integrierten Gesundheitsversorgung beinhaltet auch die Langzeitpflege. Die personenzentrierte Perspektive soll in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Spitex-Organisationen, zwischen Leistungserbringenden der Langzeitpflege

²⁸ Postulat P 101 vom 4. Dezember 2023: Rüttimann Daniel und Mit. über die zukünftige Rolle und Aufgabendefinition der Planungsregionen im Kanton Luzern
Der Regierungsrat wird mit diesem Postulat aufgefordert, die Rolle und den Aufgabenbereich der aktuell fünf Planungsregionen (Luzern, Seetal, Sursee, Willisau, Entlebuch) neu auszurichten und die konkreten Aufgaben und Zuständigkeiten im Interesse der Gemeinden, der Institutionen und der Luzerner Bevölkerung zu definieren. Der Regierungsrat schreibt in seiner Antwort vom 26. November 2024, dass er grundsätzlich bereit ist, die mit dem Postulat geforderte Verbindlichkeit der Aufgaben und Zuständigkeiten zu prüfen. Den Planungsregionen eine eigene Rechtspersönlichkeit mit umfassenden Aufgaben zuzuweisen und damit wieder eine Staatsebene einzuführen, erachtet er nicht als zielführend. Der Kantonsrat hat das Postulat am 27. Januar 2025 gemäss der Empfehlung des Regierungsrates teilweise erheblich erklärt.

und der allgemeinen Medizin sowie zwischen allen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens gefördert werden. Im Rahmen der Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.» wird ein Förderprogramm lanciert, das den Auf- und Ausbau von (interprofessionellen) Gesundheitszentren in der Grundversorgung, den Auf- und Ausbau von Gesundheitsnetzwerken in Planungsregionen und den Auf- und Ausbau von spezialisierten Netzwerken fördert.

4. Monitoring

Das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) sieht vor, die Entwicklung der Langzeitpflege bereits im Jahr 2029 zu analysieren und die Planung 2026–2035 zu überprüfen. Dieses Monitoring orientiert sich methodisch am Vorgehen, welches beim Monitoring der Langzeitpflege 2018–2025 verwendet wurde, und aktualisiert die Resultate insbesondere aufgrund der neuen Bevölkerungsprognosen 2025 auf Ebene Planungsregionen. Das GSD diskutiert die Ergebnisse mit den Planungsregionen und hält die Resultate in einem Kurzbericht zuhanden des Regierungsrates fest (vgl. Kanton Luzern, 2022). In diesem wird eine Empfehlung abgegeben, ob die Versorgungsplanung Langzeitpflege 2026–2035 bis zum Planungshorizont Gültigkeit haben soll oder ob sie nach den ersten fünf Jahren zu erneuern ist oder Steuerungsmassnahmen einzuleiten sind, um den Bedarf an pflegerischen Leistungen decken zu können.

8.2 Mögliche Schwerpunkte der Gemeinden

1. Bedarfsgerechte Angebote: ambulante Angebote differenzieren

Das möglichst selbstbestimmte Leben soll weiterhin gefördert werden. Dies bedeutet, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen und entlastende Strukturen wie Betreutes Wohnen ergänzt werden, um Menschen eine Versorgung in ihrem gewohnten Umfeld zu ermöglichen. Zudem sollen selbständige Menschen mit einer niedrigen Pflegestufe ambulant anstatt stationär versorgt werden.

Die Notwendigkeit einer Revision des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen (ELG), um das Betreute Wohnen zu fördern, war daher in der Beratung von Stände- und Nationalrat unbestritten. Die Vergütung von Betreuungsleistungen, um einen längeren Verbleib zu Hause ermöglichen, stiess auf breiten Konsens. Diese vom Bundesparlament im Frühjahr 2025 beschlossene Gesetzesrevision ist eine wichtige Voraussetzung, damit die Kantone ihre Ergänzungsleistungen künftig flexibler und bedürfnisgerechter gestalten können. Zusammen mit den für die EL zuständigen Gemeinden soll die Vorlage im Kanton Luzern im Verlauf des Jahres 2026 ausgearbeitet werden. Die Gemeinden bleiben auch zuständig für die Förderung von barrierefreiem Wohnraum. Der Kanton kann sie in der Konzeption unterstützen.

2. Bedarfsgerechte Angebote: Erhöhung der Bettenzahl in Pflegeheimen

Um den steigenden Bedarf an Langzeitpflege zu decken, ist die Anzahl der Betten in Pflegeheimen zu erhöhen (vgl. Kapitel 5). Weiter soll der Regierungsrat neu einen Zielwert von maximal 10 Prozent an Bewohnenden mit einer Pflegestufe 0–2 vorgeben. Diese in anderen Kantonen gängige Praxis ist aufgrund der demografischen Entwicklung und der aktuellen Belegungsstruktur der Pflegeheime mit einem hohen Anteil an selbständigen Menschen mit tiefem Pflegebedarf angezeigt. Leicht pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr selbständig wohnen können, sollen jedoch weiterhin einen Platz in einem Pflegeheim erhalten.

3. Wirkungsorientierte Nutzung: Einrichten zentraler Anlaufstellen

Ein weiteres Ziel sollte die Schaffung von Anlaufstellen für Fragen zum Wohnen im Alter sowie zu Betreuungs- und Pflegesituationen sein, um die Informations- und Beratungsangebote für die Bevölkerung zu verbessern, um bedarfsgerechte Angebote rascher zu finden und um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden zu fördern. Erste

Gemeinden haben solche Anlaufstellen geschaffen. Dadurch kennen sie die Bedürfnisse älterer Menschen und können die Angebote bedarfsgerecht weiterentwickeln. Andererseits ist ihnen eine Triage der Anfragenden in entsprechende Angebote möglich. Diese kommunal oder regional organisierten Anlaufstellen ergänzen die Beratungsangebote von Pro Senectute Luzern.

4. Wirkungsorientierte Nutzung: Finanzierung der Betreuung

Die Finanzierung von Betreuungsleistungen ist im Kanton Luzern nicht ergänzend zu Leistungen gemäss Bundesgesetz geregelt. Es existieren Fehlanreize, welche Heimeintritte bei fehlenden eigenen Mitteln fördern. Die finanzielle Beteiligung der Gemeinden bei Betreuungsleistungen ist anzugehen, um die Fehlanreize zu reduzieren. Die Revision des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und deren Vollzug in den kantonalen Gesetzen sollen genutzt werden (Vgl. auch Bemerkungen unter Punkt 2).

9 Literaturverzeichnis

Alzheimer Schweiz (2024): Demenz in der Schweiz 2024. Zahlen und Fakten. Bern: Alzheimer Schweiz

Brenner, Rouven und Gatteringer, Heidrun (2025): Spezialisierte Langzeitpflege: Ein Modell zur Definition und Abgrenzung komplexer Pflege- und Betreuungssituationen, in: Pflegerecht 1/2025, S. 15–21

Kanton Luzern (2016): Demenzstrategie Kanton Luzern 2018–2028. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton Luzern (2017): Bericht Versorgungsplanung Langzeitpflege Kanton Luzern 2018–2025. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton Luzern (2021): Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern 2021. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton Luzern (2022/1): Altersleitbild Kanton Luzern – Perspektiven für ein gutes Alter(n). Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton Luzern (2022/2): Monitoring Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025 nach Planungsregionen. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton Luzern (2023): Planungsbericht über die Sozialen Einrichtungen nach dem SEG 2024–2027. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton Luzern (2024): Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement

Kanton St. Gallen (2024): VII. Nachtrag zum Sozialhilfegesetz (Förderung und Finanzierung von Spezialpflegeangeboten). Bericht und Entwurf des Departementes des Innern vom 18. April 2024. St. Gallen: Departement des Innern

Kanton Zürich (2025): Pflegeheimbettenplanung 2027. Provisorischer Versorgungsbericht, Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Knöpfel, Carlo et al. (2018): Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme. Zürich, Seismo Verlag

LUSTAT Statistik Luzern (2024): Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung Kanton Luzern 2023: Das Leben im Kanton Luzern. [Link zum Webartikel](#) (Stand: 25.8.2025).

Paul Schiller Stiftung (2018): Gute Betreuung im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Lachen: Paul Schiller Stiftung

Pahud, Olivier (2024): Statistische Grundlagen für die Versorgungsplanung der Langzeitpflege für den Kanton Luzern von 2019–2045. Methodendokumentation und Interpretationshilfe. Ergänzte Version 2022/2024. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Pahud, Olivier et al. (2024): Gesundheitsreport Kanton Luzern. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2022 (Obsan Bericht 09/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Pellegrini, Sonia et al. (2022): Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz, Prognosen bis 2040. Obsan Bericht 03/2022. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Stettler, Peter et al. (2023): Betreuung im Alter – Bedarf Angebot und integrative Betreuungsmodelle. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht 07/23. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen, S. 20–21

Werner, Sarah et al (2021): Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung. Obsan Bericht 05/2021. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Wettstein, Albert: Wie eine Reorganisation der Altersversorgung den Bedarf senken und die Qualität erhöhen kann. Gerontologieblog.ch: Stadt Zürich, Gesundheitszentren für das Alter, Universität Zürich. Beitrag vom 3. November 2022. [Link zum Beitrag](#) (Stand 10.2.2025)

Ziegler, Sarah et al. (2023): Bedarfsschätzung Palliative Care. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Sektion Nationale Gesundheitspolitik. Luzern: Interface

10 Anhang

Anhang: Planungsregionen Kanton Luzern

1. Luzern Adligenswil Buchrain Dierikon Ebikon Emmen Gisikon Greppen Horw Kriens Luzern Malters Meggen Meierskappel Root Schwarzenberg Udligenswil Vitznau Weggis	3. Sursee Beromünster Büron Buttisholz Eich Geuensee Grosswangen Hildisrieden Knutwil Mauensee Neuenkirch Nottwil Oberkirch Rickenbach Ruswil Schenkon Schlierbach Sempach Sursee Triengen	4. Willisau Alberswil Altbüron Altishofen Dagmersellen Egolzwil Ettiswil Fischbach Grossdietwil Hergiswil Luthern Menznau Nebikon Pfaffnau Reiden Roggliwil Schötz Ufhusen Wauwil Wikon Willisau Zell	5. Entlebuch Doppleschwand Entlebuch Escholz matt-Marbach Flühli Hasle Romoos Schüpfheim Werthenstein Wolhusen
2. Seetal Aesch Ballwil Ermensee Eschenbach Hitzkirch Hochdorf Hohenrain Inwil Rain Römerswil Rothenburg Schongau			

Stand 1. Januar 2025

Anhang: Terminologie

Akut- und Übergangspflege	Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) richtet sich an Personen, deren akuten gesundheitlichen 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, so dass 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).
Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen tragen dazu bei, dass ältere Menschen ihren Bedürfnissen entsprechend möglichst lange zu Hause leben können. Als professionell erbrachte Dienstleistungen ergänzen sie die informelle Unterstützung durch Angehörige und Personen aus dem persönlichen Umfeld. Zum ambulanten Angebot werden neben den zu Hause erbrachten Spitex-Angeboten auch Leistungen gezählt, die in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Betreuten Wohnen erbracht werden. Ambulante Leistungen beinhalten Betreuung, Grund- und Behandlungspflege sowie weitere Dienstleistungen wie z. B. Mahlzeitendienst, Fahrdienst, Besuchsdienst usw.
Betreutes Wohnen / Wohnen mit Dienstleistungen / Wohnen mit Service	Betreutes Wohnen kombiniert eine altersgerechte Bauweise und Wohnumgebung mit der Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote. Unter altersgerechter Bauweise und Wohnumgebung wird insbesondere eine barrierefreie Ausgestaltung der Wohneinheiten verstanden. Bei der angebotenen «Betreuung» wird gemeinhin unterschieden zwischen einem Basispaket an Unterstützungsleistungen, die als Bestandteil der Miet- bzw. Nebenkosten pauschal abgegolten werden (unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug), und weiteren Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, die nach Bedarf vermittelt und gegen separate Entschädigung erbracht werden. Art und Umfang der im Betreuten Wohnen angebotenen Grundleistungen können unterschiedlich sein. Typisch ist jedoch die Gewährleistung rascher Hilfe in Notfallsituationen, die regelmässige Präsenz oder Erreichbarkeit einer Ansprechperson sowie allenfalls Angebote zur sozialen Teilhabe.
Betreuung	Betreuung ermöglicht es, den Alltag zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, auch wenn dies aufgrund der Lebenssituation oder physischer, psychischer und/oder kognitiver Beeinträchtigung nicht mehr selbständig möglich ist. Gute Betreuung²⁹ richtet sich konsequent an den Bedürfnissen und dem Bedarf der betreuten Person aus und behält neben dem körperlichen auch das psychosoziale Wohlbefinden im Blick.

²⁹ Paul Schiller Stiftung: [Gute Betreuung im Alter - Definitionen](#) (Stand 25.2.2025).

	In Abgrenzung zur (Langzeit)Pflege handelt es sich bei der Betreuung um Unterstützungsleistungen, die nicht über die Krankenversicherung abrechenbar sind.
Finanzierung der Langzeitpflege	Die Finanzierung von Pflegeleistungen (inklusive der Langzeitpflege) ist im Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt. Dieses unterscheidet ambulante Krankenpflege und Krankenpflege im Pflegeheim. Die Leistungen werden finanziert, wenn sie aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant (auch in Tages- oder Nachtstrukturen) oder im Pflegeheim erbracht werden. Das Gesetz definiert die pflegerischen Leistungen. Die Kosten werden auf drei Träger aufgeteilt: Der Krankenversicherer bezahlt einen vom Bundesrat festgelegten Beitrag und die pflegebedürftige Person trägt einen davon abhängigen Maximalbetrag selbst. Die verbleibenden Kosten übernimmt die öffentliche Hand, im Kanton Luzern die Wohnsitzgemeinde (Gesetz über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung vom 13. September 2010 [Pflegefinanzierungsgesetz, PFG; SRL Nr. 867]).
Formelle Pflegeleistungen	Als formelle Pflegeleistungen werden im vorliegenden Bericht Leistungen bezeichnet, die gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziert werden. Diese leistet einen finanziellen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, Stand 1. Januar 2016 [KVG; SR 832.10], Art. 25a Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (KVG; Art. 25a Abs. 3). Es handelt sich dabei um a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, b) Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Behandlungspflege) und c) Massnahmen der Grundpflege (Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995, Stand am 1. Januar 2016 [KLV; SR 832.112.31] Art. 7 Abs. 2). Formelle Pflegeleistungen werden im Gegensatz zu informellen Pflegeleistungen durch anerkannte Leistungserbringer erbracht.
Geschützte Wohnformen für Menschen mit Demenz	Geschützte Wohnformen (Demenzabteilung, Demenzwohngruppe) sind spezialisierte stationäre Langzeitangebote für Menschen mit Demenz. Die Einrichtungen sind abgeschlossen (geschützt), so dass weglaufgefährdete Personen die Wohneinheit sowie den meist dazugehörigen Demenzgarten nicht selbständig verlassen können. Neben diesem separativen Konzept existiert der integrative Ansatz, bei dem Menschen mit Demenz innerhalb durchmischter Abteilungen oder Pflegewohngruppen betreut und gepflegt werden.
Informelle Pflegeleistungen	Als informelle Pflegeleistungen werden im vorliegenden Bericht Pflegeleistungen verstanden, die durch Leistungserbringer erbracht werden, die gemäss KVG nicht anerkannt sind. Im Gegensatz zur formellen Pflege wird sie in der Regel nicht professionell von Berufsleuten erbracht, sondern beispielsweise von Angehörigen der pflegebedürftigen

	Person. Die Leistungen können nicht über die Krankenversicherung abgerechnet werden.
Integrierte Gesundheitsversorgung	Die integrierte (auch: koordinierte oder vernetzte) Gesundheitsversorgung umfasst die Prävention und Gesundheitsförderung, die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung, die Langzeitpflege sowie die palliative Begleitung und ermöglicht die Koordination und Durchlässigkeit der Angebote und Leistungen. Die Vernetzung der Leistungserbringenden über den gesamten Behandlungspfad (digital, ambulant, intermediär und stationär) und ihre strukturierte, verbindliche Zusammenarbeit steigert die Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. ³⁰
Kurzzeitplätze	Kurzzeitplätze sind Plätze, die mit der Absicht des vorübergehenden Aufenthalts in ein Pflegeheim belegt werden. Es kann sich dabei um stationäre Entlastungsplätze (siehe Definition), Plätze der Akut- und Übergangspflege (siehe Definition), Notfallplätze (siehe Definition) oder Überbrückungsplätze (Überbrückung, bis ein Platz im gewünschten Pflegeheim frei wird oder bis eine Rückkehr nach Hause möglich ist) handeln. Kurzzeitplätze können für kurzzeitige Belegungen reserviert sein, oder es kann sich dabei um nicht belegte «Langzeitplätze» handeln, die bei Bedarf mit der Absicht des vorübergehenden Aufenthalts belegt werden.
Langzeitpflege	Langzeitpflege umfasst die Pflege über einen längeren Zeitraum zu Hause, im Pflegeheim sowie in Tages- oder Nachtstrukturen (Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates, 2016, S. 8). Langzeitpflege zielt darauf ab, eine optimale Lebensqualität zu erhalten oder zurückzugewinnen. Es handelt sich dabei sowohl um Grund- wie auch um Behandlungspflege.
Langzeitpflege, stationär	Stationäre (Langzeit-)Pflege 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 (Langzeit-)Pflege wird zu Hause durch die Spitex oder durch ³¹ erbracht. Auch die Pflege, die in Tages- und Nachtstätten oder im Betreuten Wohnen geleistet wird, zählt zur ambulanten Pflege. Ambulante Langzeitpflege stellt einen Teil der Pflege dar, welche im Krankenversicherungsgesetz als ambulante Krankenpflege bezeichnet wird. Kennzeichnend ist, dass der Pflegebedarf voraussichtlich langfristig besteht. Davon abzugrenzen sind die ambulante Behandlungspflege in Spitälern und die gemeindeintegrierte (psychiatrische) Akutbehandlung (GiA).

³⁰ Die vorliegende Definition ist eine vorläufige Arbeitsdefinition. Sie wird im Rahmen der «Strategie integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.» vom Kernteam des Projekts zusammen mit Akteurinnen und Akteuren des Luzerner Gesundheitswesens im Verlauf des Jahres 2025 geschärft und weiterentwickelt.

³¹ Pflegefachpersonen mit einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung.

Notfallplätze	Bei Notfallplätzen handelt es sich um Plätze, die für Notfälle bereitgehalten werden – auch an Wochenenden. Sie können in der Regel nur wenige Tage benutzt werden, bis eine andere Lösung gefunden wird.
Palliativ Care	Unter Palliative Care versteht man alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. ³²
Pflegeheim	Pflegeheime bieten standardmässig ein umfassendes Paket an Dienstleistungen an, das Pflege, Betreuung, Beschäftigung, Unterkunft und Verpflegung beinhaltet (Rüegger, 2014, S. 9–10).
Pflegeheimliste	Die Kantone müssen gemäss Artikel 39 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, Stand 1. Januar 2016 (KVG; SR 832.10) eine Pflegeheimplanung erstellen und eine Pflegeheimliste führen. Die Aufnahme in die Pflegeheimliste ist für die stationären Leistungserbringer Bedingung, damit sie Pflegeleistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen können.
Pflegewohngruppe	Pflegewohngruppen sind durch professionelle Fachpersonen geleitete Alterswohngemeinschaften für Menschen, die Pflege und Betreuung brauchen. [...] Eine Pflegewohngruppe, z. B. für Menschen mit Demenz, kann durchaus Teil eines Pflegeheims sein (Rüegger, 2014, S. 11). Zielgruppe von Pflegewohngruppen sind Menschen, die sich einen familienähnlichen Rahmen des kollektiven Wohnens wünschen.
Regionale Versorgung	Unter regionaler Versorgung werden auf der kantonalen Pflegeheimliste Angebote bzw. Plätze aufgeführt, die in jeder Planungsregion angeboten werden. Es handelt sich dabei um das Angebot, welches zum Grundauftrag der Pflegeheime zählt (vgl. Definition Pflegeheim).
Spitex-Organisationen	Spitex-Organisationen bieten ambulante Leistungen in Privatwohnungen an. Diese beinhalten insbesondere hauswirtschaftliche Leistungen und Sozialbetreuung sowie Grund- und Behandlungspflege (inklusive psychiatrische Pflege oder Palliativ Care). Weitere Dienstleistungen von Spitex-Organisationen sind Mahlzeitendienste, Fahr- und Begleitedienste (Arzt, Einkauf), Vermietung von Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfen). Diese Dienstleistungen bieten auch anderen öffentliche und private Leistungserbringer an.
Stationäre Entlastungsplätze	Bei stationären Entlastungsplätzen handelt es sich um Plätze in einem Pflegeheim, einer Pflegewohngruppe oder einer anderen Pflegeinstitution, die ausschliesslich für die Entlastung reserviert und <u>im Voraus buchbar</u> sind. Die Kurzzeitgäste erhalten die notwendige Pflege und Betreuung und können am Alltag der Pflegeeinrichtung teilnehmen. Für betreuende und pflegende Angehörige handelt es sich um ein Entlastungsangebot.
Tages- oder Nachtstrukturen	Tages- oder Nachtstrukturen richten sich an Menschen, die zu Hause betreut oder gepflegt werden. Ziel der Angebote ist es, Angehörige zu entlasten. Entsprechend bieten Tages- oder Nachtstrukturen vorwiegend Betreuung, teilweise auch Pflegeleistungen an. Die Angebote

³² Palliative.ch: [Was ist Palliative Care?](https://www.palliative.ch/de/faq/was-ist-palliative-care/); [Das ist Palliative Care](https://www.palliative.ch/de/faq/das-ist-palliative-care/) – palliative.ch (Stand 25.2.2025).

	können einmal bis mehrmals wöchentlich benutzt werden. Die Klientinnen und Klienten kehren nach dem stundenweisen Aufenthalt wieder nach Hause zurück. Die Tagesstrukturen bieten ihnen Abwechslung, Beschäftigung und soziale Kontakte. Die Dienstleistungen von Nachtstrukturen beanspruchen vor allem Menschen mit Demenz, die während der Nacht aktiv sind.
Überregionale Spezialversorgung	Unter überregionaler Spezialversorgung werden auf der kantonalen Pflegeheimliste Angebote bzw. Plätze aufgeführt, die sich an Personen mit einem speziellen Pflege- und/oder Betreuungsbedarf richten. Die spezialisierten Leistungen werden überregional, d. h. nicht in jeder Planungsregion erbracht.
Versorgungskette	Die Versorgungskette (in der Langzeitpflege) umfasst alle Formen der Langzeitpflege, von der informellen Hilfe und Pflege (Angehörige, Freiwillige) über die formelle Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex, die Dienstleistungen der selbständig tätigen Pflegefachpersonen), die Tages- und Nachtstrukturen, das Betreute Wohnen bis hin zur stationären Hilfe und Pflege (Pflegeheim, Pflegewohngruppe) und der Palliativ Care.

Anhang: Betreutes Wohnen: Definition und FAQ

(Beilage zur Gemeindebefragung 2024 zum Betreuten Wohnen)

1) Definition Betreutes Wohnen³³

Betreutes Wohnen kombiniert eine **altersgerechte Bauweise und Wohnumgebung** mit der **Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote**.

Präzisierungen/Erläuterungen zur Definition:

- Unter altersgerechter Bauweise und Wohnumgebung wird insbesondere eine barrierefreie Ausgestaltung der Wohneinheiten verstanden.
- Bei der angebotenen «Betreuung» wird gemeinhin unterschieden zwischen einem Basispaket an Unterstützungsleistungen, welche als Bestandteil der Miet- bzw. Nebenkosten pauschal abgegolten werden (unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug), und weiteren Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, welche nach Bedarf vermittelt und gegen separate Entschädigung erbracht werden.
- Art und Umfang der im Betreuten Wohnen angebotenen Grundleistungen können unterschiedlich sein. Typisch ist jedoch die Gewährleistung rascher Hilfe in Notfallsituationen, die regelmässige Präsenz oder Erreichbarkeit einer Ansprechperson sowie allenfalls Angebote zur sozialen Teilhabe.

2) Antworten auf FAQ

Frage	Antwort
Wir bieten Betreutes Wohnen in der bisherigen Privatwohnung an. Ist dieses anzugeben?	Nein, weil die Wohnungen nicht für diesen Zweck reserviert sind.
In unserer Gemeinde haben wir barrierefreie Alterswohnungen, jedoch ohne Betreuung. Sind diese anzugeben?	Nein, es sind nur Wohnungen anzugeben, welche die Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote beinhalten.
In unserer Gemeinde gibt es ein Angebot Wohnen mit Service / Wohnen mit Dienstleistungen / Wohnen mit Unterstützung. Sind diese anzugeben?	Ja, sofern die Wohnungen altersgerecht sind und die angebotenen Serviceleistungen / Dienstleistungen / Unterstützungsangebote von Personal mit entsprechender Qualifikation erbracht werden.
In unserer Gemeinde können ältere Menschen einzelne Zimmer mit Betreuung mieten. Sind diese anzugeben?	Ja, sofern das Zimmer die obgenannten Kriterien des Betreuten Wohnens erfüllen. Bitte schreiben Sie in diesem Fall unter «Bemerkungen»: Zimmer
In unserer Gemeinde gibt es Betreutes Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung. Ist dieses anzugeben?	Nein, diese Angebote werden bereits in der Planung zum Gesetz über soziale Einrichtungen berücksichtigt.
Unsere Alterswohnungen sind derzeit nicht an ältere Menschen vermietet.	Dies spielt keine Rolle, Sie können die Wohnungen trotzdem angeben, sofern sie der Definition entsprechen (altersgerechte Bauweise und Wohnumgebung und Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote)

August 2024

³³ Definition übernommen aus: Stettler, et al. 2023. S. 20–21.

Anhang: Leistungsspezifische Anforderungen für spezialisierte Langzeitpflege im Kanton Zürich

Somatische Komplexpflege

1. Konzeptionelle Vorgaben

- In einem schriftlichen Konzept zur somatischen Komplexpflege sind die nachfolgenden Anforderungskriterien und deren konkrete Adressierung durch das Pflegeheim beschrieben.
- Die zuweisenden Institutionen sowie die Schnittstellenprozesse zu diesen sind definiert (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse usw.).
- Es besteht mindestens eine schriftliche Kooperationsvereinbarung für konsiliäre Beratung mit einem akutsomatischen Spital mit entsprechendem Behandlungsangebot.

2. Infrastruktur

- Eine versorgungsgerechte Infrastruktur für die Bewohnenden ist sichergestellt. Die Zimmer und die medizintechnische Ausstattung gewährleisten eine einwandfreie Pflege und Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen.
- Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team, therapeutische und soziale Aktivitäten stehen zur Verfügung.
- Den einzelnen Bewohnenden steht ein auf ihre individuelle Möglichkeit angepasstes Rufsystem (z. B. Mundbedienung) zur Verfügung.
- Die apparative Infrastruktur ist je nach Pflegebedarf respektive -komplexität der Bewohnenden vorhanden oder kann situativ beschafft oder gemietet werden. Darunter fallen beispielsweise die Gasversorgung, Beatmungsgeräte und Kommunikationsgeräte. Im Konzept bezeichnet sind die Grundausstattung sowie die Prozesse zur Wartung jener Geräte sowie die Sicherstellung der Patientensicherheit im Falle eines Ausfalles (Strom, technischer Defekt usw.).

3. Personal

- Die somatische Komplexpflege wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus dem Pflege- und Therapieteam, dem Arztdienst und einer fallführenden Person erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.
- Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.
- Das interprofessionelle Behandlungsteam wird durch eine Ärztin oder einen Arzt mit relevanter Berufserfahrung oder Weiterbildung in Intensivmedizin sichergestellt.
- Mindestens 40% des Stellenplans für die somatische Komplexpflege und pflegerische Betreuung müssen durch diplomierte Pflegefachpersonen (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) abgedeckt sein.
- Pflegefachpersonen, die für die Pflege und Betreuung der Bewohnenden mit komplexer Pflegesituation verantwortlich sind, verfügen über die entsprechenden Fachkompetenzen, wie Blasen- und Darm-Management, Haut- und Wundmanagement, Bewegung/Kinästhetik, Atmung. Das Pflegeheim weist in einem Konzept aus, welche relevanten Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen bei Bewerbungen berücksichtigt und während der Anstellung gefördert werden.
- Die 24-stündige Präsenz oder Erreichbarkeit innert nützlicher Frist (i.d.R. max. 20 Minuten) einer diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome), die über obengenannte Fachkompetenzen verfügen, ist gewährleistet.
- Eine Pflegefachperson mit Weiterbildung in Wundmanagement steht bei Bedarf zur Verfügung.
- Es besteht ein medizinterapeutisches Mindestangebot (bspw. Physiotherapie, Ergotherapie). Die entsprechenden Fachpersonen nehmen an interprofessionellen Fallbesprechungen und Rapporten teil.
- Mit dem Eintritt oder kurz danach werden die Behandlungsziele falls möglich gemeinsam mit den Bewohnenden und bei Bedarf unter Einbezug von Angehörigen festgelegt.

4. Fortbildungsverpflichtung

Regelmässige Weiterbildungen der diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen sind sichergestellt. Der Nachweis eines fachspezifischen Konzepts zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal muss vorgelegt werden.

Spezialisierte Palliative Care

Das Pflegeheim ist mit dem Label «Qualität in Palliative Care» im Versorgungsbereich Langzeitpflege des Vereins *qualitépalliative Verein für Qualität in Palliative Care* (vgl. <https://www.qualitepalliative.ch/de/zertifizierung/kriterien/spezialisierte-stationaere-palliative-care>) zertifiziert oder befindet sich in einem laufenden Zertifizierungsprozess oder erfüllt die entsprechenden Zertifizierungskriterien gleichwohl (Strukturkriterien für die stationäre Langzeitpflege in Palliative Care, Stand Juni 2024, Kapitel 3.1 und 3.2).

Spezialisierte Psychiatriepflege

1. Konzeptionelle Vorgaben

- In einem schriftlichen Konzept zur spezialisierten Psychiatriepflege sind die nachfolgenden Anforderungskriterien und deren Adressierung durch das Pflegeheim beschrieben.
- Die Schnittstellenprozesse zu zuweisenden und nachgelagerten Institutionen (z. B. psychiatrische Akutkliniken, Psychiatriespitex, Sozialdienste Gemeinden, Justizvollzug) sind definiert (Aufnahmeprozesse, Informationsflüsse, Notfallkonzept usw.).
- Im schriftlichen Konzept zur spezialisierten Psychiatriepflege werden das Behandlungskonzept (einschliesslich Tagesgestaltung), Massnahmen zur Suizidprävention, der Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen, Massnahmen zur Gewaltprävention und zum Umgang mit Gewaltereignissen im Pflegeheim schriftlich beschrieben. Die entsprechenden konzeptionellen Vorgaben sind in der Institution implementiert.

2. Infrastruktur

- Die Unterbringung von Bewohnenden erfolgt wenn immer möglich in Einbettzimmern, höchstens in Zweibettzimmern.
- Multifunktionsräume für Besprechungen im multiprofessionellen Team, therapeutische und soziale Aktivitäten stehen zur Verfügung.
- Das Pflegeheim verfügt über ein angemessenes Sicherheitskonzept.

3. Personal

- Die spezialisierte Psychiatriepflege wird von einem interprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus dem Pflege- und Therapieteam, dem fachärztlichen Dienst und einer fallführenden Person erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.
- Es findet regelmässig ein enger fachübergreifender Austausch innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams statt.
- Ergänzend zur akutsomatischen ärztlichen Versorgung ist die fachärztliche psychiatrische Versorgung durch eine angestellte Person mit anerkannter fachärztlicher Weiterbildung in Psychiatrie und/oder eine Vereinbarung über einen psychiatrischen Konsiliar- und Liasionsdienst sichergestellt.
- Pro 15 bewilligte Betten der spezialisierten Psychiatriepflege muss eine diplomierte Pflegefachperson (HF/FH) über eine anerkannte fachspezifische Weiterbildung in psychiatrischer Pflege verfügen (bspw. CAS, NDK, DAS). Zusätzlich ist eine Stellvertretung zu bezeichnen, die über vergleichbare Qualifikationen verfügt oder bereit ist, diese innerhalb des ersten Anstellungsjahres zu erlangen.
- Die 24-stündige Präsenz oder Erreichbarkeit innert nützlicher Frist (i.d.R. max. 20 Minuten) der Pflegefachpersonen, die über oben genannte Fachkompetenzen verfügen, ist gewährleistet.
- Es finden regelmässig Fall- und Team-Supervisionen durch eine externe Fachperson statt (mit Facharzttitle Psychiatrie oder eidg. Anerkennung Psychotherapie).
- Das spezialisierte Pflegeheim verfügt über einen Sozialdienst.

4. Fortbildungsverpflichtung

- Regelmässige Weiterbildungen der diplomierten Pflegefachperson (HF, FH und gleichwertige altrechtliche Diplome) zu den medizinisch-pflegerischen Anforderungen sind sichergestellt. Der Nachweis eines fachspezifischen Konzepts zu Fort- und Weiterbildungen für das Fach- und Assistenzpersonal muss vorgelegt werden.

(Kanton Zürich, 2025, Anhang 6.15-6.17, S. 91-93).