

Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15

6002 Luzern

Telefon +41 41 228 60 84

gesundheit.soziales@lu.ch

www.lu.ch

Dezember 2025

Strategie 2035 ff.

Integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern (IGeL)



Inhalt

1 Vorwort der Gesundheits- und Sozialdirektorin	3
2 Einleitung	4
3 Definition integrierte Gesundheitsversorgung	5
4 Zielbild integrierte Gesundheitsversorgung	5
5 Umsetzung der Strategie	11
5.1 Planungs- und Entwicklungsphasen	11
5.2 Rollen der Akteurinnen und Akteure	11
5.3 Finanzierung	12
5.4 Monitoring und Berichterstattung	13
5.5 Interkantonaler Austausch	13

1 Vorwort der Gesundheits- und Sozialdirektorin

Unser Gesundheitssystem steht vor herausfordernden Entwicklungen: Die Zahl von Personen mit chronischen und/oder mehrfachen Erkrankungen sowie von Menschen mit psychischen Erkrankungen wächst. Dies erfordert neue Wege und Formen der Zusammenarbeit. Gleichzeitig sind die personellen Ressourcen begrenzt. In den letzten Jahrzehnten stieg die Zahl der Fachpersonen, die in die Behandlung eines Patienten oder einer Patientin involviert ist. Die Fragmentierung und die Spezialisierung im Gesundheitswesen führen zu zahlreichen Nahtstellen. Diese sind sowohl für Fachpersonen wie auch für Patientinnen und Patienten immer schwieriger zu navigieren. Es entstehen Informationslücken, die wiederum zu Über-, Unter- oder Fehldiagnostik, redundanten Behandlungen, Komplikationen oder Notfall- und Wieder- einweisungen ins Spital führen können. All dies kann negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit sowie die Kosten haben.

Mit der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. wurde im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung 2024 ([B 36](#)) skizziert, wo der Kanton Luzern in den nächsten Jahren seine Prioritäten für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung setzen will. Eine zentrale Antwort auf die oben beschriebenen Entwicklungen und Herausforderungen liegt in der integrierten Gesundheitsversorgung.

Die vorliegende Strategie integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff. bietet die Chance, dass die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern gemeinsam Verantwortung übernehmen, ihre Kräfte bündeln und zusammen die integrierte Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern vorantreiben. Es braucht das Engagement von allen, um mit den vorhandenen Ressourcen gemeinsam die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung weiterhin in guter Qualität sicherzustellen und durch innovative Ansätze weiterzuentwickeln.

Dr. iur. Michaela Tschuor

Regierungspräsidentin

Gesundheits- und Sozialdirektorin

2 Einleitung

Die integrierte Gesundheitsversorgung legt einen ganzheitlichen Fokus auf die Gesundheit der Bevölkerung und stellt den Menschen und seine Gesundheit ins Zentrum. Gesundheitsförderung und Prävention¹ tragen massgeblich zur Wirksamkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung bei und können das System entlasten. Weiter zeichnet sich die integrierte Gesundheitsversorgung durch eine systematische Vernetzung und Koordination der Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung (kurz- und mittelfristig), eine Anpassung der Finanzierung (mittel- und langfristig) und ein Vorantreiben der Digitalisierung (mittel- und langfristig) im Gesundheitswesen aus. Das bedeutet, dass Leistungserbringende und Fachpersonen kompetenzgerecht, interprofessionell, koordiniert, effizient und patientenzentriert zusammenarbeiten und dass finanzielle Fehlanreize minimiert werden. Digitale Technologien unterstützen die Bevölkerung zuhause sowie bei ambulanten stationären Versorgungsprozessen. Der verstärkte Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention und führt zu weniger Erkrankungen, zu mehr Lebensqualität und zu tieferen Kosten.

Die Strategie integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern (IGeL) 2035 ff. (im Folgenden Strategie) wurde im Jahr 2025 mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern in einem partizipativen Prozess erarbeitet. Das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) des Kantons Luzern leitete und moderierte diesen Prozess. Die Strategie und die dazugehörigen Dokumente (Aktionsplan IGeL 2026–2030, Förderprogramm IGeL 2026–2030, Forum IGeL) wurden von der Gesundheits- und Sozialdirektorin im Dezember 2025 verabschiedet.

Die Strategie schafft die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis der integrierten Gesundheitsversorgung und für die Mitwirkung aller Partnerinnen und Partner. Gleichzeitig dient sie als Zielbild und Orientierung für Akteurinnen und Akteure im Luzerner Gesundheitswesen, aber auch für die Bevölkerung. Die Strategie lehnt sich an den Planungsbericht Gesundheitsversorgung 2024 ([B 36](#)), an die [Kantonsstrategie 2023](#) sowie an das [Legislaturprogramm 2023–2027](#) an.

¹ Gesundheitsförderung bezeichnet Massnahmen zur Stärkung der Ressourcen sowie der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (individuell, institutionell, gesellschaftlich). Sie wird in der Regel durch spezifisch ausgebildete Fachpersonen umgesetzt. Prävention umfasst alle Bestrebungen, Krankheiten zu verhindern (Primärprävention), ihr Fortschreiten zu verlangsamen (Sekundärprävention) oder Folgeerkrankungen zu vermeiden (Tertiärprävention). Präventives Handeln stellt eine Querschnittsaufgabe dar und ist – insbesondere auf Ebene der Sekundär- und Tertiärprävention – Teil der alltäglichen Praxis sämtlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

3 Definition integrierte Gesundheitsversorgung

Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Begriffe für die Ideen und Konzepte der integrierten Gesundheitsversorgung. Der Entwicklungsprozess, der im Kanton Luzern mit Blick auf die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. angestossen wurde, basiert auf folgendem Verständnis:

«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 sie ermöglicht die Koordination und Durchlässigkeit der Angebote und Leistungen. Die Vernetzung der Leistungserbringenden und Fachpersonen über den gesamten Behandlungspfad (virtuell · ambulant · stationär) und ihre strukturierte, verbindliche Zusammenarbeit steigert die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung für die gesamte² Bevölkerung.»

Diese breite Definition lehnt sich an das Verständnis an, das im [Altersleitbild des Kantons Luzern](#) (2022) verankert ist. Sie fokussiert primär auf die Gesundheitsversorgung im engeren Sinn, lässt aber nicht ausser Acht, dass wichtige Nahtstellen zu anderen Bereichen bestehen – insbesondere zum Sozial- und Bildungswesen sowie zur Zivilgesellschaft. Der Fokus auf die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung ist damit zu begründen, dass der Auf- und Ausbau der integrierten Gesundheitsversorgung komplex sowie mit finanziellen und personellen Aufwänden verbunden ist und die angestrebten Entwicklungen mit den (begrenzt) verfügbaren Ressourcen zu realisieren sind.

Die Definition umschreibt den Zielzustand. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Sinne der nachfolgend dargestellten Strategie benötigt Zeit und Ressourcen. Deshalb erfolgt die Umsetzung bis 2035 und darüber hinaus in Etappen. Um diesen Zielzustand zu erreichen, müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden – auf kommunaler, kantonaler und nationaler Ebene. Dazu gehören unter anderem geeignete Digitalisierungs- und angepasste Finanzierungsinstrumente.

4 Zielbild integrierte Gesundheitsversorgung

Das Zielbild der integrierten Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern (siehe Abb. 1) wurde ausgehend von der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. aus dem Planungsbericht Gesundheitsversorgung 2024 ([B 36](#)) entwickelt. Es fokussiert auf die zentralen Aspekte der integrierten Gesundheitsversorgung. Zu weiteren wichtigen Aspekten der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff., konkret zu den Themen Prävention und Gesundheitskompetenz, bestehen in der Strategie wichtige Nahtstellen. Diese Themen werden jedoch auf anderer Ebene (Umsetzung weiterer Massnahmen Planungsbericht Gesundheitsversorgung 2024) angegangen.

² Grundsätzlich steht die gesamte Bevölkerung im Fokus der integrierten Gesundheitsversorgung. Gesundheitsförderung und Primärprävention tragen massgeblich zum Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung bei. Von den Vorzügen der integrierten Gesundheitsversorgung profitieren jedoch insbesondere chronisch und mehrfach erkrankte Personen.

Zielbild der integrierten Gesundheitsversorgung Kanton Luzern

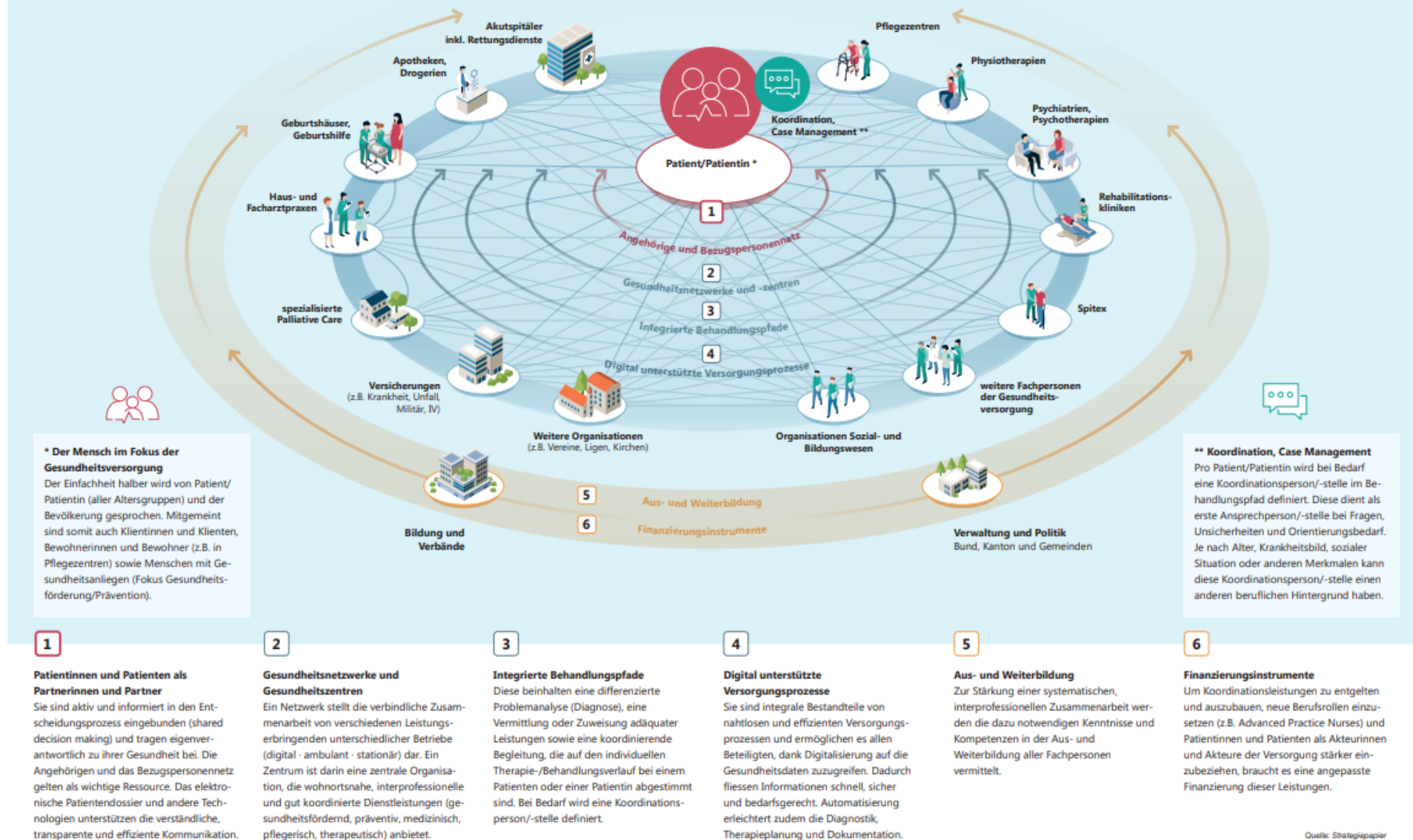


Abbildung 1: Zielbild integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern 2035 ff.

Das Zielbild lässt sich durch folgende zentrale Elemente beschreiben, bei welchen es sich wiederum um angestrebte Zielzustände (Soll) handelt:

Patientinnen und Patienten³ als Partnerinnen und Partner

Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit ihrem (privaten und institutionellen) Bezugspersonennetz stehen im Zentrum und werden als aktive, informierte und gleichberechtigte Partnerinnen und Partner in der Gesundheitsversorgung betrachtet. Sie sind in alle Entscheidungsprozesse eingebunden (*shared decision making*) und tragen eigenverantwortlich zu ihrer Gesundheit und dem Behandlungsverlauf bei. Patientinnen und Patienten sind im Rahmen ihrer Gesundheits- und digitalen Kompetenz befähigt, fundierte Entscheidungen zu treffen und ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbstbestimmt mitzugestalten. Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen diesen Prozess zusätzlich, so insbesondere die Förderung der Gesundheitskompetenz, der Eigenverantwortung und eines gesunden Lebensstils. Die Behandlungskette ist transparent, patientenzentriert und kollaborativ gestaltet. Sie ist geprägt von klarer, verständlicher und zeitnaher Kommunikation. Ein digitaler Datenaustausch ermöglicht sowohl den Patientinnen und Patienten wie auch den Leistungserbringenden jederzeit Zugriff auf die medizinischen Daten. Die Angehörigen und das Bezugspersonennetz der Patientinnen und Patienten werden als wichtige Ressourcen anerkannt und in Entscheidungen eingebunden, soweit dies die Patientinnen und Patienten wünschen und/oder die Patientinnen und Patienten diese aktive Rolle selbst nicht (mehr) wahrnehmen können.

Gesundheitszentren und Gesundheitsnetzwerke

Die Leistungserbringenden pflegen auf institutioneller Ebene eine systematische Vernetzung und Zusammenarbeit. Sie stimmen ihre Tätigkeiten aufeinander ab, tauschen sich regelmäßig aus und regeln ihre Zusammenarbeit verbindlich. Dazu eignen sich verschiedene Formen der Kooperation:

Ein *Gesundheitszentrum* ist eine Einrichtung respektive Organisation, die umfassende interprofessionelle Gesundheitsdienstleistungen (gesundheitsfördernd, präventiv, medizinisch, pflegerisch und therapeutisch) anbietet. Es verfolgt das Ziel, eine niederschwellige, wohnortnahe, ganzheitliche und gut koordinierte Grundversorgung für die Bevölkerung eines bestimmten Einzugsgebiets 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 führen erste Abklärungen oder Behandlungen durch und koordinieren – wo notwendig – die weiterführende Versorgung durch spezialisierte Fachpersonen oder Institutionen. Ein Gesundheitszentrum pflegt eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit den für die Patientengruppe weiteren relevanten Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung (insbesondere mit Spitex, Spitälern, Pflegeheimen, dem Sozialbereich, der Psychiatrie und Rehabilitationseinrichtungen) und unterstützt dadurch die Entstehung eines regionalen Gesundheitsnetzwerks.

³ Der Mensch steht im Fokus der Gesundheitsversorgung. Der Einfachheit halber wird von Patientinnen und Patienten gesprochen. Mitgemeint sind somit auch Klientinnen und Klienten, Bewohnende oder Menschen mit Gesundheitsanliegen.

Ein *Gesundheitsnetzwerk* 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. Digitale Technologien unterstützen eine nahtlose Kommunikation und Datenteilung zwischen den Netzwerkmitgliedern und mit ihren Patientinnen und Patienten. Letztere erhalten durch diese Zusammenarbeit eine gut koordinierte Versorgung – auch über die Netzwerkgrenzen hinweg.

Es wird zwischen *regionalen* und *spezialisierten* Gesundheitsnetzwerken unterschieden:

- Ein regionales Gesundheitsnetzwerk besteht aus Fachpersonen und Organisationen der Grundversorgung (z.B. Haus- und Fachärzteschaft, Spitex-Organisation(en), Pflegezentren, Organisationen der Geburtshilfe, Akutspitäler etc.), die innerhalb eines bestimmten Einzugsgebiets zusammenarbeiten.
- Ein spezialisiertes Gesundheitsnetzwerk stellt die überregionale Zusammenarbeit von Fachpersonen und Organisationen zu einem spezifischen Krankheitsbild, einem Lebensereignis (z.B. Geburt) und/oder zu einer spezifischen Bevölkerungsgruppe dar.

Integrierte Behandlungspfade

Die institutionalisierte Zusammenarbeit der Leistungserbringenden (Festlegung von Aufgaben, Rollen, Verantwortung, Strukturen und Prozessen) schafft die Basis für integrierte Behandlungspfade auf der individuellen Ebene des Patienten respektive der Patientin. Die Fachpersonen stellen den Patienten respektive die Patientin in den Fokus ihres koordinierten Handelns und erzielen gemeinsam mit dem Patienten respektive der Patientin eine optimale Therapie/Behandlung.

Ein exemplarischer Fall (siehe Abb. 2) illustriert die verschiedenen Stationen auf einem Behandlungspfad⁴: Vom Gesundheitsanliegen und der Kontaktaufnahme (1), zur Problemanalyse und Diagnose (2) über die Vermittlung/Zuweisung (3, optional) bis zur Behandlung/Therapie (4). Die Übergänge zwischen den einzelnen Stationen/Phasen im Behandlungspfad werden zwischen den involvierten Leistungserbringenden gut koordiniert. Die einzelnen Fachpersonen und Organisationen haben die vor- und nachgelagerten Stationen eines Behandlungspfads im Blick. Dadurch werden Informationslücken und das Risiko für Über-, Unter- oder Fehldiagnostik, redundante Behandlungen, Komplikationen oder Notfall- und Wiedereinweisungen ins Spital reduziert.

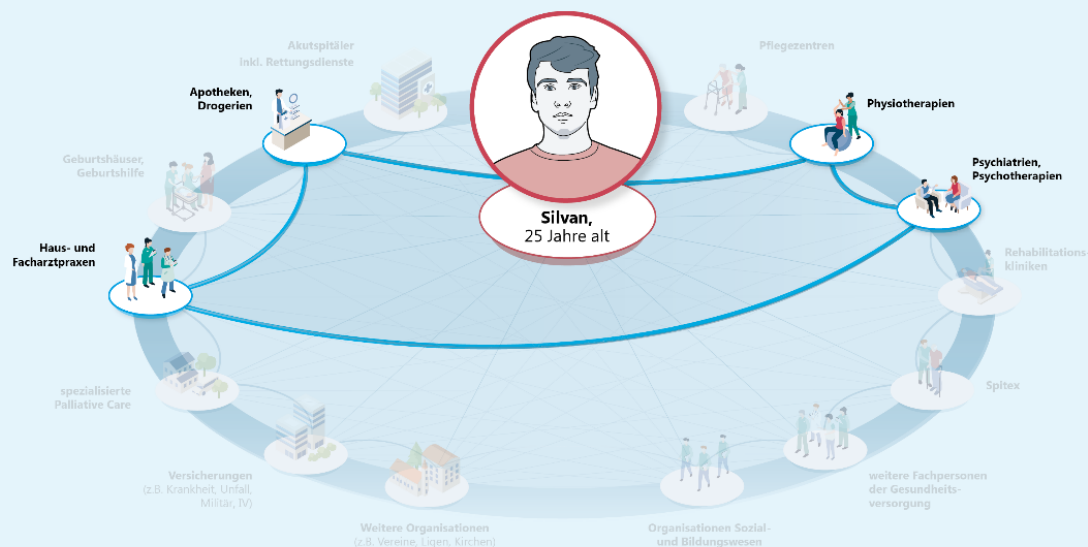
Je nach Komplexität des Falles (medizinisch, psychologisch, sozial) und dem Bedarf des Patienten respektive der Patientin wird eine Person/Stelle für die Koordination/Case Management installiert. Diese steht dem Patienten respektive der Patientin bei Fragen, Unsicherheiten und Orientierungsbedarf zur Verfügung. Je nach Alter, Krankheitsbild, sozialer Situation oder anderen Merkmalen des Patienten oder der Patientin kann diese Koordinationsfunktion durch eine andere Fachperson eingenommen werden (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apotheker, Betreuungsperson, Sozialarbeitende).

⁴ Weitere Fallbeispiele sind auf der Website <https://integrierte-gesundheitsversorgung.lu.ch/> publiziert. Mit den illustrierten Beispielen werden keine Standards für die integrierte Gesundheitsversorgung in einem spezifischen Fall gelegt. Vielmehr geht es darum, die Elemente der integrierten Gesundheitsversorgung exemplarisch zu veranschaulichen.

Zielbild der integrierten Gesundheitsversorgung Kanton Luzern

Integrierte Behandlungspfade

Fallvignette 1



- 1) Silvan verletzt sich beim Fussballspielen am Sprunggelenk. Er sucht eine Apotheke auf.
- 2) In der Apotheke erhält er ein Schmerzmedikament.
- 3) Die Apothekerin weist ihn darauf hin, seine Hausärztin aufzusuchen, wenn die Schmerzen in drei Tagen nicht deutlich zurückgehen.
- 4) Da seine Beschwerden anhalten, wendet er sich an seine Hausärztin im Gesundheitszentrum. Die Hausärztin stellt eine Verstauchung fest. 5) Silvan erhält zusätzlich zum Schmerzmedikament eine Schiene.
- 6) Die Hausärztin stellt beim Nachkontrolltermin Bedarf nach einigen Sitzungen bei der Physiotherapie fest und überweist Silvan in eine Physiotherapie-Praxis im regionalen Gesundheitsnetzwerk. 7) Silvan besucht die Physiotherapie. Zur Begleitung der physiotherapeutischen Behandlung kann Silvan zu Hause über eine App videogeleitete Kurzübungen machen. Daneben erhält er vom Physiotherapeuten Hinweise, welche alternativen Sportarten während der Heilungsphase möglich sind, damit er weiterhin aktiv bleiben kann. 8) Im Verlauf der Behandlung stellt der Physiotherapeut fest, dass die Heilung nicht wie erwartet verläuft. Silvan hat die Übungen vernachlässigt, er wirkt niedergeschlagen. Der Physiotherapeut schickt Silvan erneut zur Hausärztin. 9) Im Gespräch mit der Hausärztin kann sich Silvan öffnen, von seiner belastenden Situation erzählen und seine Fragen und Anliegen ansprechen. Gemeinsam kommen sie zum Schluss, dass seine Symptome auf eine Depression hinweisen und daher eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt wäre.
- 10) Die Hausärztin überweist Silvan zur Psychotherapeutin aus dem Gesundheitszentrum. Die Hausärztin wird Silvan in zwei Monaten erneut für ein Gespräch einladen, um die Entwicklung verfolgen zu können. Die Physiotherapie wird verlängert, um die Heilung der Verstauchung voranzubringen.
- 11) Nach anfänglichem Zögern entscheidet sich Silvan dazu, einen Gesprächstermin bei der Psychotherapeutin zu vereinbaren. Durch die psychotherapeutische Behandlung findet er einen Weg, mit seinen Herausforderungen umzugehen. 12) Dadurch bessert sich auch seine körperliche Verfassung und die Physiotherapie kann nach den zusätzlichen Sitzungen erfolgreich abgeschlossen werden.

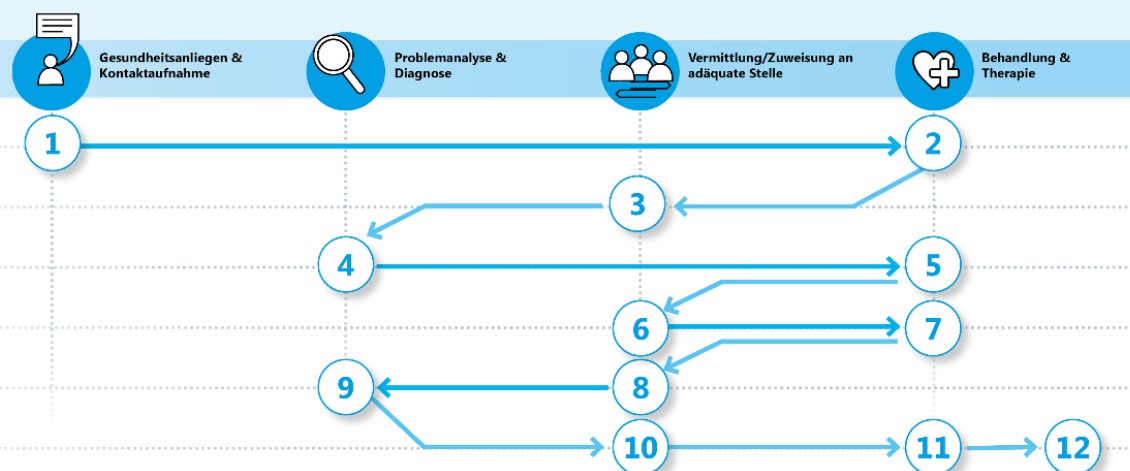


Abbildung 2: Exemplarischer Fall eines integrierten Behandlungspfades

Digital unterstützte Versorgungsprozesse

Digitale Technologien und Systeme sind integrale Bestandteile von nahtlosen und effizienten Versorgungsprozessen. Deshalb nutzen alle Luzerner Leistungserbringenden im Gesundheitswesen digitale Technologien, die einen wechselseitigen Datenaustausch ermöglichen und auch den Patientinnen und Patienten erlauben, auf ihre Daten zuzugreifen. Sobald die Patientinnen und Patienten ihre Daten bewusst ausgewählten Leistungserbringenden freigegeben haben, sind die Informationen schnell, sicher und bedarfsgerecht entlang des gesamten Behandlungspfades verfügbar.

Digitale und technologische Innovationen im Gesundheitswesen sind breit akzeptiert, weil die Fachpersonen und die Bevölkerung deren Nutzen, Sicherheit und Anwendungsmöglichkeiten kennen. Automatisierte Prozesse und digitale Tools erleichtern und ergänzen die Diagnostik, die Therapieplanung, das Monitoring und die Dokumentation. Dies erhöht die Effizienz und reduziert Fehlerquellen.

Nicht alle Menschen können im gleichen Mass von digitalen und technologischen Angeboten profitieren – sei es aufgrund fehlender technischer Kompetenzen oder wegen mangelnden Zugangs zu Geräten oder Sprachbarrieren. Diese Unterschiede werden gezielt berücksichtigt und unterstützende Angebote entwickelt, um digitale und technologische Teilhabe und damit die Chancengerechtigkeit für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Aus- und Weiterbildung

Die fachlichen, berufskulturellen und personenbezogenen Grundsteine für eine gelingende interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit aller Fachpersonen auf Augenhöhe werden in der Aus- und Weiterbildung gelegt. Die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen und Werte werden in spezifischen Bildungsangeboten vermittelt. Auf diesem Weg werden die Bereitschaft zur interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit, die Kenntnis über die Kompetenzen der unterschiedlichen Fachpersonen, das Weiterentwickeln von Berufsrollen (*task sharing und task shifting*), das Verständnis für das Funktionieren von Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitszentren sowie die Sensibilisierung für übergeordnete Themen der Gesundheitsversorgung (u.a. Patientenzentrierung, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitskompetenz, Kommunikation) breit verankert.

Finanzierungsinstrumente

Die Umsetzung integrierter Behandlungspfade geht u.a. mit ausgebauten Koordinationsleistungen einher, dem Einsatz neuer Berufsrollen (z.B. *Advanced Practice Nurses*) und dem stärkeren Einbezug der Patientinnen und Patienten als Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung. Die in diesem Zusammenhang notwendigen Leistungen – dazu zählen auch präventive und gesundheitsfördernde Angebote – sind bedarfsgerecht und qualitätsorientiert finanziert.

5 Umsetzung der Strategie

Das folgende Kapitel skizziert die wichtigsten Aspekte zur Umsetzung der Strategie.

5.1 Planungs- und Entwicklungsphasen

Die Weiterentwicklung der aktuell fragmentierten Versorgungsstrukturen in eine integrierte, vernetzte Gesundheitsversorgung benötigt Zeit und Ressourcen und erfordert eine Bereitschaft zu einer guten Zusammenarbeit von Patientinnen und Patienten, Leistungserbringenden, Verbänden, Versicherern, Politik, Gemeinden, Kanton und Bund. Erst wenn die nötigen rechtlichen, tarifarischen, infrastrukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen vorhanden sind, kann die Transformation in Richtung einer regional gesteuerten, integrierten Gesundheitsversorgung ihre volle Wirkung und ihren Nutzen entfalten. Bei der Gestaltung dieser Rahmenbedingungen ist der Handlungsspielraum des Kantons in einigen Bereichen von den entsprechenden Entwicklungen auf nationaler Ebene abhängig.

Zur Umsetzung der Strategie erarbeitet das GSD zwei Aktionspläne. In diesen werden innerhalb ausgewählter Handlungsfelder kurz- und mittelfristige Ziele definiert, die mit konkreten Massnahmen seitens des Kantons, der Gemeinden, der Leistungserbringenden und der weiteren Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung erreicht werden sollen. Zwei dazugehörige Förderprogramme beschreiben, wie das GSD die zur Verfügung stehenden Mittel einsetzen will, um die Ziele der Strategie zu erreichen (siehe Abbildung 3).

Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff.	
Strategie integrierte Gesundheitsversorgung Kanton Luzern (IGeL) 2035 ff.	
Aktionsplan IGeL 2026–2030	Aktionsplan IGeL 2031–2035
Förderprogramm IGeL 2026–2030	Förderprogramm IGeL 2031–2035

Abbildung 3: Überblick über die Einbettung und Grundstruktur der Strategie

Die Entwicklung und Umsetzung der Aktionspläne und Förderprogramme erfolgt in enger Abstimmung mit den weiteren kantonalen Planungsinstrumenten (u.a. Planungsbericht Gesundheitsversorgung 2024 ([B 36](#)), [Berichte Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) und 2026–2035 (in Erarbeitung), Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung 2021 ([B 83](#)), [Leitbild Gesundheitsförderung 2021 bis 2033](#), [Kantonale Präventionsprogramme der Dienststelle Gesundheit und Sport](#)).

5.2 Rollen der Akteurinnen und Akteure

Der Kanton fördert den Auf- und Ausbau der integrierten Gesundheitsversorgung mit einer moderat regulierenden Haltung. Er

- definiert Ziele und Prioritäten,
- klärt und schafft die notwendigen Rahmenbedingungen (soweit möglich und in seiner Kompetenz),
- befähigt und unterstützt die Beteiligten durch Information und Koordination,
- zählt auf das Engagement und Commitment der Akteurinnen und Akteure und fördert deren Eigeninitiative, Kooperation und Vernetzung,
- setzt finanzielle Anreize, um Entwicklungen und Projekte der Akteurinnen und Akteure anzustossen respektive zu unterstützen,
- greift, wo nötig, regulierend und steuernd ein (z.B. beim Leistungseinkauf) und

- entwickelt und führt ein Monitoring zur (Weiter-)Entwicklung der integrierten Gesundheitsversorgung.

Die Mitwirkung und Eigeninitiative sowie das Engagement aller Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung bei der Entwicklung und Umsetzung der Strategie sind wichtige Voraussetzungen für das Gelingen des Vorhabens. Dabei nehmen die Leistungserbringenden (virtuell, ambulant und stationär), Gemeinden, Bildungsinstitutionen, Versicherer sowie weitere Akteurinnen und Akteure unterschiedliche Rollen ein, die es aufeinander abzustimmen gilt.

Planungs- und Versorgungsregionen

Für die Umsetzung der Strategie ist sowohl die kantonale Gesamtperspektive (übergeordnete Grundlagen und Planung) als auch die regionale Perspektive (regionale Planung und Umsetzung) wichtig. Ein politisches Gefäss zur regionalen Planung und Steuerung besteht bereits in der Alterspolitik: Gemäss § 2b Absatz 3 des Betreuungs- und Pflegegesetzes des Kantons Luzern vom 13. September 2010 ([BPG](#), SRL Nr. [867](#)) bilden die Gemeinden für die Pflegeheimplanung maximal sechs geografisch zusammenhängende Planungsregionen. Dieser koordinative Auftrag der Planungsregionen entstammt den Zielen des Altersleitbilds 2010 respektive der Alterspolitik als kommunaler Aufgabe.

Die kommunale Planungs- und Steuerungsfunktion soll gestärkt sowie inhaltlich und räumlich weiterentwickelt werden mit dem Ziel, die Versorgung interdisziplinär noch besser koordinieren und die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Region noch systematischer berücksichtigen zu können. Die Stärkung und Weiterentwicklung der Planungsregionen im Sinne der Strategie integrierte Gesundheitsversorgung entspricht der Stossrichtung der Versorgungsplanung Langzeitpflege 2026–2035, die auch vom Verband der Luzerner Gemeinden (VLG) unterstützt wird. Vor diesem Hintergrund lancieren GSD und VLG ein Projekt zum Auf- und Ausbau der Planungs- und Versorgungsregionen.

5.3 Finanzierung

Die Weiterentwicklung und Stärkung der Gesundheitsversorgung entlang der Strategie ist mit finanziellen und personellen Aufwänden verbunden. Der Kanton setzt seinerseits Mittel ein, jedoch erfordert die Umsetzung auch zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen seitens der Gemeinden sowie der weiteren Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

Der Kanton hat zur Umsetzung der strategischen Stossrichtung integrierte Gesundheitsversorgung im Planungsbericht Gesundheitsversorgung 2024 ([B 36](#)) für die Jahre 2025–2030 Mittel in der Höhe von 11,1 Millionen Fr. eingeplant, wobei diese bis ins Jahr 2029 im Aufgaben- und Finanzplan eingestellt wurden. Diese Mittel werden für die Erarbeitung der Strategie sowie für die Umsetzung des Aktionsplans IGeL und des Förderprogramms IGeL 2026–2030 eingesetzt. Die Umsetzung von Aktivitäten ab 2031 basieren auf dem nächsten Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung.

5.4 Monitoring und Berichterstattung

Über den Stand der Umsetzung der Strategie respektive der Aktionspläne wird auf folgenden Kanälen berichtet:

- Entwicklung und Betrieb einer öffentlichen Website mit allen relevanten Unterlagen: <https://integrierte-gesundheitsversorgung.lu.ch>,
- Veranstaltungen des Forums IGeL,
- Statusberichte zuhanden der Kommission Gesundheit, Arbeit und soziale Sicherheit (GASK),
- Planungsberichte über die Gesundheitsversorgung zuhanden des Kantonsrats.

Um wichtige Entwicklungen in der integrierten Gesundheitsversorgung nachvollziehen sowie den Stand der Zielerreichung überprüfen zu können, wird ein Set aus Prüf- und Kontextindikatoren definiert.

5.5 Interkantonaler Austausch

Die erste Phase der Umsetzung in den Jahren 2026–2030 ist primär innerkantonal ausgerichtet. Der Kanton Luzern ist bestrebt, den interkantonalen Austausch (Zentralschweiz und darüber hinaus) zu pflegen. Der Austausch findet in den bereits bestehenden Gefässen statt (auf politischer Ebene über die Zentralschweizer Gesundheitsdirektorinnen- und -direktorenkonferenz ZGDK; auf operativer Ebene über diverse stehende resp. ad hoc-Gefässe). Dabei werden die kantonalen Vorhaben miteinander geteilt, Synergien wo möglich genutzt und Beispiele von *Good Practices* ausgetauscht.