

An den Landrat

Glarus, 22. Oktober 2019

Pflege- und Betreuungsgesetz

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Die Vorlage im Überblick

Die Sicherstellung der Pflege und Betreuung der stark alternden Bevölkerung wird den Kanton und die Gemeinden in den kommenden Jahren vor grosse Herausforderungen stellen. Bis 2030 wird eine Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Personen um über 50 Prozent erwartet. Bereits heute besteht ein Mangel an Fachpersonal, der sich künftig noch verschärfen wird. Die Ausgaben für die Langzeitpflege werden sich gemäss einer Studie der Universität St. Gallen bis 2050 gegenüber 2016 verdoppeln.¹ Der Anteil der öffentlichen Hand daran wird sich bis 2045 gar verdreifachen.²

Es besteht grosser Handlungsbedarf. Die Alters- und Pflegeheime kämpfen mit rückläufigen Belegungszahlen. Die Bevölkerung hat heute andere Bedürfnisse. Die älteren Personen wollen solange wie möglich selbstständig bleiben und zu Hause gepflegt und betreut werden. Die überschüssigen Betten bringen die Alters- und Pflegeheime in wirtschaftliche Probleme, die Ausgaben der Gemeinden für die Restfinanzierung steigen kontinuierlich an.

Der Trend in der Schweiz geht ganz klar in Richtung Stärkung der ambulanten Angebote. Der Kanton hinkt dieser Entwicklung stark hinterher. Es braucht einen Paradigmenwechsel: Die ambulante Pflege und Betreuung ist massiv zu stärken. Diese ist nicht nur bedürfnisgerechter, sondern bei Personen mit geringem Pflegebedarf auch günstiger als die stationäre Versorgung. Zudem ist es vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der prognostizierten Finanzierungslücke zwingend, dass die Bezugspersonen von Pflege- und Betreuungsbedürftigen sowie Freiwilligen als wichtige Bestandteile der Versorgungskette anerkannt und gefördert werden.

Der Kanton und die Gemeinden haben daher im 2015 gemeinsam beschlossen, eine Optimierung der Langzeitpflege umfassend zu prüfen. Ergebnis dieses Prozesses war das von einer Arbeitsgruppe mit Vertretern des Kantons, der Gemeinden, der ambulanten und statio-

¹ Eling, M. und Elvedi, M. (2019). *Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz*. St. Gallen: Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen.

² Bundesrat. (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege*. Bern, S. 19 f.

nären Leistungserbringer, der Ärztesgesellschaft und der Patienten erarbeitete Konzept «Stärkung der Langzeitpflege»³. Dieses enthält neun Empfehlungen zuhanden der zuständigen politischen Behörden und der Organe der Leistungserbringer für eine Stärkung der Langzeitpflege. Ein zentrales Element ist dabei die Erarbeitung eines Pflege- und Betreuungsgesetzes, das die rechtlichen Rahmenbedingungen klären und die Grundlage für eine Vielzahl der Empfehlungen bilden soll.

Das vorliegende, mit Fachpersonen erarbeitete Pflege- und Betreuungsgesetz (PBG) setzt den damals erteilten Auftrag um. Es schafft die Grundlagen für eine umfassende kantonale Versorgungsplanung entlang der gesamten Versorgungskette und einen einheitlichen Qualitätsstandard im ganzen Kanton. Die Planung soll dabei nicht nur wie bisher die stationäre (Pflegeheimliste), sondern neu auch die ambulante und intermediäre Versorgung und damit die gesamte Versorgungskette umfassen. Zudem soll die Verantwortung für die Sicherstellung und Finanzierung der Pflege und der Betreuung von den Gemeinden an den Kanton übergehen. Die Gemeinden sind bei der Versorgungsplanung wie auch der Definition des Qualitätsstandards miteinzubeziehen. Sie bleiben zudem Eigentümer der öffentlich-rechtlichen Alters- und Pflegeheime und können damit mitbeeinflussen, wo welche Leistungen angeboten werden sollen.

Im Weiteren anerkennt und fördert das PBG Bezugspersonen und Freiwillige als wichtige Elemente, um die Versorgung sicherzustellen. Der Kanton unterstützt die Selbsthilfe und Freiwilligenarbeit mit Beiträgen an pflegende und betreuende Bezugspersonen, für deren Ausbildung in der Grundpflege und Betreuung oder an Projekte. Der Kanton soll auch neue oder innovative Vorhaben zur Verbesserung der Pflege- und Betreuungsversorgung fördern. Das PBG regelt ferner das Angebot und die Finanzierung von sogenannten intermediären Strukturen (Tages- und Nachtangebote, betreutes Wohnen) und schafft eine Grundlage, um die Einrichtungen zur Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen verpflichten zu können. Zudem schafft das PBG die gesetzliche Grundlage für die seit dem 1. Januar 2019 als Pilotprojekt gestartete Koordinationsstelle Gesundheit, welche die Bevölkerung mit Informations- und Beratungsdienstleistungen unterstützt. Der Entscheid über deren definitive Einführung obliegt dem Landrat.

Mit einer Anpassung der Kantons- und Gemeindesteuerfüsse sollen die heute bei den Gemeinden anfallenden Pflegekosten von rund 8 bis 9 Millionen Franken zum Kanton verschoben werden. Um eine Erhöhung der Steuerbelastung für die Bevölkerung aufgrund des Wechsels der Finanzierungszuständigkeiten zu verhindern, werden die Steuerfüsse des Kantons und der politischen Gemeinden für das Jahr 2022 gesamthaft auf dem Niveau des Vorjahres 2021 (ohne Bausteuer) begrenzt. Dieses Vorgehen mit einer Fixierung der Gesamtsteuerbelastung sowie einer Neuverteilung der Steuerprozente unter den beiden Staatsebenen Kanton und Gemeinden wurde bereits in der Vergangenheit erfolgreich angewendet. Daneben werden sich Mehrausgaben von rund 1,5–2 Millionen Franken pro Jahr für den Kanton ergeben. Ziel ist letztlich aber, die ohnehin erwartete, massive Kostensteigerung zu dämpfen.

Mit der Umsetzung des PBG verbunden ist auch eine Bereinigung der Zuständigkeiten für die Langzeitpflege beim Kanton. Die heute über die Departemente Finanzen und Gesundheit (DFG) sowie Volkswirtschaft und Inneres (DVI) verteilten Zuständigkeiten für die ambulante bzw. stationäre Langzeitpflege sollen in einem Departement zusammengeführt werden.

Die Kosten der Langzeitpflege im Kanton Glarus belaufen sich heute auf rund 55 Millionen Franken. Der prognostizierte Anstieg auf über 100 Millionen Franken bis ins Jahr 2050 bedingt, dass agiert und nicht reagiert wird. Die Strategie mit einer Stärkung der günstigen und

³ Das Konzept kann unter www.gl.ch ⇒ Verwaltung ⇒ Finanzen und Gesundheit ⇒ Gesundheit ⇒ Langzeitpflege heruntergeladen werden.

bedarfsgerechten ambulanten Lösungen sowie einer Vermeidung bzw. Verzögerung der teuren stationären Lösungen ist jetzt in Angriff zu nehmen. Die vorgeschlagenen Massnahmen werden zunächst Mehrausgaben zur Folge haben, die in der Zukunft aber amortisiert werden. Sie sind darauf ausgerichtet, das erwartete Kostenwachstum zu dämpfen. Die Vorlage will aber auch den geänderten Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung tragen. Der medizinische Fortschritt erlaubt ein selbstbestimmtes Leben zu Hause bis ins hohe Alter. Der grosse Teil der Bevölkerung möchte in den eigenen vier Wänden alt werden. Die Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen sind darauf neu auszurichten.

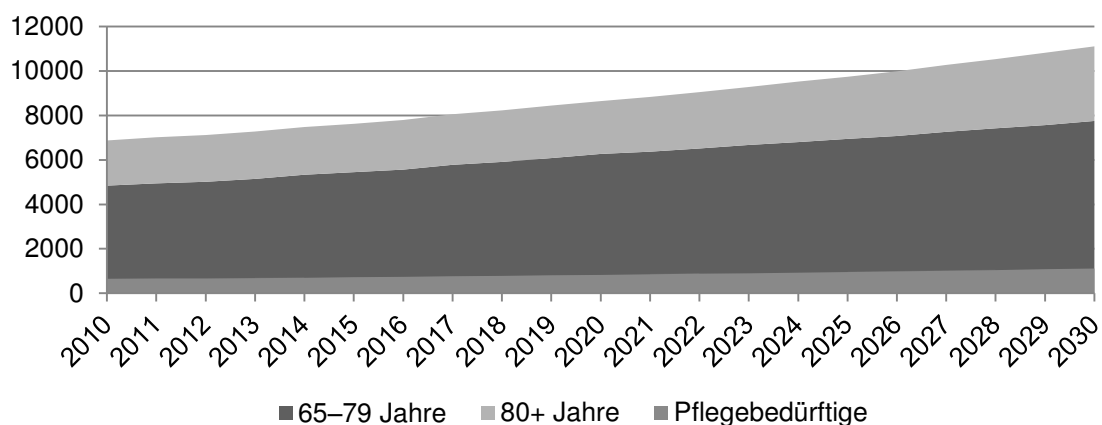
Insgesamt 43 Organisationen haben an der Vernehmlassung zum PBG teilgenommen. Sie unterstützen dabei – bis auf wenige Ausnahmen – die Stossrichtung des PBG. Die zahlreichen Anregungen wurden geprüft und soweit sinnvoll und möglich aufgenommen.

2. Ausgangslage

2.1. Demografische Entwicklung

Die Bevölkerung des Kantons Glarus wird bis 2030 verglichen mit 2017 um 7 Prozent zunehmen. Dabei wird ein besonders starkes Wachstum der Zahl der über 65-Jährigen erwartet. So soll sich die Anzahl Personen zwischen 65 und 79 Jahren um 34 Prozent und diejenige über 80 Jahre sogar um 47 Prozent erhöhen (s. Abbildung 1). Insgesamt würden im Kanton Glarus im Jahr 2030 rund 11'100 Personen über 65 Jahre alt sein, während es im Jahr 2017 noch 8000 Personen waren (+39 %). Auch der Altersquotient (Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-jährigen Personen) wird sich von 32 Prozent im Jahr 2017 auf 45 Prozent im Jahr 2030 markant erhöhen.

Abbildung 1. Entwicklung Anzahl Personen 65+ Jahre und Pflegebedürftige im Kanton Glarus 2010–2030⁴



Wird davon ausgegangen, dass die Pflegequoten⁵ stabil bleiben, wird mit der Alterung der Bevölkerung auch die Anzahl pflegebedürftiger Personen von schätzungsweise rund 700 Personen im 2017 um rund 45 Prozent auf 1100 Personen im 2030 steigen.

⁴ Bundesamt für Statistik. (12. Mai 2016). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2015–2045*. Neuchâtel und Bundesamt für Statistik. (29. August 2019). *Statistik der Bevölkerung und Haushalte*. Neuchâtel.

⁵ Bayer-Oglesby, L. und Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen* (Obsan Bericht 47). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

2.2. Bedürfnisse der älteren Bevölkerung

Die ältere Bevölkerung hat den Wunsch, solange wie möglich selbstständig zu sein und zu Hause bleiben zu können. Dies zeigt sich z. B. darin, dass im Jahr 2017 lediglich rund ein Sechstel (15,7 %) der Personen über 80 Jahre in einem Alters- und Pflegeheim lebte.⁶ Um diesem Bedürfnis bestmöglich zu entsprechen, braucht es neue bedarfsgerechte ambulante Betreuungs- und Wohnformen sowie mehr Transparenz über die bestehenden Angebote. Die Auswahl an möglichen Wohnformen im Alter ist heute sehr vielfältig: Alterswohnungen mit und ohne Betreuung, Altersheime, Generationenwohnungen oder eine Alters-WG. Auch die Bedürfnisse und Ansprüche im Alter sind unterschiedlich. Umso wichtiger ist es, dass die heutigen und zukünftigen Wohnformen die individuellen Ansprüche älterer Menschen berücksichtigen und erfüllen. Aufgrund der zunehmenden körperlichen Beeinträchtigungen im Alter erfordert ein Leben zu Hause eine entsprechende Infrastruktur mit möglichst altersgerechtem Zugang zum öffentlichen Raum und Sozialstrukturen. Eine gute Erschliessung und ein behinderungsfreier Zugang zu Einkaufsmöglichkeiten und öffentlichem Verkehr gewinnen im Alter ebenfalls an Bedeutung. Auch die Nähe zur Post und Bank, zu Ärzten und Apotheken sowie zu Cafés und Restaurants sowie funktionierende soziale Strukturen müssen berücksichtigt werden.

2.3. Bedarf an Gesundheitspersonal

Durch die steigende Lebenserwartung und die daraus resultierende veränderte Pflegebedürftigkeit hat die Langzeitpflege eine immer wichtigere Bedeutung. Der Bedarf an Pflegefachpersonen wird deshalb stark zunehmen. Bereits heute herrscht ein Fachkräftemangel. Die Mitarbeiterzahl der Alters- und Pflegeheime und Spitex ist in den letzten Jahren so stark gestiegen wie in praktisch keinem anderen Sektor.⁷ Wie sehr sich dieser Fachkräftemangel zuspitzen wird, ist abhängig von der künftigen Aufgabenteilung zwischen Bezugspersonen, Spitex-Organisationen und Alters- und Pflegeheimen sowie von der technischen und medizinischen Entwicklung. Jedoch wird vermutet, dass es besonders für Regionen in der Peripherie und wirtschaftsschwache Kantone schwieriger sein wird, qualifiziertes Fachpersonal zu finden.⁸ Bereits heute hat der Kanton Glarus im Spitex-Bereich wie auch in den Alters- und Pflegeheimen eine unterdurchschnittliche Pflegepersonaldichte.⁹ Letztere dürfte allerdings mindestens teilweise auf den hohen Anteil an leicht pflegebedürftigen Personen in den Glarner Alters- und Pflegeheimen und den damit einhergehenden, tieferen durchschnittlichen Pflegebedarf zurückzuführen sein (s. Ziff. 3.3.2).

3. Langzeitpflege im Kanton Glarus

3.1. Übersicht

Abbildung 2 zeigt die Versorgungskette in der Langzeitpflege. Das erste Glied der Versorgungskette ist die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe für betagte Personen bzw. die Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder anderen Bezugspersonen. Im Vordergrund steht,

⁶ Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.

⁷ Christen, A., Hürzeler F., Jucker, S. und Roos, E. (2015). *Die Zukunft des Pflegeheimmarkts. Gesundheitswesen Schweiz* (Swiss Issues Branchen). Zürich: Credit Suisse, S. 27.

⁸ Cosandey, J. (2016). *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe* (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse, S. 127.

⁹ Im Spitex-Bereich verfügte der Kanton Glarus im Jahr 2017 pro 1000 Einwohner über 65 Jahren über 8,0 Pflegepersonen (in VZÄ), während der schweizerische Durchschnitt 14,6 Pflegepersonen betrug. In Alters- und Pflegeheimen waren es pro 1000 Einwohner über 65 Jahren 34,1 Pflegepersonen (in VZÄ), während der schweizerische Durchschnitt bei 40,7 Pflegepersonen lag. (s. Bundesamt für Statistik. (15. November 2018). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause*. Neuchâtel und Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.)

den Personen möglichst lange ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu ermöglichen. Mit steigendem Pflegebedarf gewinnen professionelle (und institutionelle) Pflegeangebote an Bedeutung. In Fällen von leichter Pflegebedürftigkeit ist ein Verbleib zu Hause oftmals noch möglich. Die pflegerische Versorgung wird dabei durch Spitex-Organisationen oder selbstständige Pflegefachpersonen gewährleistet (ambulante Angebote). Mit steigendem Pflegebedarf stellen Tages- und Nachtstrukturen, die insbesondere auch pflegende Angehörige entlasten sollen, oder dann der definitive Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim die Gesundheitsversorgung sicher.

Abbildung 2. Versorgungskette in der Langzeitpflege¹⁰



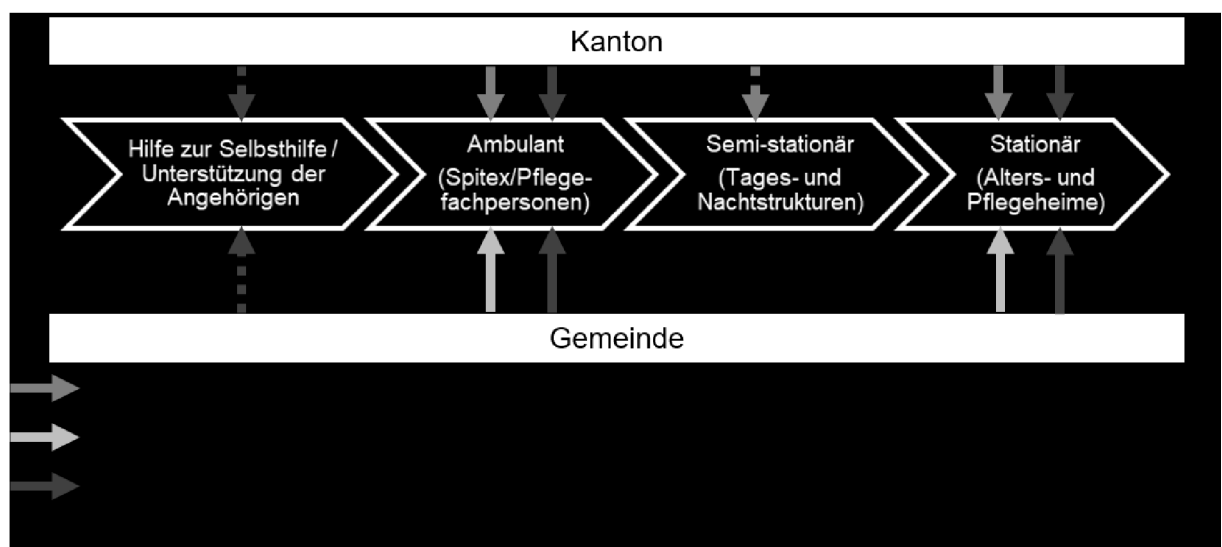
3.2. Zuständigkeiten

Im Kanton Glarus sind die Gemeinden für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Langzeitpflege zuständig.¹¹ Sie delegieren diese Aufgabe über Leistungsaufträge an die kommunalen Spitex-Vereine und an die in ihrem Besitz befindlichen Alters- und Pflegeheime. Vereinzelt haben sie auch privaten ambulanten (erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen, Pflegefachpersonen) oder stationären Leistungserbringern einen Leistungsauftrag erteilt bzw. gewähren diesen eine Restfinanzierung der Pflegekosten.

Der Kanton ist grundsätzlich nur für die Bewilligung und Aufsicht zuständig. Er plant im stationären Bereich zudem mit der Pflegeheimliste das Angebot und er genehmigt die Tarife.

Die Finanzierung der Alterspflege erfolgt einerseits über Beiträge der pflegebedürftigen Personen bzw. deren Krankenversicherer. Andererseits leistet aber auch die öffentliche Hand einen wesentlichen Beitrag in Form der Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV (Kanton) und der Übernahme der Pflegerestkosten bzw. ungedeckten Heimkosten (Gemeinden).

Abbildung 3. Zuständigkeiten in der Langzeitpflege im Kanton Glarus



¹⁰ Cosandey, J. (24. Juni 2016). *Für eine „ambulant-mit-stationär“-Strategie. Präsentation.* F. 7.

¹¹ Art. 33 Abs. 2 Kantonsverfassung, Art. 5 Gesundheitsgesetz und Art. 38 Sozialhilfegesetz.

3.3. Organisation

3.3.1. Ambulante Langzeitpflege (Spitex)

Die ambulante Langzeitpflege im Kanton Glarus wird im interkantonalen Vergleich deutlich weniger in Anspruch genommen – hinsichtlich der Anzahl Klientinnen und Klienten¹² wie auch des eingesetzten Personals. Mit 85,7 Klientinnen und Klienten pro 1000 Einwohner über 65 Jahren lag der Kanton Glarus im 2017 auf Rang 20 aller Kantone (Ø CH: 133,2). Beim Personal wies er mit 8,0 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohner über 65 Jahren gar die tiefste Quote an Personal in der ambulanten Langzeitpflege in allen Kantonen auf (Ø CH: 14,6).

Abbildung 4. Vollzeitäquivalente und Klientinnen und Klienten in der ambulanten Langzeitpflege nach Kanton 2017¹³

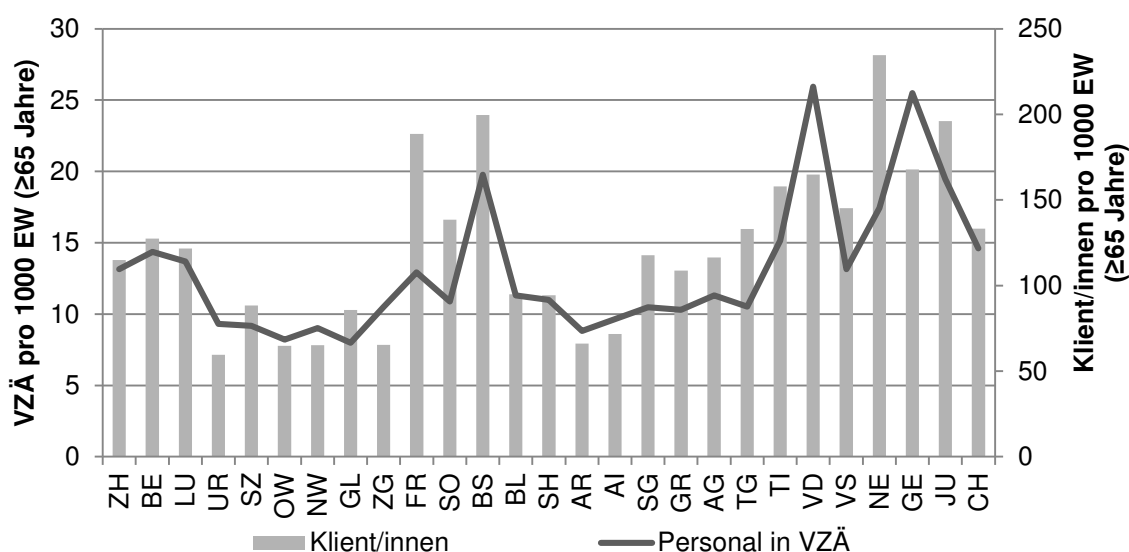


Tabelle 1 zeigt die im Kanton Glarus tätigen Leistungserbringer in der ambulanten Langzeitpflege sowie den Marktanteil der einzelnen Organisationen. Die ambulante Langzeitpflege umfasst dabei folgende Leistungen:

1. Pflegeleistungen¹⁴
 - Abklärung und Beratung
 - Untersuchung und Behandlung
 - Grundpflege
2. Hauswirtschaftliche Leistungen
3. Mahlzeitendienst¹⁵

Die ambulante Langzeitpflege wird im Kanton Glarus zu 85 Prozent von den vier gemeinnützigen Spitex-Organisationen erbracht. 15 Prozent der Pflegeleistungen werden von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen oder selbstständigen Pflegefachpersonen geleistet. Bei den hauswirtschaftlichen Leistungen beträgt das Verhältnis zwischen gemeinnützigen Spitex-Organisationen gegenüber erwerbswirtschaftlichen Unternehmen und Pflegefachpersonen neun zu eins. Bei diesen Leistungen ist zudem zu beachten, dass nicht nur ältere Personen,

¹² Bezüger von Leistungen werden im Zusammenhang der ambulanten Hilfe (Spitex) als Klientinnen und Klienten bezeichnet, während bei Alters- und Pflegeheimen von Bewohnerinnen und Bewohnern und im Akutbereich von Patientinnen und Patienten gesprochen wird.

¹³ Bundesamt für Statistik. (15. November 2018). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause*. Neuchâtel.

¹⁴ Art. 7 Abs. 2 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV).

¹⁵ Die Spitex Glarus verfügt über keinen Mahlzeitendienst. In Glarus können Mahlzeiten aber über das Alterszentrum Bergli bezogen werden.

sondern gesundheitlich beeinträchtigte Menschen jeden Alters eingeschlossen sind. Der Anteil der Fallzahlen der generationenübergreifenden Familienhilfe, unter die auch die Kinder-spitex als Spezialisierungsform fällt, ist jedoch insgesamt eher gering.

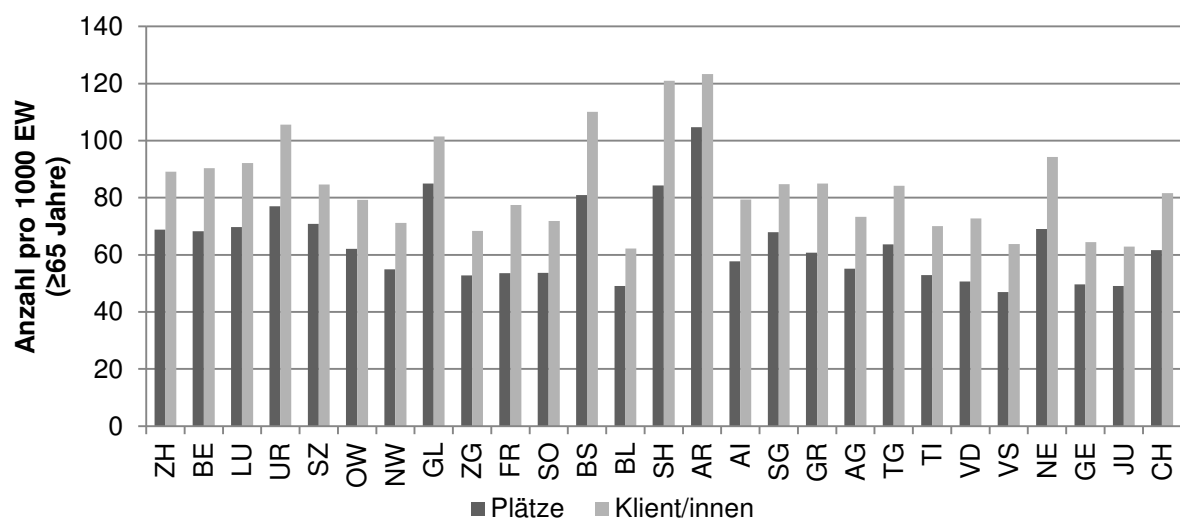
Tabelle 1. Leistungserbringer in der ambulanten Langzeitpflege 2017¹⁶

<i>Organisationsform Leistungserbringer</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil Pflegeleistungen</i>	<i>Anteil hauswirtschaftliche Leistungen</i>
Gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen (Spitex-Basisorganisationen)	4	85 %	90 %
Erwerbswirtschaftliche Unternehmen	2	6 %	10 %
Selbstständige Pflegefachpersonen (≥ 250 Stunden Pflegeleistungen/Jahr)	4	9 %	0 %
Selbstständige Pflegefachpersonen (< 250 Stunden Pflegeleistungen/Jahr) ¹⁷	26	n. a.	n. a.

3.3.2. Stationäre Langzeitpflege

Der Kanton Glarus verfügt über ein ausgebautes Angebot und eine überdurchschnittliche Belegung in der stationären Langzeitpflege. Sowohl das Angebot (Anzahl Pflegeheimplätze) wie auch die Nachfrage (Anzahl Klientinnen und Klienten) lagen mit 85,0 Plätzen bzw. 101,4 Klientinnen und Klienten pro 1000 Einwohner über 65 Jahren im Jahr 2017 deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt von 61,6 Plätzen bzw. 81,6 Klientinnen und Klienten (s. Abbildung 5).

Abbildung 5. Plätze und Klientinnen und Klienten in der stationären Langzeitpflege nach Kanton 2017¹⁸



Eine Folge des grossen Angebots ist, dass der Kanton Glarus im Jahr 2017 den schweizweit höchsten Anteil an Personen ohne oder nur mit leichtem Pflegebedarf (Pflegestufen 0–3; bis 60 Minuten Pflege pro Tag) in Alters- und Pflegeheimen aufweist (GL: 44 %; CH: 24 %).

¹⁶ Bundesamt für Statistik. (15. November 2018). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause*. Neuchâtel.

¹⁷ Die selbstständigen Pflegefachpersonen, die weniger als 250 Stunden Pflegeleistungen pro Jahr erbringen, sind nicht verpflichtet, die Spitex-Statistik zu führen. Es liegen daher keine Daten vor.

¹⁸ Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel. Aufgrund der Klienten-Fluktuation liegen die Werte für die Klienten über denjenigen der Plätze.

Abbildung 6. Anteil Personen ohne oder mit leichtem Pflegebedarf in Alters- und Pflegeheimen 2017¹⁹

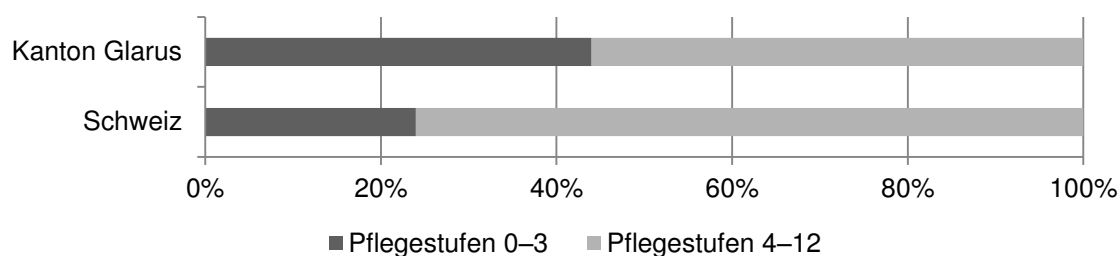


Tabelle 2 zeigt die im Kanton Glarus tätigen Leistungserbringer in der stationären Langzeitpflege sowie im intermediären Bereich (Tages- und Nachtstrukturen). Die stationäre Langzeitpflege umfasst dabei insbesondere folgende Leistungen:

1. Leistungen in den Bereichen Wohnen, Betreuung und Pflege
2. Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung
3. Palliativpflege
4. Kurz- und Ferienaufenthalte

Ebenfalls aufgeführt sind die von den Alters- und Pflegeheimen angebotenen Alterswohnungen. Die Heime erbringen dabei hauswirtschaftliche Leistungen, während die Pflege von der Spitex abgedeckt wird. Nicht aufgeführt sind von Dritten angebotene Alterswohnungen (z. B. Stiftung Alterssiedlung Ennenda oder Genossenschaft Alterswohnungen Linth), da über diese keine vollständigen Daten vorhanden sind.

Tabelle 2. Leistungserbringer in der stationären Langzeitpflege²⁰

Gemeinde	Organisation	LP	TS	NS	AW
Glarus Nord	Alters- und Pflegeheime Glarus Nord	219	2	i. P.	11
	Kleinwohngruppe Oberurnen	4	0	0	0
Glarus	Alters- und Pflegeheime Glarus	188	0	0	11
	Salem (Bethesda Alterszentren AG)	74	4	0	0
Glarus Süd	Alters- und Pflegeheime Glarus Süd	233	2-3	2	27
Total		718	8-9	2	49

In Abbildung 7 ist die Belegung der 718 Plätze gemäss Pflegeheimliste nach Pflegestufen im 2017 dargestellt. 253 Plätze wurden von Personen in den Pflegestufen 0-3 (35 %) und 321 Plätze von Personen in den Pflegestufen 4-12 (45 %) besetzt. 144 Plätze (20 %) waren nicht besetzt bzw. teilweise auch nicht bewirtschaftet. In Bezug auf die Pflegeheimliste entsprechen die 574 besetzten Plätze einer Auslastung von 80 Prozent. Werden nur die effektiv bewirtschafteten und angebotenen Betten (676) berücksichtigt, betrug die Auslastung im Jahr 2017 85 Prozent.²¹ Eine Auslastung unter 95 Prozent kann dabei auf eine Überversorgung im stationären Bereich hindeuten.²² Zudem erschwert eine tiefe Auslastung auch die wirtschaftliche Führung eines Betriebs.

¹⁹ Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.

²⁰ LP = Plätze gemäss Pflegeheimliste; TS = Tagesstruktur; NS = Nachtstruktur; AW = Alterswohnungen.

²¹ Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.

²² Cosandey, J. (2016a). *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe* (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse, S. 25.

Abbildung 7. Belegung der Plätze gemäss Pflegeheimliste 2017

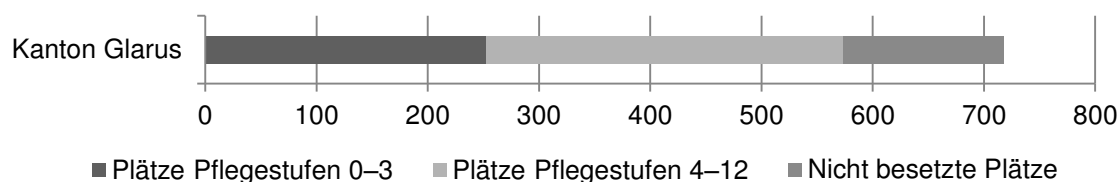
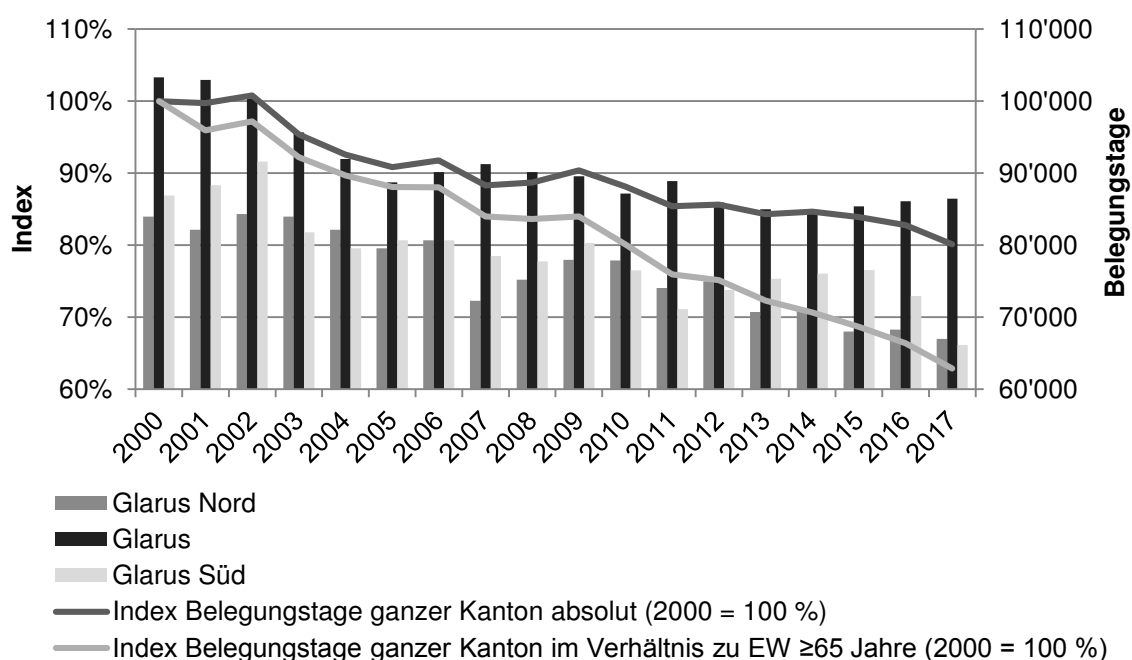


Abbildung 8 zeigt, dass trotz einer Zunahme der Personen über 65 Jahren zwischen 2000 und 2017 um 1712 Personen (+27,4 %) die Belegungstage in allen Gemeinden markant rückläufig sind (-19,9 % in absoluten Zahlen bzw. -37,1 % im Verhältnis zu den Personen, die älter als 65 Jahre sind).

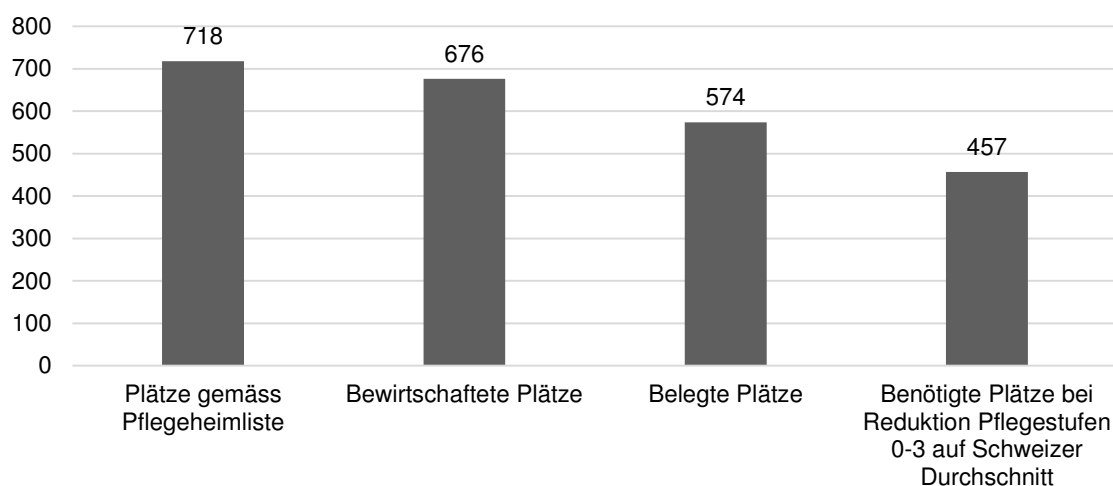
Abbildung 8. Entwicklung der Belegungstage der Alters- und Pflegeheime im Kanton Glarus 2000–2017²³



Offensichtlich wollen die meisten Menschen einen Pflegeheimaufenthalt, wenn immer möglich, vermeiden. Auffallend ist zudem, dass Glarus Nord trotz der höchsten Bevölkerungszahl praktisch gleich viele Belegungstage wie Glarus Süd aufweist. Mögliche Ursachen könnten die Wohn- oder soziale Situation für die ältere Bevölkerung (z. B. verfügbare altersgerechte Wohnungen) oder das deutlich grössere ambulante Angebot in der Gemeinde Glarus Nord sein. Mit den rückläufigen Belegungstagen sinkt auch die Auslastung der Alters- und Pflegeheime, was wiederum eine wirtschaftliche Führung derselben erschwert. Würde sich der Anteil der Pflegestufen 0–3 in den Alters- und Pflegeheimen von heute 44 Prozent der im 2017 besetzten Betten auf den schweizerischen Durchschnitt von 24 Prozent reduzieren, könnten die Pflegeheimplätze von 718 auf 457 reduziert werden (s. Abbildung 9).

²³ Eigene Erhebung.

Abbildung 9. Bedarf an Pflegeheimplätzen 2017²⁴



3.3.3. Weitere Angebote

Neben der professionellen Pflege spielt auch die informelle Pflege durch Bezugspersonen eine zentrale Rolle. Die professionelle und die informelle Pflege sollen einander in konstruktiver Weise ergänzen, wobei professionelle Dienste eine Entlastung darstellen können, damit familiäre Pflege nicht zu Überforderung und Überlastung führt.²⁵

Die Bezugspersonen erbringen aber nicht nur Pflegeleistungen, sondern bieten in erster Linie emotionale und psychische Unterstützung, kümmern sich um soziale oder finanzielle Belange, organisieren Hilfe, stellen Transportmöglichkeiten bereit und übernehmen Aufgaben im Haushalt.²⁶ Solche oder ähnliche Betreuungsleistungen werden auch von Organisationen wie der Pro Senectute oder KISS (Nachbarschaftshilfe mit Zeitgutschrift) angeboten.

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung haben im Jahr 2017 13 Prozent der Bevölkerung aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder der Nachbarschaft erhalten. Dieser Anteil, der bei den Frauen höher ist, steigt ab dem Alter von 75 Jahren stark an und beträgt bei den Personen über 85 Jahren 32 Prozent. Am häufigsten wurde Hilfe bei Alltagsaktivitäten wie dem Erledigen des Haushalts oder der Einkäufe geleistet. Der Anteil der Personen, die anderen Menschen mit gesundheitlichen Problemen unentgeltlich helfen, liegt bei 35 Prozent, wobei der Anteil bei den 45- bis 64-Jährigen am höchsten ist.²⁷ Die informelle Hilfe leistet damit einen elementaren Beitrag zum längeren Verbleib von älteren Menschen in den eigenen vier Wänden.

3.4. Kosten

Die direkten Kosten der Langzeitpflege betrugen im Kanton Glarus im Jahr 2017 insgesamt rund 54,6 Millionen Franken. Davon entfielen 48,4 Millionen Franken (87 %) auf die stationäre und 6,2 Millionen Franken (13 %) auf die ambulante Langzeitpflege (s. Abbildung 10).

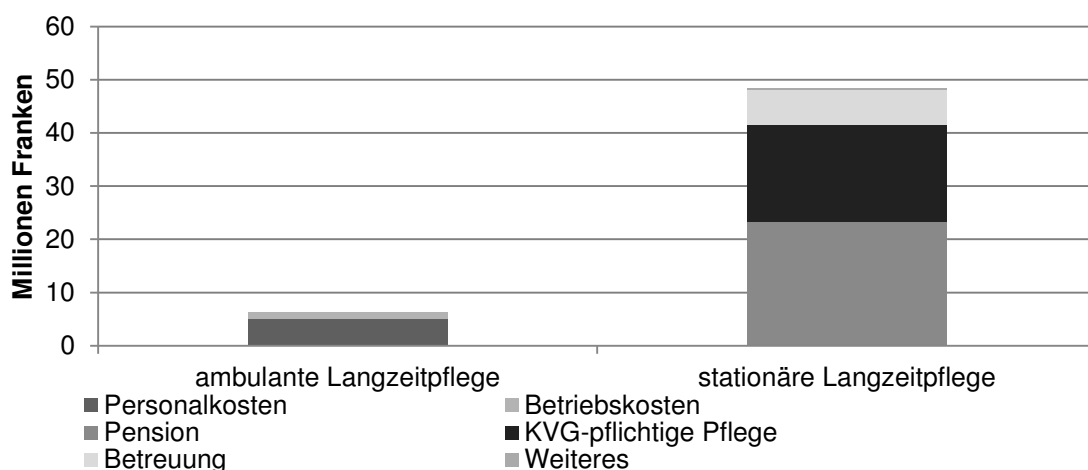
²⁴ Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.

²⁵ Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. und Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz* (SwissAgeCare-2010). Bern: Spitex Schweiz, S. 19.

²⁶ Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. und Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz* (SwissAgeCare-2010). Bern: Spitex Schweiz, S. 27.

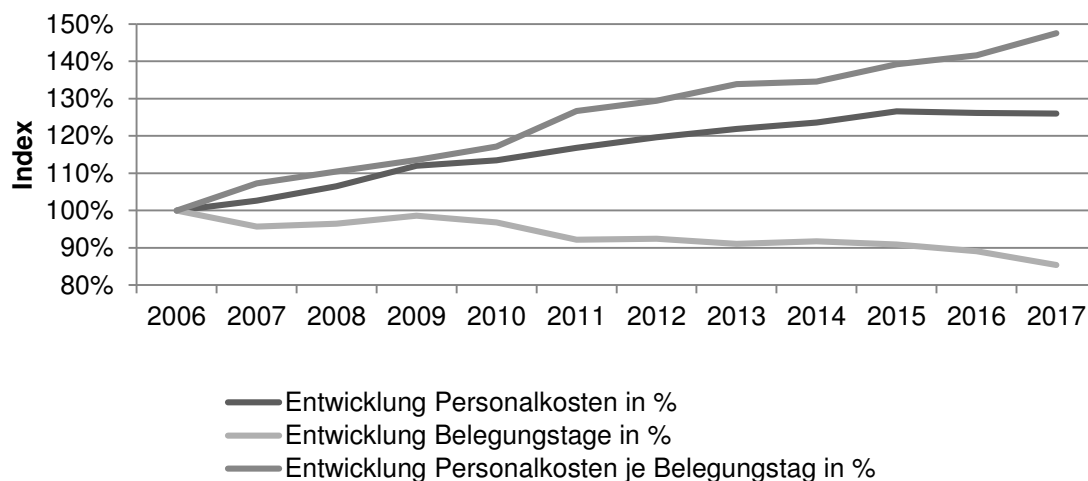
²⁷ Bundesamt für Statistik. (30. Oktober 2018). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017*. Neuchâtel.

Abbildung 10. Kosten der Langzeitpflege im Kanton Glarus 2017²⁸



Wie aus Abbildung 11 ersichtlich ist, stiegen die Personalkosten in den Alters- und Pflegeheimen in den Jahren 2006–2017 um über 25 Prozent. Da gleichzeitig die Zahl der Belegungstage sank, erhöhte sich der Personalaufwand je Belegungstag um über 47 Prozent. Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht eindeutig. Einerseits ist der Pflegebedarf von 2012 bis 2015 gestiegen, im Jahr 2017 hingegen ist dieser leicht abnehmend.²⁹ Andererseits könnten trotz rückläufigen Belegungstagen höhere administrative Belastungen und fachliche Anforderungen oder das knappe Arbeitskräfteangebot zur Steigerung des Personalaufwandes beigetragen haben.

Abbildung 11. Entwicklung Belegungstage und Personalkosten der APGN, APG und APGS 2006–2017³⁰



²⁸ Bundesamt für Statistik. (15. November 2018). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause*. Neuchâtel und Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.

²⁹ Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel. Zwischen 2012 und 2017 nahm die Anzahl Pflegetage nach Pflegestufen in den Pflegestufen 3–5 und 9 zu, während sie in den Pflegestufen 1, 2, 6–8 und 10–12 abnahmen. Wird die Anzahl Pflegetage mit der durchschnittlichen Minutenanzahl je Pflegestufe multipliziert (z. B. Pflegestufe 1: 10 Minuten; Pflegestufe 2: 30 Minuten usw.) nahm der Pflegeaufwand in diesem Zeitraum um knapp 4 Prozent ab. Die Daten vor 2012 lassen sich mit den Daten ab 2012 nicht vergleichen, weshalb keine langfristigen Aussagen gemacht werden können.

³⁰ Eigene Erhebung. APGN = Alters- und Pflegeheime Glarus Nord; APG = Alters- und Pflegeheime Glarus; APGS = Alters- und Pflegeheime Glarus Süd.

3.5. Finanzierung

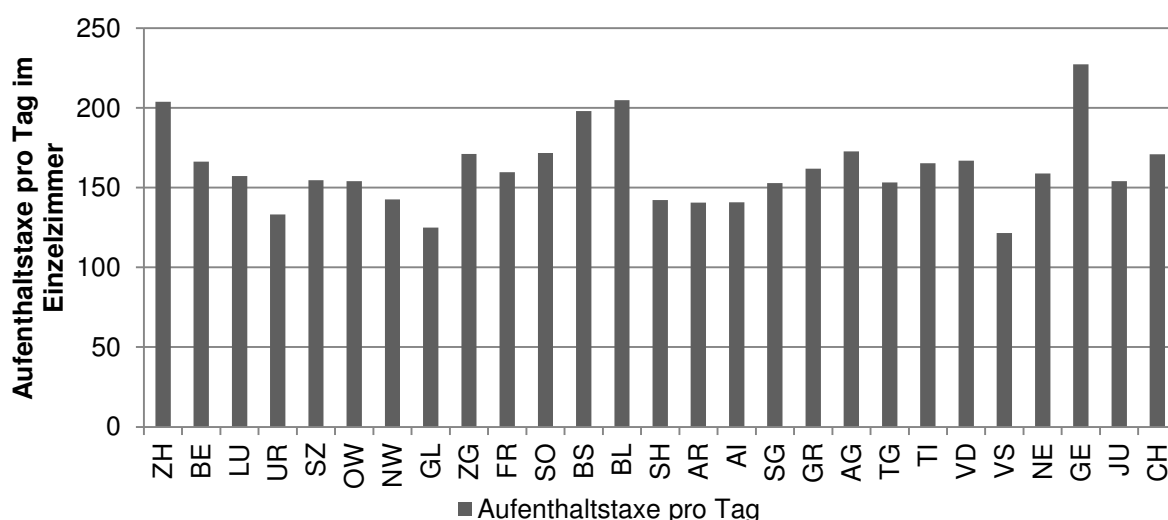
Tabelle 3 zeigt, wer die unter Ziffer 3.4 erläuterten Kosten letztlich bezahlen muss. Ein grosser Teil der Kosten wird dabei von den Klienten selbst bezahlt. Dies gilt vor allem für die Pensions- und Betreuungskosten in den Alters- und Pflegeheimen. Bei den Pflegekosten ist der Beitrag der Klienten wie auch der Krankenversicherer von Bundesgesetz wegen begrenzt. Allfällige Pflegerestkosten sind – im Sinne des Grundsatzes der fiskalischen Äquivalenz – von den für die Langzeitpflege zuständigen Gemeinden zu übernehmen. Wenn ein Klient Ergänzungsleistungen bezieht, trägt zudem auch der Kanton einen Teil der Kosten. Diese Kostentragung widerspricht jedoch dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, da der Kanton – anders als die Gemeinden – nur beschränkte Einflussmöglichkeiten auf die Leistungserbringer hat.³¹

Tabelle 3. Zuständigkeit Finanzierung

	Klienten	Krankenversicherer	Gemeinden ³²	Kanton (bei EL-Bezüglern)
Pflege	X	X		
- ambulant	max. 15.95 Fr./Tag	(gemäss Art. 7a KLV)	X	X
- stationär	max. 21.60 Fr./Tag			
Betreuung / Hauswirtschaft	X	-	(X)	X
Hotellerie / Mahlzeiten	X	-	(X)	X

In Abbildung 12 ist ersichtlich, wie sich die durchschnittlichen Aufenthaltstaxen (Pension und Betreuung) pro Tag in einem Einzelzimmer in den Kantonen unterscheiden. Diese Kosten mussten von den Bewohnerinnen und Bewohner selbst (bzw. allenfalls über Ergänzungsleistungen) bezahlt werden. Der Kanton Glarus weist mit 125 Franken dabei nach dem Kanton Wallis schweizweit den zweittiefsten Wert auf. Er liegt damit rund 27 Prozent unter dem Schweizer Durchschnitt von 171 Franken. Die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen müssen folglich nur relativ geringe Kosten selber tragen.

Abbildung 12. Aufenthaltstaxen (Pension und Betreuung) im Einzelzimmer 2017³³



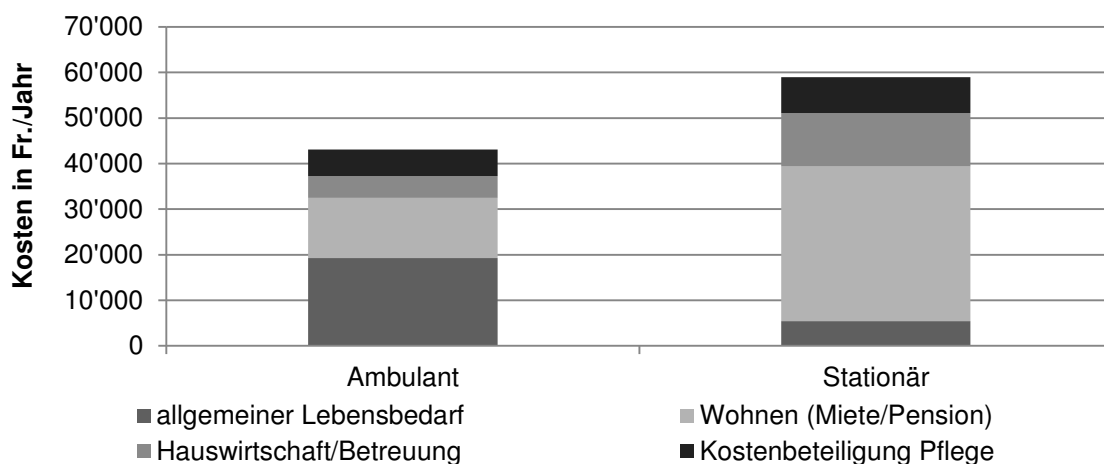
³¹ Der Kanton kann aber indirekt durch die Genehmigung der Taxen begrenzten Einfluss nehmen.

³² Die Gemeinden haben unter Umständen in der Betreuung bzw. Hotellerie ungedeckte Heimkosten zu tragen.

³³ Engelberger, K. und Rubin, R. (2018). *Preisvergleich Betreuungs- und Aufenthaltstaxen von Schweizer Alters- und Pflegeheimen*. Bern: Preisüberwachung, S. 16.

Der Anteil der öffentlichen Hand für die ambulante und stationäre Langzeitpflege betrug im Jahr 2017 insgesamt rund 13,3 Millionen Franken. Der Kanton bezahlte dabei Ergänzungsleistungen zur AHV für Heimbewohnende von rund 4,5 Millionen Franken. Die Gemeinden trugen Kosten von insgesamt rund 8,8 Millionen Franken, die sich auf Pflegerestkosten in Pflegeheimen (6,6 Mio. Fr.), ungedeckte Heimkosten (0,5 Mio. Fr.) sowie Beiträge an die Spitex (1,7 Mio. Fr.) verteilten.

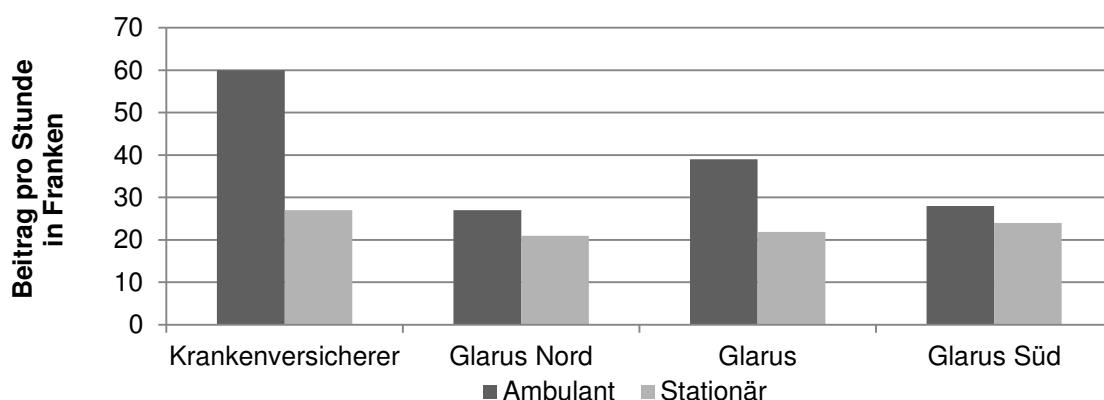
Abbildung 13. Ergänzungsleistungen pro Person und Jahr



Auf Basis der heute geltenden Pflegerestkosten und anerkannten Kosten für die Ergänzungsleistungen sehen sich die Gemeinden und der Kanton jedoch mit unterschiedlichen finanziellen Anreizen für die Langzeitpflege konfrontiert. Der Kanton hat ein Interesse an einer ambulanten Versorgung, da die von den Ergänzungsleistungen anerkannten Kosten bei zu Hause lebenden Personen rund 15'000 Franken tiefer sind als bei einer Person, die in einem Heim lebt (s. Abbildung 13).

Abbildung 14 zeigt jedoch, dass die Gemeinden und auch die Krankenversicherer bei ambulanten Leistungen durchschnittlich höhere Kosten pro Pflegestunde haben als bei stationären Leistungen. Dementsprechend besteht für diese ein finanzieller Anreiz, einen gleichen Patienten stationär statt ambulant pflegen zu lassen.

Abbildung 14. Pflege(rest)kosten stationär und ambulant³⁴



³⁴ Die Daten basieren auf den erbrachten Leistungen im Jahr 2017 und den Tarifen 2019. Bei mehreren Leistungserbringern (Glarus im stationären Bereich und Glarus Süd im ambulanten Bereich) wurden die Mediankosten bzw. durchschnittlichen Kosten nach Belegungstage bzw. KLV-Stunden gewichtet. Die ambulanten Tarife sind nach erbrachten Leistungen (Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung, Grundpflege) gewichtet. Bei den stationären Tarifen wurde der Medianwert der Kosten pro Stunde nach Pflegestufe gewählt.

3.6. **Fazit**

Die stationäre Langzeitpflege bildet im Kanton Glarus – wie auch in den Kantonen der Zentralschweiz – heute den Grundpfeiler der Pflege und Betreuung älterer Personen.³⁵ Wie die seit Jahren rückläufige Zahl der Belegungstage aber deutlich zeigt, besteht ein klarer Trend hin zu ambulanten Angeboten. Im Hinblick auf die anstehenden demografischen Entwicklungen und den Fachkräftemangel sind diese Angebote zu stärken, zumal sie einerseits den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen besser entsprechen und andererseits – zumindest bei leicht pflegebedürftigen Personen – insgesamt auch kostengünstiger sind.³⁶

Eine solche Stärkung der ambulanten Angebote wird auch die Alters- und Pflegeheime, die bereits heute mit einer tiefen Auslastung zu kämpfen haben, fordern. Sie müssen ihr Bettenangebot reduzieren und die vorhandene Infrastruktur anderweitig nutzen. Denkbar wäre z. B. die Schaffung von intermediären Angeboten wie betreutem Wohnen oder Tages- und Nachtstrukturen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen.

4. **Ergriffene Massnahmen für die Langzeitpflege**

4.1. **Massnahmen des Bundes**

Im Rahmen der am 23. Januar 2013 verabschiedeten Strategie Gesundheit 2020 befasst sich der Bund mit 36 unterschiedlichen Massnahmen u. a. intensiv mit Themen der Langzeitpflege. Damit soll die Lebensqualität erhöht, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität gesichert und die Transparenz verbessert werden. Verschiedene Aktivitäten in den vier Handlungsfeldern sind geplant oder wurden bereits in Form von Teilprojekten umgesetzt. Es folgt eine nicht abschliessende Auflistung von Zielen, welche auf Bundesebene verfolgt werden.

4.1.1. *Strategie zur Langzeitpflege*

Im Mai 2016 hat der Bundesrat in Erfüllung der Postulate 12.3604 von Jacqueline Fehr, 14.3912 von Joachim Eder und 14.4165 von Markus Lehmann den Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» veröffentlicht.³⁷

Gemäss Projektionen verdreifachen sich die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege zwischen 2011 und 2045. Die Hauptbetroffenen dieses Anstiegs sind die Kantone und die privaten Haushalte. Um dem entgegenzuwirken, werden verschiedene Varianten der Finanzierung der Versorgungsanpassung in der Langzeitpflege in Betracht gezogen. Diese reichen von einer Pflegeversicherung zur Abdeckung der Betreuungskosten über eine Versicherung, bei der nur die Pflegeleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einbezogen werden, bis zu einer umfassenden Versicherungslösung.

Im Bericht wird ein Massnahmenpaket vorgeschlagen, mit denen die Herausforderungen in der Langzeitpflege angegangen werden können. Konkret werden sieben Handlungsbereiche skizziert: Prävention von Pflegebedürftigkeit; Entlastung der pflegenden Angehörigen; Sicherstellung der personellen Ressourcen und Qualifikationen; Sicherstellung der Versorgung

³⁵ Dutoit, L., Pellegrini, S. und Füglistner-Dousse, S. (2016). *Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle* (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, S. 2.

³⁶ Die Gesamtkosten der Langzeitpflege sind bis Pflegestufe 4–6 (60–120 Minuten Pflege) geringer, wenn der Patient ambulant anstatt stationär gepflegt wird (s. Cosandey, J. (2016a). *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe* (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse, S. 44, sowie Wächter, M. und Künzi, K. (2011). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS).

³⁷ Bundesrat. (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege*. Bern.

(zu Hause, in intermediären Strukturen, in Pflegeheimen); Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung; Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung; Monitoring der Pflegebedürftigkeit. Diese Massnahmen sollen von Bund und Kantonen gleichermassen in Angriff genommen werden.

4.1.2. *Aktionsplan und Förderprogramm zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen*

Neue Formen des familiären Zusammenlebens sowie die steigende Erwerbsquote bei den Frauen führt zu einem zunehmenden Bedarf an Pflege und Betreuung. Zudem führen bessere Lebensbedingungen und medizinisch-therapeutische Fortschritte zu einer immer höheren Lebenserwartung. Viele Krankheiten, die früher fast immer tödlich verliefen, können heute überlebt werden, bedürfen jedoch oftmals intensiver Pflege. Deshalb stellt die Schaffung guter Rahmenbedingungen für betreuende und pflegende Angehörige ein wichtiges Ziel dar. Durch passende Unterstützungs- und Entlastungsangebote soll den betreuenden und pflegenden Angehörigen ein nachhaltiges Engagement ermöglicht werden. Ein wichtiger Punkt ist zudem die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung/-pflege. Diese Massnahme ist vom Bundesrat für das Jahr 2019 als prioritär eingestuft worden und wird daher als ein Schwerpunkt behandelt.

4.1.3. *Masterplan Bildung Pflegeberufe SBFI 2010–2015*

Prognosen gehen davon aus, dass in der Schweiz für die Pflege von betagten Menschen bis 2020 rund 17'000 neue Vollzeitstellen geschaffen werden müssen. Zusätzlich müssen rund 60'000 Gesundheitsfachleute aufgrund von Pensionierungen ersetzt werden. Ziel des Masterplans Bildung Pflegeberufe³⁸ war unter anderem, bis 2015 die Zahl der inländischen Ausbildungsabschlüsse im Pflegebereich mithilfe der Bereitstellung einer bedarfsgerechten Anzahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen zu erhöhen. Diese Menge hängt nebst dem schulischen Angebot und der Rekrutierung Auszubildender von der Ausbildungsbereitschaft der Betriebe ab. Des Weiteren wurde die Integration der Pflegeberufe in die Bildungssystematik angestrebt, da die Institutionen des Gesundheitswesens Fachkräfte mit Abschlüssen auf allen Bildungsstufen benötigen. Dies ist erfolgreich gelungen durch Angebote von der zweijährigen beruflichen Grundbildung bis hin über die höhere Berufsbildung auf Bachelor- und Masterstufe.

4.1.4. *Verbesserung der Fachkräftesituation in der Pflege – Masterplan Pflege 2.0*

Trotz des im Jahr 2016 implementierten Masterplans Bildung Pflegeberufe gibt es bei den Pflegefachkräften noch grosse Rekrutierungsprobleme – besonders in der Langzeitpflege, wo 90 Prozent der Betriebe ihre Rekrutierungssituation als schwierig bis sehr schwierig beschreiben.

Der Masterplan Pflege 2.0 legt den Fokus auf die Erhöhung der Berufsverweildauer, die Erleichterung des Wiedereinstiegs und die bessere Ausschöpfung des Ausbildungs- und Rekrutierungspotenzials. Gestützt auf den Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe³⁹ hat der Bund entschieden, die Massnahmen insbesondere zur Verbesserung der Fachkräftesituation in der Langzeitpflege vorzuschlagen, da dort der Bedarf an zusätzlichem Pflegepersonal am grössten ist. Konkret sollen die Arbeitsumgebungsbedingungen verbessert werden, um die Pflegefachleute länger im Beruf halten zu können, andererseits wird ein Förderprogramm zur Gewinnung von Wiedereinsteigenden gelegt.

³⁸ Bundesrat. (2016). *Schlussbericht Masterplan Bildung Pflegeberufe*. Bern.

³⁹ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdA Santé. (2016). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Bern.

4.1.5. Weitere Strategien in der Langzeitpflege

Zusätzlich zu den genannten Massnahmen setzt sich der Bund in der Langzeitpflege unter anderem mit den Themen Palliative Care, Demenz und Förderung der koordinierten Versorgung auseinander. Die Herausforderung der älter werdenden Bevölkerung soll mithilfe dieser und weiterer zeitgemässer Versorgungsangebote angegangen werden.

4.2. Massnahmen in anderen Kantonen

Die Kantone haben ihre Bemühungen zur Stärkung der Langzeitpflege erheblich intensiviert. Die Analysen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zeigen, dass der Trend klar in Richtung der Förderung der ambulanten Strukturen geht. Viele Kantone haben die Spitex zulasten der Alters- und Pflegeheime ausgebaut, wobei sich die Kantone Waadt, Appenzell Innerrhoden und Zug besonders hervortun und ein Rückgang bei den Alters- und Pflegeheime auszumachen ist.⁴⁰

In den Kantonen existieren unterschiedliche Massnahmen. Die meisten Zielvorgaben basieren auf kantonalen Strategiedokumenten. Die Steuerung verläuft teils kantonal, zusätzlich werden regionale und kommunale Bestrebungen verfolgt. Die folgende beispielhafte Übersicht kantonalen Massnahmen in der Langzeitpflege erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4.2.1. Tarife für nichtpflegerische Leistungen

Die Mehrheit der Kantone verfügt über Tarifvorgaben für nichtpflegerische Leistungen. Dabei unternehmen einige Kantone eine Differenzierung zwischen ambulanten und stationären Leistungen, wobei der Heimbereich dominiert. Die meisten Westschweizer Kantone kennen Tarifvorgaben von nichtpflegerischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (GE, JU, NE, VS). Etwa ein Drittel der Kantone erhebt keine Vorschriften betreffend die Tarife (z. B. BE, AR, AI, SG).

4.2.2. Versorgungsregionen

Die Gründung von innerkantonalen Versorgungsregionen ermöglicht ein breiteres Leistungsangebot für die Bevölkerung. Der Kanton Wallis kennt fünf regionale Kommissionen für die Planung der Langzeitpflege. Der Kanton Luzern schreibt für die stationäre Pflegeheimplanung die Bildung und jeweilige Zugehörigkeit der Gemeinden in maximal sechs geografisch zusammenhängende Planungsregionen vor. Im Kanton Graubünden kann die Regierung die Gemeinden nach deren Anhörung verschiedenen Planungsregionen zuteilen.⁴¹

4.2.3. Informations- und Beratungsstelle

Die Bereitstellung einer Informations- und Beratungsstelle erfolgt sehr häufig entweder auf kantonomer oder kommunaler Ebene. Dabei soll der Bevölkerung in erster Linie das vorhandene Angebot in der Langzeitpflege aufgezeigt werden. Der Kanton Zürich überlässt diese wie auch andere strategische Aufgaben den einzelnen Gemeinden.⁴² Basel-Landschaft beauftragt die Gemeinden, innerhalb der Versorgungsregion eine Informations- und Beratungsstelle anzubieten.⁴³ Der Kanton Freiburg schreibt vor, dass die gemeindeübergreifenden Verbände bürgernahe Information über das Leistungsangebot sicherstellen müssen.⁴⁴

⁴⁰ Obsan Rapport 67: «Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013». Obsan Rapport 69: «Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013».

⁴¹ Art. 8 des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen GR.

⁴² Art. 7 Pflegegesetz ZH.

⁴³ Art. 15 Altersbetreuungs- und Pflegegesetz BL.

⁴⁴ Art. 11 und 12 Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen FR.

4.2.4. Aus- und Weiterbildungsverpflichtung

Die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung beinhaltet die meist gesetzliche Festlegung einer geregelten Quote von auszubildenden Pflegefachkräften, welche eine Institution im Gesundheitsbereich zu erfüllen hat. Die Mehrheit der grösseren Kantone (u. a. AG, BE, LU, SG, SO, TG und ZH) kennt eine solche Regelung. Bei nichterfüllenden Betrieben erheben einige Kantone eine zu entrichtende Ersatzabgabe. Am ausführlichsten hat der Kanton Aargau die Aus- und Weiterbildung definiert, mit sehr detaillierten Erläuterungen besonders auf Verordnungsebene.⁴⁵

4.2.5. Freiwilligenarbeit

Meist sind die Gemeinden für die Freiwilligenarbeit zuständig. Deren Organisation erfolgt deshalb meist auf kommunaler Ebene. Die Gemeinden wiederum verweisen oftmals direkt auf die jeweiligen Organisationen (Benevol, SRK, Caritas usw.), welche durch öffentliche Gelder unterstützt werden. Die Kantone Bern, St. Gallen und Solothurn haben die Förderung und Anerkennung der Freiwilligenarbeit in ihrem kantonalen Sozialhilfegesetz definiert. Der Kanton Basel-Stadt betreibt eine Koordinationsstelle Freiwilligenarbeit. Diese bietet Informationen für interessierte Freiwillige über die verschiedenen vorhandenen Angebote im Kanton, ähnlich einer Informationsstelle für Angebote der Langzeitpflege generell.

4.2.6. Intermediäre Strukturen

Die Bedeutung von intermediären Strukturen wie Alterswohnungen, Tages- und Nachtstrukturen und Kurzaufenthalte im Alters- und Pflegeheim hat in den letzten Jahren zugenommen. Der Kanton Wallis hat diese Bereiche gesetzlich definiert und die jeweiligen Zuständigkeiten festgelegt.⁴⁶ Der Kanton Luzern beschreibt die momentane Situation und den zukünftigen Bedarf an intermediären Angeboten. Da ein erhebliches Entwicklungspotenzial mit der Verlagerung vom stationären in den intermediären Bereich erkannt wird, deuten die Handlungsempfehlungen auf den Ausbau der bestehenden Strukturen hin.⁴⁷

5. Konzept Stärkung der Langzeitpflege

Der Landrat hat im Leitbild Gesundheit als wichtiges Ziel für das Gesundheitswesen im Kanton Glarus bis ins Jahr 2030 die Stärkung der ambulanten Versorgung definiert. Vor diesem Hintergrund beschlossen Vertreter des Kantons und der Gemeinden im November 2015 eine Optimierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege umfassend zu prüfen. In der Folge wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertretern des Kantons und der Gemeinden, der ambulanten (Spitex-Kantonalverband) und stationären Langzeitpflege (Curaviva-Insos Glarus), der Glarner Ärztesgesellschaft und der Krankengleitgruppe eingesetzt.

Die Arbeitsgruppe erarbeitete in mehreren Sitzungen ein Konzept zur Stärkung der Langzeitpflege. Zum Entwurf des Konzepts wurde im Frühjahr 2017 eine breite Vernehmlassung bei den Gemeinden, den Leistungserbringern, den betroffenen Verbänden, den Versicherern, den politischen Parteien und den Departementen der kantonalen Verwaltung durchgeführt. Dabei gingen insgesamt 37 Stellungnahmen ein. Die Rückmeldungen waren grossmehrheitlich positiv. Es gab nur vereinzelte kritische bzw. negative Stimmen.

Der Regierungsrat genehmigte das von Arbeitsgruppe einstimmig verabschiedete Konzept am 14. November 2017. Kern des Konzepts sind neun Empfehlungen zuhanden der zuständigen politischen Behörden und den Organen der Leistungserbringer für eine Stärkung der Langzeitpflege:

⁴⁵ Art. 29a–i Verordnung zum Gesundheitsgesetz AG

⁴⁶ Art. 9 und 10 Gesetz über die Langzeitpflege VS

⁴⁷ Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern. (2017). *Bericht Versorgungsplanung Langzeitpflege Kanton Luzern 2018–2025*. Luzern: Kanton Luzern.

1. Förderung der integrierten Versorgung
2. Förderung von intermediären Strukturen
3. Schaffung einer Koordinationsstelle
4. Sicherstellung der Finanzierung von intermediären Strukturen und der Akut- und Übergangspflege
5. Bereinigung/Strukturierung der Zusammenarbeit zwischen dem DFG und dem DVI
6. Förderung von Spezialteams und Netzwerken in der Langzeitpflege
7. Klärung der Rahmenbedingungen durch ein kantonales Pflegegesetz
8. Förderung der Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Betreuungspersonal
9. Förderung der Freiwilligenarbeit

Mit Ausnahme der Förderung der integrierten Versorgung und von intermediären Strukturen (Empfehlungen 1 und 2) ist der Kanton für die Umsetzung der weiteren Empfehlungen – teilweise zusammen mit den Gemeinden (Empfehlungen 6 und 9) und teilweise subsidiär zu den Leistungserbringern (Empfehlung 8) – zuständig.

Als eine erste Massnahme hat der Regierungsrat am 20. März 2018 gestützt auf die Konzepte für eine Drehscheibe Gesundheit und ein Netzwerk Palliative Care dem Landrat die Gewährung eines Verpflichtungskredits von 900'000 Franken für den Aufbau und Betrieb einer Koordinationsstelle für das Gesundheitswesen beantragt (Empfehlung 3). Die Koordinationsstelle, die auch eine Stelle für spezialisierte Palliative Care umfasst, soll einerseits der Bevölkerung einen niederschweligen Zugang zu Informationen im Bereich der Gesundheit und Unterstützung in schwierigen pflegerischen Situationen ermöglichen sowie andererseits zu einer Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung beitragen. Ziel ist es, auf das Bedürfnis der Bevölkerung, möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu Hause führen zu können, einzugehen. Der Landrat genehmigte das vierjährige Pilotprojekt mit Beschluss § 19/2018. Der Start der Koordinationsstelle erfolgte per 1. Januar 2019.

In einem zweiten Schritt wurde die Klärung der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch ein kantonales Pflegegesetz (Empfehlung 7) angegangen (s. Ziff. 6). Damit sollen gleichzeitig auch die gesetzlichen Grundlagen für die übrigen Empfehlungen im Zuständigkeitsbereich des Kantons geschaffen werden. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflegegesetzes hin sollen sodann die verwaltungsinternen Zuständigkeiten im Bereich der Langzeitpflege zwischen dem DFG und dem DVI geklärt werden (Empfehlung 5).

6. Pflege- und Betreuungsgesetz

6.1. Empfehlung

Die Empfehlung 7 «Klärung der Rahmenbedingungen durch ein kantonales Pflegegesetz» des Konzepts Stärkung der Langzeitpflege verwies u. a. auf folgende Bereiche, die in einem Pflegegesetz geregelt werden müssten:

- Bewilligungen;
- Leistungskatalog;
- Finanzierung;
- Patientenrechte;
- Zuständigkeiten;
- Akut- und Übergangspflege;
- Palliative Care.

6.2. Vorgehen

Am 3. Juli 2018 fand auf Einladung des DFG eine Kick-off-Veranstaltung zum Pflegegesetz mit Vertretern des Kantons und der Gemeinden, der ambulanten und stationären Langzeitpflege, der Glarner Ärztesgesellschaft und der Krankengleitgruppe statt.

An der Veranstaltung wurde ein Überblick über die vorhandenen gesetzlichen Grundlagen vermittelt und verschiedenste Ideen für das Pflegegesetz präsentiert und diskutiert.

In der Folge wurde eine Arbeitsgruppe mit je einer Vertretung der Gemeinden, des Spitex-Kantonalverbandes, der Curaviva, der Patienten und des DFG sowie des DVI gebildet. Diese Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, einen Entwurf des Pflegegesetzes zu erarbeiten. Die Teilnehmer der Kick-off-Veranstaltung erhielten zudem die Gelegenheit, ihre gewünschten Inhalte und Prioritäten für das Pflegegesetz schriftlich mitzuteilen.

Die Arbeitsgruppe erarbeitete an vier Sitzungen einen Entwurf für das PBG. Eine wichtige Grundlage dafür bildete das Altersbetreuungs- und Pflegegesetz des Kantons Basel-Landschaft vom 16. November 2017 (APG). Anders als die Pflegegesetze in anderen Kantonen, die oftmals v. a. Pflegefinanzierungsgesetze sind, umfasst das APG auch die Betreuung von betagten Personen als wesentliches Element für die Gesundheit im Alter. Da der Betreuung eine grosse Bedeutung zukommt, wurde auch der Name des Gesetzesentwurfes entsprechend angepasst. Die Arbeitsgruppe griff darüber hinaus aber auch die weiteren Empfehlungen sowie verschiedene Elemente aus den erhaltenen Rückmeldungen auf und schuf dafür eine gesetzliche Grundlage.

Ein erster Entwurf des PBG wurde am 22. März 2019 den erwähnten Vertretern von der Arbeitsgruppe präsentiert. Die Stossrichtung der Vorlage wurde dabei von den anwesenden Fachpersonen grossmehrheitlich begrüsst. Intensiv diskutiert wurde die Frage, wie die angedachte kantonale Versorgungsplanung und Gewährleistungspflicht umgesetzt werden kann, ohne dass diese aber grundsätzlich in Frage gestellt wurde. Im Weiteren wurden die Fragen, ob der Landrat oder der Regierungsrat die Ausführungsbestimmungen erlassen soll, sowie welche Regelungen in ein Gesetz im formellen Sinne gehören, aufgegriffen. Von Vertretern der Spitex sind einige Anregungen v. a. bezüglich sprachlichen Präzisierungen, aber auch inhaltlicher Art eingegangen.

Der Entwurf des PBG wurde am 6. Mai 2019 zudem dem Steuerungsausschuss Finanzen Kanton-Gemeinden präsentiert. Im Vordergrund stand dabei die Diskussion über die angedachte Kompetenzverschiebung betreffend die Sicherstellung und Finanzierung der Langzeitpflege von den Gemeinden zum Kanton. Die anwesenden Gemeindevertreter äusserten sich dabei durchaus kritisch, insbesondere im Hinblick auf die künftigen Einflussmöglichkeiten der Gemeinden betreffend den (Standorten der) Alters- und Pflegeheime und des angestrebten einheitlichen Leistungsstandards.

Die Arbeitsgruppe diskutierte die erhaltenen Rückmeldungen an einer fünften Sitzung. Sie hielt an der grundsätzlichen Stossrichtung der Vorlage fest, nahm aber verschiedene Ergänzungen bei den Erläuterungen und Präzisierungen in den Gesetzesbestimmungen vor. Die entsprechend bereinigte Vorlage wurde via DFG vom Regierungsrat zur Vernehmlassung (s. Ziff. 7) freigegeben.

Die Ergebnisse der Vernehmlassung wurden in einer sechsten Sitzung der Arbeitsgruppe diskutiert und der Gesetzestext entsprechend bereinigt (s. Ziff. 7.3). Die Ergebnisse der Vernehmlassung und die vorgenommenen Anpassungen wurden dann am 3. Oktober 2019 den Vertretern des Kantons und der Gemeinden, der ambulanten und stationären Langzeitpflege, der Palliative Care, der Glarner Ärztesgesellschaft und der Krankengleitgruppe präsentiert und diskutiert. Die Vertreter bekräftigten ihre Unterstützung für die Stossrichtung des Gesetzes. Schliesslich wurde die Vorlage durch das DFG zuhanden des Regierungsrates bereinigt.

6.3. *Inhalt*

Das neue PBG enthält gegenüber den heutigen, im Gesundheitsgesetz, im Sozialhilfegesetz, im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie in der Spitexverordnung geregelten Bestimmungen wesentlichen Änderungen.

6.3.1. *Versorgungsplanung*

Der Regierungsrat erlässt neu eine umfassende Versorgungsplanung für Pflege- und Betreuungsleistungen und erstattet dem Landrat Bericht darüber. Bisher bestand nur eine kantonale Versorgungsplanung der stationären Behandlungen in Pflegeheimen (Pflegeheimliste), die der Regierungsrat gestützt auf das KVG erlassen muss. Die neue Versorgungsplanung soll hingegen auch ambulante und intermediäre Angebote sowie spezialisierte Leistungen wie Palliative Care, Kinderspitem, onkologische oder gerontopsychiatrische Angebote umfassen.

Diese umfassende Koordination der Angebote entlang der Versorgungskette soll die im Leitbild Gesundheit geforderte stärkere Zusammenarbeit (Leitsatz 2) fördern. Die Möglichkeit einer kommunalen Versorgungsplanung wurde geprüft, jedoch verworfen. Mit einer Grösse von 10'000 bis 18'000 Einwohnern sind die Gemeinden insbesondere hinsichtlich der Planung von spezialisierten Leistungen zu klein. Auch der Kanton weist mit 40'000 Einwohnern noch eine vergleichsweise geringe Grösse auf. Bei der Erstellung der Versorgungsplanung hat der Regierungsrat jedoch die Gemeinden und Fachpersonen miteinzubeziehen, damit die kommunalen Bedürfnisse sowie das notwendige Fachwissen angemessen berücksichtigt werden können. Der Einbezug soll dabei relativ umfassend sein und nicht bloss im Rahmen einer Anhörung erfolgen. So ist es z. B. denkbar, dass die Versorgungsplanung durch eine Arbeitsgruppe mit Vertretern von Kanton, Gemeinden und Fachpersonen zuhanden des Regierungsrates erarbeitet wird.

6.3.2. *Gewährleistungspflicht und Finanzierung*

Die heutige Zuständigkeit der Gemeinden für die Sicherstellung der Langzeitpflege führte zu grossen Unterschieden insbesondere in Bezug auf Umfang und Tiefe der ambulanten Langzeitpflege. So sind die Spitex-Angebote je nach Gemeinde zu unterschiedlichen Zeiten verfügbar und gewisse spezialisierte Angebote werden in einzelnen Gemeinden gar nicht angeboten.

Der Kanton soll daher neu einen einheitlichen Standard für die Pflege- und Betreuungsleistungen (Angebote, Erreichbarkeit, Qualität) im ganzen Kanton definieren. Damit wird sichergestellt, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner unabhängig von ihrer Wohngemeinde Zugang zu spezialisierten Angeboten wie Palliative Care, Kinderspitem, onkologischen oder gerontopsychiatrischen Leistungen erhalten.

Da der Kanton das Angebot neu umfassend plant (s. Ziff. 6.3.1) und einen einheitlichen Leistungsstandard vorgibt, würde sich der schon heute teilweise begrenzte Handlungsspielraum der Gemeinden in Bezug auf die Sicherstellung und Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen weiter reduzieren. Sie müssten vornehmlich vollziehen, was der Kanton vorgibt. Vor diesem Hintergrund erscheint es daher folgerichtig, wenn der Kanton die Verantwortung für die Sicherstellung und Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen von den Gemeinden übernimmt. Der Kanton soll die für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Angebote gewährleisten, indem er entsprechende Leistungsvereinbarungen mit den ambulanten und stationären sowie neu auch intermediären Leistungserbringern abschliesst. Die dabei anfallenden Pflegerestkosten und allfällige ungedeckte Heimkosten sind ebenfalls durch den Kanton zu finanzieren. Indem der Kanton damit alleine für die Pflege- und Betreuungsversorgung verantwortlich ist, wird der in der Bundesverfassung verankerte Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz («Wer zahlt, befiehlt») garantiert. Dies ist heute nicht der Fall, da

der Kanton sich über die Ergänzungsleistungen indirekt an den Kosten der von den Gemeinden verantworteten Langzeitpflege beteiligen muss.

Für eine alleinige kantonale Zuständigkeit im Bereich der Pflege- und Betreuung spricht zudem, dass der Kanton bereits heute für sämtliche übrige Bereiche der Gesundheitsversorgung verantwortlich ist. Damit können Schnittstellen in der Zuständigkeit zu weiteren Angeboten z. B. des Kantonsspitals oder von Arzt- oder Therapieangeboten im Sinne einer integrierten Versorgung vermieden werden.

Für die Leistungserbringer ändert sich mit der kantonalen Zuständigkeit für die Sicherstellung und Finanzierung der Pflege und Betreuung primär der Vertragspartner bei den Leistungsvereinbarungen. Soweit einzelne Leistungserbringer heute den künftig geforderten Leistungsstandard noch nicht erfüllen, werden sie ihr Angebot entsprechend ausbauen müssen.

Die öffentlich-rechtlichen Alters- und Pflegeheime verbleiben im Eigentum der Gemeinden. Die Gemeinden können in ihrer Rolle als Eigentümer weiterhin Einfluss darauf nehmen, wie die Alters- und Pflegeheime ihren Leistungsauftrag erfüllen. So kann die Gemeinde mitbeeinflussen, ob die Leistungen wie heute dezentral an mehreren Standorten erbracht werden sollen oder nicht. Der Kanton wird – wie bereits heute – den Umfang des Angebots (Anzahl Pflegeheimplätze) und die Tarife vorgeben. Dass die Anzahl Pflegeheimplätze dabei sinken wird, ergibt sich aufgrund der geschilderten, anstehenden Entwicklungen unabhängig von der Frage der Zuständigkeit bzw. dem Erlass des PBG.

6.3.3. Stärkung der Selbsthilfe und Freiwilligenarbeit

Das soziale Umfeld sowie die Wohnsituation der einzelnen Person sind wichtige Faktoren für einen Heimeintritt bei geringem Pflegebedarf. Altersgerechte Wohnungen und eine funktionierende soziale Umgebung (Nachbarschafts- und Angehörigenhilfe, Freiwilligenarbeit wie z. B. KISS und Betreuungsangebote u. a. von Einrichtungen wie Pro Senectute, das Rote Kreuz oder der Krankenbegleitgruppe) setzen hier an. Der zunehmende Bedarf an Pflege und Betreuung aufgrund des demografischen Wandels, neue Formen des familiären Zusammenlebens sowie die steigende Frauenerwerbsquote erfordern neuen Angebote.

Der Kanton will die Selbsthilfe und die Freiwilligenarbeit stärken. Neu kann er unter bestimmten Bedingungen einen Beitrag an pflegende und betreuende Bezugspersonen ausrichten. Ziel davon ist, einen teuren Alters- bzw. Pflegeheim- oder Spitalaufenthalt zu vermeiden. Daneben soll der Kanton wie im Bereich der medizinischen Grundversorgung innovative Vorhaben zur Verbesserung der Pflege- und Betreuungsversorgung fördern können. Auch Beiträge zur Anerkennung und Förderung der Freiwilligenarbeit im Bereich Pflege und Betreuung sollen möglich sein. Zu denken ist dabei primär an Beiträge für administrative Kosten, Vermittlungsdienste oder die Bereitstellung von Infrastruktur und Materialien. Die Freiwilligenarbeit selbst soll grundsätzlich weiterhin weitestgehend ohne Entschädigung erbracht werden, zumal bekannt ist, dass durch eine Entlohnung derselben die intrinsische Motivation oftmals verdrängt wird.

6.3.4. Intermediäre Strukturen

Neu sollen auch sogenannte intermediäre Angebote wie betreutes Wohnen und Tages- und Nachtstrukturen angeboten werden. Analog zu den Alters- und Pflegeheimen soll der Kanton dabei auch für solche Angebote Ergänzungsleistungsbeiträge ausrichten. Diese Angebote sollen einen Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim aufschieben oder vermeiden, indem sie die soziale Integration zu Hause lebender Menschen fördern und pflegende Angehörige entlas-

ten. Da das Bundesrecht aber für intermediäre Strukturen (noch) keine Ergänzungsleistungen vorsieht⁴⁸, haben Personen mit einem tiefen Einkommen, die nicht mehr zu Hause wohnen können, heute keine andere Wahl, als in ein Heim einzutreten. Dieses stellt für sie die einzige finanzierbare Lösung dar, obwohl aus volkswirtschaftlicher Sicht die Pflege in einer betreuten Wohnung oft günstiger wäre. Ergänzungsleistungsbeiträge für betreutes Wohnen berücksichtigen daher sowohl den Wunsch der Pflegebedürftigen nach mehr Autonomie und können gleichzeitig die öffentlichen Ausgaben reduzieren. Bei der Tariffestsetzung ist jedoch darauf zu achten, dass diese weder zu hoch noch zu tief sind. Sind sie zu hoch, könnte eine Verlagerung vom ambulanten in den intermediären Bereich stattfinden. Sind sie zu tief, wird das Angebot nicht genutzt und die Heimeintritte lassen sich nicht wie gewünscht vermeiden. Aufgrund des hohen Anteils an leicht pflegebedürftigen Heimbewohnern wird davon ausgegangen, dass relativ viele Personen von intermediären Strukturen profitieren könnten.

6.3.5. Informations- und Beratungsstelle

Für die per 1. Januar 2019 als Pilotprojekt gestartete Informations- und Beratungsstelle (Kordinationsstelle) soll eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Das Ziel ist, dank einer besseren Koordination eine bedarfsgerechtere und damit optimalere Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung allgemein und insbesondere von Langzeitpatientinnen und -patienten zu ermöglichen. Sie soll die Eigenverantwortung der Betroffenen stärken, die Angehörigen entlasten und das Kostenwachstum im Gesundheitswesen dämpfen. Eine solche Stelle ist notwendig, denn obwohl im Kanton zahlreiche freiwillige wie auch professionelle Angebote der Gesundheitsversorgung bestehen, sind diese den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen oft zu wenig bekannt. Immer wieder gelangen pflegende und/oder betreuende Angehörige in Situationen, in denen sie überfordert sind. Ohne entsprechende rechtzeitige Unterstützung bleibt in solchen Akutsituationen oft nur ein Eintritt in ein Spital oder ein Alters- und Pflegeheim als Ausweg. Diese Lösung ist aber in der Regel weder für die Betroffenen selbst, noch für deren Angehörige wie auch die öffentliche Hand als Mitfinanziererin optimal.

Die Informations- und Beratungsstelle hat zwei zentrale Aufgaben. Erstens hat sie allen Einwohnerinnen und Einwohnern Informationen über bestehende Angebote im Gesundheitswesen zu vermitteln. Diese Aufgabe gehört heute in einer grossen Zahl von Kantonen zum Standardangebot der öffentlichen Hand. Vielfach sind dabei die Gemeinden aufgrund kantonaler Gesetze verpflichtet, eine entsprechende Anlauf- und Informationsstelle anzubieten. Zweitens bietet die unabhängige Koordinationsstelle in schwierigen Pflegesituationen ein Fallmanagement (Case Management) an. Dieses beginnt mit einer Bedürfnisabklärung bzw. mit einer Beratung, schliesslich folgt die Vermittlung und in einem letzten Punkt die Koordination und Vernetzung. Damit soll z. B. ermöglicht werden, dass Personen, die in einer Akutsituation in ein Alters- und Pflegeheim eintreten mussten, dank geeigneter Unterstützungsangebote möglichst bald wieder nach Hause gehen können. Um diese Ziele zu erreichen, soll die Koordinationsstelle zudem die Möglichkeit erhalten, Massnahmen, die ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu Hause fördern, in geringem Umfang unbürokratisch finanziell zu unterstützen.

Da die Informations- und Beratungsstelle zurzeit als Pilotprojekt betrieben wird, kann der Landrat wie geplant nach Vorliegen des Wirksamkeitsberichts entscheiden, ob die Stelle auch nach Ende des Pilotprojekts fortgeführt werden soll oder nicht.

6.3.6. Aus- und Weiterbildungsverpflichtung

Die bewilligungspflichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden verpflichtet, Aus- und Weiterbildungsplätze für Pflegeberufe anzubieten. Entsprechen diese nicht dem prognostizierten künftigen Bedarf, kann der Regierungsrat eine verbindliche Anzahl Aus- und

⁴⁸ Die Motion 18.3716 «Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen» der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit wurde gemäss Antrag des Bundesrates im Nationalrat angenommen und ist zurzeit im Ständerat hängig.

Weiterbildungsstellen festlegen und Kompensationszahlungen vorsehen. Die Betriebe können die festgelegte Anzahl an Aus- bzw. Weiterbildungsplätzen auch gemeinsam bereitstellen. Durch eine bestimmte Quote wird der Gefahr des Trittbrettfahrens entgegengewirkt, da ein positiver Anreiz zur Ausbildungsförderung für alle Institutionen geschaffen wird. Sehr viele Fachkräfte im Pflegebereich kommen aus dem Ausland. Die Einwanderung soll gemäss dem Willen des Souveräns begrenzt werden (Masseneinwanderungsinitiative). Dies bedeutet, dass nicht Fachkräfte aus dem Ausland rekrutiert, sondern die einheimischen Arbeitskräfte ausgebildet und befähigt werden sollen. Ausserdem fördert der Kanton die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Berufen im Gesundheits- und Sozialbereich. Diese Massnahme geht ein gesellschaftliches Problem an und soll für Leistungserbringer wie auch für Mitarbeitende und Bezugspersonen Anreize zur Bildung schaffen.

6.3.7. Akut- und Übergangspflege

Die Kosten der Akut- und Übergangspflege werden bis anhin während maximal zwei Wochen analog der stationären Spitalfinanzierung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (45 %) und dem Wohnkanton des Patienten (55 %) vollständig übernommen (Art. 25a Abs. 2 KVG). Der Kanton leistet neu während maximal sechs Wochen über die im KVG vorgesehenen zwei Wochen hinaus Beiträge an Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Ausserdem werden Kosten für Betreuung und Unterkunft, die im Rahmen einer stationären Akut- und Übergangspflege anfallen, neu während maximal acht Wochen zu 50 Prozent vom Kanton übernommen. Die partielle Übernahme dieser vormaligen Selbstkosten soll zur vermehrten Inanspruchnahme von Akut- und Übergangspflege führen und Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen vermeiden. Die Verordnung von Akut- und Übergangspflege erfolgt in Fällen, in denen die medizinisch-pflegerische Situation des Patienten zwar stabil und daher ein Austritt aus dem Akutspital möglich ist, der Patient jedoch noch nicht in der Lage ist, den Alltag selbstständig zu bewältigen und in die gewohnte Umgebung zurückzukehren. Die Akut- und Übergangspflege eignet sich somit, einen zu frühen Langzeitaufenthalt in einer stationären Einrichtung zu verhindern und ist besonders für ältere Menschen von Bedeutung, da diese für gewöhnlich eine längere Rekonvaleszenzzeit benötigen als jüngere Patienten. Die Akut- und Übergangspflege kann sowohl stationär als auch ambulant erfolgen.

Die bundesrechtliche Regelung der hohen Selbstzahlerbelastung und kurzen zeitlichen Begrenzung der bezahlten Leistung hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass die Akut- und Übergangspflege durch Spitalärzte häufig gar nicht verordnet wurde. Ältere Menschen benötigen für eine gesundheitliche Stabilisierung, die eine Rückkehr nach Hause ermöglicht, in aller Regel mehr als zwei Wochen. Dadurch wurde die Chance, vorübergehend pflegebedürftige Personen durch eine genügend lange Akut- und Übergangspflege wieder in das gewohnte Umfeld integrieren zu können, nicht genutzt und diese Personen mussten stattdessen dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung eintreten. Dies ist nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten, die lieber zu Hause alt werden möchten. Der tote Buchstabe des Gesetzes ist auch nicht im Interesse des Staates, der sehr hohe Kosten zu tragen hat, wenn es anstelle der Pflege und Betreuung zu Hause zu einem definitiven Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim kommt.

6.3.8. Versorgungspflicht

Sämtliche Einrichtungen mit Leistungsvereinbarung sind verpflichtet, die Versorgung von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen zu gewährleisten. Eine Leistungsverweigerung ist nur unter eng umschriebenen Bedingungen möglich.

6.3.9. Abgeltung Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag von Spitex-Organisationen wird neu separat abgegolten. Dafür erhalten auch private Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, Beiträge an die Pflegerestkosten.

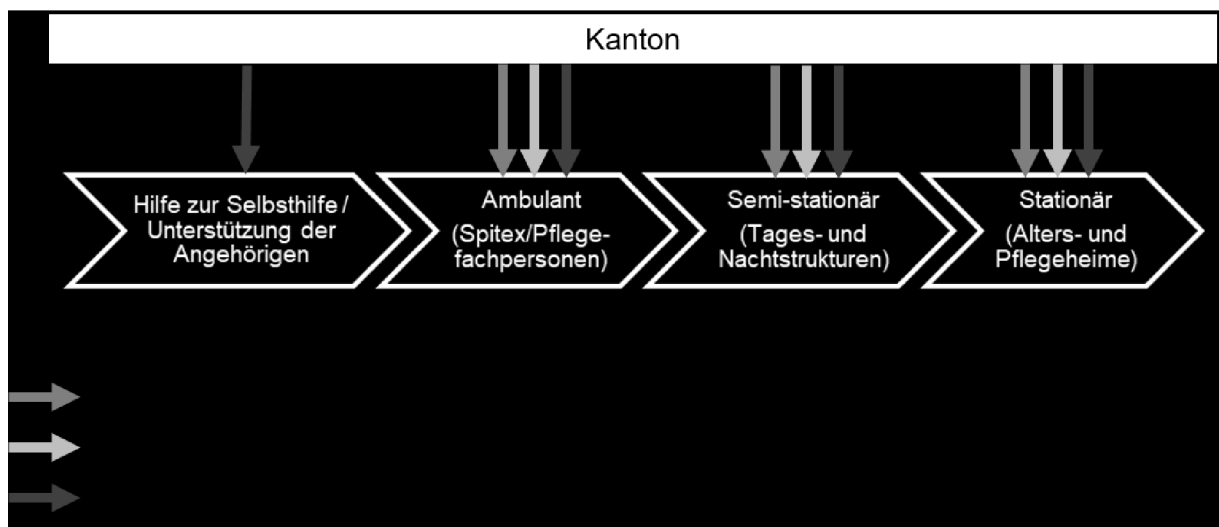
6.3.10. Einheitliche Grundlage

Das PBG führt die im Gesundheitsgesetz, dem Sozialhilfegesetz und der Spitexverordnung verteilten Bestimmungen über die Langzeitpflege (weitgehend) zusammen und regelt sie übersichtlich und verständlich.

6.3.11. Überblick

Abbildung 15 zeigt die Zuständigkeiten in der Langzeitpflege gemäss dem neuen PBG. Neu wäre alleine der Kanton für die Sicherstellung und Finanzierung der Versorgung zuständig. Zudem würden neu auch die Hilfe zur Selbsthilfe und Angehörige unterstützt sowie intermediäre Strukturen miteingeschlossen. Die Gemeinden bleiben weiterhin Eigentümerinnen ihrer Alters- und Pflegeheime.

Abbildung 15. Künftige Zuständigkeiten in der Langzeitpflege im Kanton Glarus



7. Vernehmlassung

7.1. Vorgehen und Rücklauf

Der Regierungsrat beauftragte das DFG am 11. Juni 2019 mit der Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens zum Vorentwurf des PBG. Die Vernehmlassung dauerte bis am 6. September 2019.

87 Organisationen bzw. Personen (Gemeinden, Leistungserbringer, Verbände, Organisationen, politische Parteien, kantonale Gesundheitsdepartemente, Departemente der kantonalen Verwaltung, Pflegefachpersonen mit einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Glarus) erhielten ein Einladungsschreiben zur Vernehmlassung. Die Vernehmlassung wurde zudem im Amtsblatt vom 13. Juni 2019 öffentlich ausgeschrieben.

Innert der Frist gingen insgesamt 50 Rückmeldungen ein. Sieben Vernehmlassungsadressaten (Gesundheitsdepartemente AR, GR, SZ, UR, ZH; kantonale Departemente: DBU, SK) teilten ihren Verzicht mit, womit insgesamt 43 Stellungnahmen (s. Tabelle 4) ausgewertet werden konnten.

Tabelle 4. Eingegangene Stellungnahmen zum Vorentwurf Pflege- und Betreuungsgesetz

<i>Bereich</i>	<i>#</i>	<i>Stellungnahmen von</i>
Ambulante Langzeitpflege	13	Spitex Kantonalverband, Spitex Glarus Nord, Spitex Glarus (Vorstand), Spitex Glarus (Angestellte), Spitex Glarus Süd, Spitex Sernftal, Care Solutions, ASPS, Senevita (Spitex Stadt und Land), 4 Pflegefachfrauen
Stationäre Langzeitpflege	6	Curaviva-Insos Glarus, Alters- und Pflegeheime Glarus Nord, Alters- und Pflegeheime Glarus, Alters- und Pflegeheime Glarus Süd, Alters- und Pflegeheim Salem, Senesuisse
Verbände/Organisationen	9	Glarner Seniorenverband, KISS, Lungenliga Glarus, Organisation der Arbeitswelt (OdA) Glarus, Pro Senectute, Santésuisse, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK), Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) Glarus, VPOD Glarus
Weitere Leistungserbringer im Kanton	2	Kantonsspital Glarus, Ergoalltag GmbH
Gemeinden	3	Glarus Nord, Glarus, Glarus Süd
Politische Parteien	6	BDP, CVP, FDP, Grüne, SP, SVP
Kantonale Gesundheitsdepartemente	1	TG
Kantonale Verwaltung Glarus	3	DBK, DVI, DSJ

7.2. Generelle Beurteilung

Der Vorentwurf des PBG stiess bei den Vernehmlassungsteilnehmern auf Unterstützung, es gab nur vereinzelt kritische Stimmen und Anmerkungen. Der Handlungsbedarf wird breit anerkannt, ebenso die Ziele wie auch die im PBG enthaltenen Massnahmen.

Die geplante kantonale Zuständigkeit in der Versorgungsplanung wird von den Vernehmlassungsteilnehmern mehrheitlich begrüsst. Diesbezüglich sind sehr viele positive Rückmeldungen eingegangen, welche diese Vorgehensweise als eine Chance für das Angebot im Kanton sehen. Drei Vernehmlassungsteilnehmer (ASPS, Gemeinde Glarus Nord, Senevita) äussern sich kritisch zu einzelnen Punkten, während einzig die Spitex Glarus dem Ansatz ablehnend gegenübersteht. Einige Stimmen äussern konkrete Befürchtungen wie eine Abnahme der Qualität (Gemeinde Glarus Nord, Spitex Glarus Nord) oder weisen auf die Gefahr eines möglichen Leistungsabbaus hin (BDP, CVP, Lungenliga). Die Stärkung der Selbsthilfe und Freiwilligenarbeit wird im Grundsatz von allen Vernehmlassungsteilnehmern unterstützt. Vorschläge betreffen die Ausgestaltung der Entschädigungen an pflegende und betreuende Bezugspersonen. Die Förderung an Aufenthalte in Tages- und Nachstrukturen sowie betreutem Wohnen wird ausschliesslich positiv wahrgenommen. Einzig der Mangel an bereits vorhandenen alternativen Wohnformen (Care Solutions, Salem, Senesuisse, Senevita) und die ungenügende Zusammenarbeit zwischen ambulanten, intermediären und stationären Angeboten (Grüne) wird mitunter kritisiert. Die bereits eingeführte Informations- und Beratungsstelle im Kanton stösst auf breite Zustimmung. Ein grosses Anliegen scheint dabei die gegebene Unabhängigkeit zu sein (ASPS, DVI, Senesuisse, Senevita, SVP). Die Einführung einer Aus- und Weiterbildungsverpflichtung wird ausschliesslich befürwortet, soll aber hinsichtlich der betroffenen Berufe präzisiert werden. Die fünf Spitexorganisationen und das Alters- und Pflegeheim Salem möchten hier noch einen Schritt weitergehen und fordern einen zusätzlichen Artikel, welcher für die allgemeine Förderung der Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Betreuungsfachpersonen stehen soll. Die Resonanz zu der geplanten Erweiterung der Akut- und Übergangspflege ist durchgängig positiv. Alle Vernehmlassungsteilnehmer unterstützen diesen Ansatz.

7.3. Berücksichtigte Hauptanliegen

Die folgenden wesentlichen Anliegen aus der Vernehmlassung wurden vom Regierungsrat im Entwurf des PBG berücksichtigt:

- *Befristung Betriebsbewilligung (Art. 6 Abs. 2 E-PBG)*: Wie von mehreren Vernehmlassungsteilnehmern (ASPS, CVP, Salem, Senesuisse, Senevita, Spitex-Organisationen) gewünscht, wird die Betriebsbewilligung wie bisher auf maximal zehn und nicht auf maximal fünf Jahre erteilt.
- *Versorgungsplanung (Art. 9 E-PBG)*: Mehrere Teilnehmer (CVP, DVI, FDP, Gemeinde Glarus, KISS, Lungenliga, Pro Senectute, drei Spitexorganisationen) betonten die Wichtigkeit des Einbezugs nicht nur der Gemeinden, sondern von zusätzlichen Fachpersonen und -organisationen bei der Erstellung der Versorgungsplanung. Der entsprechende Einbezug von Fachpersonen war ohnehin geplant, wird nun aber auch ausdrücklich im Gesetz erwähnt. Da im Rahmen der Versorgungsplanung der kantonale Bedarf an Pflege- und Betreuungsangeboten bestimmt wird, sind hingegen die Leistungserbringer selbst bzw. deren Verbände nicht verstärkt einzubeziehen, da sie ansonsten in einem Interessenskonflikt stehen und ggf. den Bedarf nach ihrem eigenen Angebot beeinflussen könnten. Selbstverständlich können sie sich aber – wie andere Interessensgruppen auch – im Rahmen einer öffentlichen Vernehmlassung zum Entwurf der Versorgungsplanung einbringen.
- *Interprofessionelle Zusammenarbeit (Art. 11 Abs. 2 Bst. d E-PBG)*: Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer (Ergoalltag GmbH, Grüne, SP, Pflegefachfrau, VPOD) wiesen in ihren Stellungnahmen auf die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention bzw. von medizinisch-therapeutischen Massnahmen zur Senkung des Pflegebedarfs hin. Diese Anregung wird insoweit aufgenommen, als die Leistungserbringer mit Leistungsauftrag dazu angehalten werden sollen, eine professionelle Zusammenarbeit mit entsprechenden Leistungserbringern zu pflegen, auch wenn dies nicht zwingend in ihrem finanziellen Interesse ist. Auf eine spezifische Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention im PBG wird hingegen verzichtet, da diese bereits im Gesetz über das Gesundheitswesen (Art. 11) enthalten ist und sich Massnahmen gestützt auf diese Grundlage umsetzen lassen.
- *Aus- und Weiterbildungsverpflichtung (Art. 15 E-PBG)*: Die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung stiess auf breite Zustimmung. Auf Anregung diverser Vernehmlassungsteilnehmer wurde in den Erläuterungen präzisiert, auf welche Berufe sich die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung bezieht (Pflegefachpersonen HF, Fachangestellte Gesundheit sowie Betreuung, Assistent/in Gesundheit und Soziales). Zudem wurde auf Anregung der Spitex-Organisationen und des Alters- und Pflegeheims Salem ein zusätzlicher Artikel zur Förderung von Berufen im Gesundheits- und Sozialbereich aufgenommen (Art. 16 E-PBG).
- *Künftige Departementsorganisation*: Zehn Vernehmlassungsteilnehmer (APGS, BDP, CVP, DVI, FDP, Gemeinde Glarus, Gemeinde Glarus Süd, Lungenliga, Pro Senectute, SVP) betonten die Notwendigkeit der Bereinigung der kantonalen Zuständigkeiten im Bereich Langzeitpflege zwischen den Departementen Finanzen und Gesundheit sowie Volkswirtschaft und Inneres. Teilweise wurden Vorschläge zu einer Neuordnung der Departemente in ein Departement Gesundheit und Soziales sowie Finanzen und Wirtschaft eingereicht oder eine verbindliche Regelung in den Übergangsbestimmungen gefordert. Der Regierungsrat hat bereits im Vorentwurf eine Bereinigung der Zuständigkeiten nach Erlass des PBG angekündigt. Aufgrund der Vernehmlassung hat er die künftige Aufgabenzuteilung besprochen und bekräftigt, dass bei einer Annahme des PBG durch die Landsgemeinde 2020 die Zuständigkeit für die Langzeitpflege ab 2021 bei einem Departement – entweder dem DFG oder dem DVI – zusammengeführt wird.

7.4. Nicht berücksichtigte Hauptanliegen

Die folgenden wesentlichen Anliegen aus der Vernehmlassung wurden vom Regierungsrat im Entwurf des PBG nicht berücksichtigt:

- *Kantonale Zuständigkeit:* Einzig die Spitex Glarus (Vorstand und Angestellte) lehnte die geplante Zuständigkeit für die Steuerung und Finanzierung durch den Kanton grundsätzlich ab. Die Gemeinde Glarus Nord forderte, dass der Kanton nicht nur die alleinige Zuständigkeit für die Regelung übernehmen muss, sondern auch die Leistungserbringer (insbesondere Alters- und Pflegeheime) selbst. Sie befürchtet zudem, dass die Qualität und Umfang der Spitex-Leistungen aufgrund des sich verschärfenden Spardrucks abnehmen wird. Die Spitex Glarus Nord sieht Vorteile in der bisherigen wie auch der geplanten Zuständigkeitsordnung und äusserte sich daher dahingehend, dass sie keinen zwingenden Bedarf für einen Wechsel der Verantwortung von den Gemeinden zum Kanton sehe. Alle anderen Vernehmlassungsteilnehmer begrüsst die kantonale Zuständigkeit hingegen ausdrücklich. Der Regierungsrat hält daher am Wechsel bei der Zuständigkeit fest. Wie bereits im Vorentwurf ausdrücklich erläutert, soll mit dem PBG insbesondere die ambulante Pflege- und Betreuungsversorgung gestärkt werden. Der Regierungsrat kann daher die Befürchtungen der Gemeinde Glarus Nord betreffend einen Leistungsabbau bei den Spitex-Organisationen nicht nachvollziehen. Auch eine Übernahme der Alters- und Pflegeheime durch den Kanton lehnt der Regierungsrat ab. Indem neu der Kanton für die Gewährleistung des Pflege- und Betreuungsangebots zuständig ist, wird der bisherige Rollenkonflikt der Gemeinden als Eigentümer, Betreiber, Leistungseinkäufer und -finanzierer beseitigt und die Gemeinden können sich künftig auf ihre Rolle als Eigentümer und Betreiber der Alters- und Pflegeheime konzentrieren. In dieser Rolle können sie zugunsten ihrer Bevölkerung bestimmen, an welchen Standorten welche Leistungen angeboten werden sollen. Zudem werden die kantonalen Vorgaben nur einen einheitlichen Mindeststandard garantieren, sodass die einzelnen Gemeinden bei Bedarf selber einen höheren Standard anbieten könnten. Schliesslich steht es den Gemeinden aber auch frei, sich von ihren Alters- und Pflegeheimen zu trennen. In diesem Fall wäre der Kanton gefordert, wie er die Versorgung gewährleisten kann.
- *Erlass der Ausführungsbestimmungen (Art. 4 Abs. 2 E-PBG):* Acht Vernehmlassungsteilnehmer (APGS, BDP, FDP, Gemeinde Glarus Süd, Grüne, Lungenliga, Pflegefachperson, Spitex Glarus) wünschten sich die Regelung der Einzelheiten durch den Landrat anstelle des Regierungsrates, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt. Bei Artikel 4 handelt es sich jedoch um eine Auffangbestimmung, welche den zweckmässigen Vollzug des Gesetzes sicherstellen soll. Soweit in den Ausführungsbestimmungen Rechte und Pflichten begründet werden, braucht es dazu ohnehin eine klare Grundlage im Gesetz selbst. Werden hingegen bloss Vollziehungsverordnungen erlassen bzw. das Gesetz konkretisiert, ohne neue Rechte und Pflichten zu begründen, ergibt sich die entsprechende Verordnungskompetenz des Regierungsrates direkt aus der Kantonsverfassung.
- *Verzicht auf Bewilligungspflicht für kleine Einrichtungen (Art. 5 Abs. 1 E-PBG):* Verschiedene Teilnehmer (ASPS, Salem, Senesuisse, Senevita) regten an, auf die Bewilligungspflicht für kleinere und intermediäre Angebote zu verzichten. Der Regierungsrat hält an der generellen Bewilligungspflicht für Pflegeleistungen fest. Einerseits benötigt die fachlich verantwortliche Pflegefachperson gemäss Bundesrecht ohnehin eine gesundheitspolizeiliche Berufsausübungsbewilligung, andererseits kann damit sichergestellt werden, dass der Kanton Kenntnis über sämtliche Angebote hat. Damit kleinere Einrichtungen aber nicht unnötige Anforderungen erfüllen müssen, beabsichtigt der Regierungsrat im Rahmen des Verhältnismässigkeitsprinzips, bei den Bewilligungsvoraussetzungen (Art. 6 E-PBG) für kleine Angebote – soweit aus gesundheitspolizeilicher Sicht vertretbar – tiefere Anforderungen festzulegen.
- *Kenntnisse in Betriebswirtschaft als Bewilligungsvoraussetzung (Art. 6 Abs. 1 E-PBG):* Zwei Vernehmlassungsteilnehmer (Pro Senectute, SVP) regten an, als Bewilligungsvoraussetzung explizit eine für die «Betriebsführung verantwortliche Fachperson mit abgeschlossener Betriebswirtschaftsausbildung» aufzunehmen. Auf diese Ergänzung wird verzichtet, da sie bereits unter dem Begriff des «erforderlichen Fachpersonals» enthalten ist. Die detaillierten Anforderungen an das Fachpersonal sind in der Verordnung festzulegen.

- *Regelung der Einzelheiten der Bewilligungsvoraussetzungen:* Drei Vernehmlassungsteilnehmer (APGS, FDP, Gemeinde Glarus Süd) wünschten, dass anstelle des Regierungsrates der Landrat die Einzelheiten betreffend die Bewilligungsvoraussetzungen regelt. Da es sich hier um die Vorgabe von klassischen gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen handelt, die sich zudem zu einem grossen Teil bereits aus dem übergeordneten Bundesrecht ergeben (u. a. Gesundheitsberufegesetz, KVG, Verordnung über die Krankenversicherung [KVV], Heilmittelgesetz und Betäubungsmittelgesetz) und somit nur der Vollzug geregelt wird, soll die Zuständigkeit beim Regierungsrat belassen werden. Er hat diese Aufgabe auch bisher gestützt auf Artikel 23 Absatz 6 Gesundheitsgesetz und Artikel 44 Absatz 2 Sozialhilfegesetz ausgeübt.
- *Angebotsbestandteile (Art. 10 Abs. 2 E-PBG):* Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer (APGN, Curaviva, Salem, Spitex-Organisationen, SRK) wünschen einer Ergänzung der Angebotsbestandteile um Palliative Care, Demenz, Gerontopsychiatrie und/oder Kinder-spitex. Andere Teilnehmer (ASPS, Senesuisse, Senevita) beantragen hingegen die Streichung der aufgeführten einzelnen Leistungen bzw. insbesondere der Betreuungsleistungen und hauswirtschaftlichen Leistungen. Der Regierungsrat hält an der ursprünglichen Auflistung fest, wenngleich ihm bewusst ist, dass die aufgeführten Leistungen weit verbreitet sind und eine Versorgung mit entsprechenden Leistungen zu gewährleisten ist. Aus rechtlicher Sicht handelt es sich bei den aufgeführten Leistungen um Pflegeleistungen, die unter Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a E-PBG bereits erwähnt sind. In den Erläuterungen wurde aber präzisiert, dass die entsprechenden Leistungen unter die Pflegeleistungen fallen und daher anzubieten sind. Zwei Vernehmlassungsteilnehmer (Pflegefachperson, VPOD) wünschten als zusätzliches Angebot die Erwähnung eines Fahrdienstes. Auf die explizite Nennung des Fahrdienstes im Gesetz wird verzichtet, ein solches Angebot ist aber nicht ausgeschlossen.
- *Subventionierung von ambulanten Betreuungsleistungen und hauswirtschaftlichen Leistungen (Art. 13 Abs. 2 E-PBG):* Die Subventionierung der Kosten für ambulante Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Leistungen im Umfang von 50 Prozent wurde in der Vernehmlassung von einzelnen Adressaten kontrovers diskutiert. Mit dem Argument der Gleichbehandlung wurde einerseits eine Ausweitung der Subventionierung auf Betreuungsleistungen im stationären Bereich (APGN, Curaviva, Grüne, Pflegefachperson, Salem) oder andererseits ein gänzlicher Verzicht auf die Subventionierung (ASPS, senesuisse, senevita) gefordert. Letztere schlugen vor, alternativ gezielt nur Ergänzungsleistungsbezüger bei ambulanten Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen zu unterstützen. Die Spitex-Organisationen forderten zudem, dass der Kanton mindestens 50 Prozent der Kosten übernehmen müsse. Die Pro Senectute wollte die Kostenbeteiligung auf maximal 50 Prozent begrenzen. Der Regierungsrat hält an der im Vorentwurf vorgesehen Subventionierung im Umfang von 50 Prozent der Kosten fest. Damit erfolgt ein Anreiz für das mit dem PBG angestrebte Ziel einer Stärkung der ambulanten Versorgung. Die Kostenbeteiligung soll dabei im Gesetz verbindlich und ohne Minimal- bzw. Maximalsatz verankert werden. Um sicherzustellen, dass der Bezug der subventionierten Leistungen gerechtfertigt ist, ist gemäss den Stellungnahmen der Gemeinde Glarus, KISS und Pro Senectute der Umfang durch den Regierungsrat zwingend zu begrenzen und an eine Bedarfsabklärung zu knüpfen (Vorentwurf: Kann-Formulierung).
- *Datenerhebung und -bearbeitung (Art. 23 E-PBG):* Insgesamt 17 Stellungnahmen (APGN, ASPS, Curaviva, CVP, Gemeinde Glarus Süd, Pro Senectute, Salem, SBK, Senesuisse, Senevita, SP, fünf Spitex-Organisationen, SVP) betrafen die Datenerhebung und -bearbeitung. Oftmals wurden ausschliesslich anonyme Daten gefordert. Zudem seien allfällige Kosten für eine Datenerhebung durch Dritte durch den Kanton zu bezahlen. Der Regierungsrat hält an den Formulierungen im Vorentwurf fest. Im Rahmen der Aufsichtstätigkeit kann es erforderlich sein, dass der Kanton auch Einsicht in Patientendaten nehmen muss. Der Schutz der Daten ist dabei durch das Amtsgeheimnis ausreichend gewahrt (BGer 2P.231/2006 vom 10. Januar 2007 E. 7.4). Auch die Veröffentlichung von betriebsbezogenen Daten in nicht anonymisierter Form ist notwendig, wenn eine wohnortsnahe Versorgungsplanung erstellt werden soll. Für eine solche muss näm-

lich bekannt sein, welche Leistungen an welchen Standorten erbracht werden und welche Ressourcen zur Verfügung stehen. Hinsichtlich des Umfangs der Datenerhebungen ist keine Änderung gegenüber der heutigen Situation gestützt auf das Bundesrecht erhobenen Spitex- und SOMED-Statistiken geplant. Bei einer Datenerhebung durch Dritte ist es zudem folgerichtig, dass die entsprechenden Kosten durch den Auftraggeber, in der Regel der Kanton, zu tragen wäre.

- *Begrenzung der Steuerbelastung im Jahr 2022 (Art. 260c E-StG)*: Die drei Gemeinden, die BDP und die CVP lehnen die Begrenzung des Steuerfusses im Jahr 2022 als Eingriff in die Gemeindeautonomie ab. Der Regierungsrat hält daran fest. Damit soll sichergestellt werden, dass die Änderung der Zuständigkeiten zu keiner versteckten Steuererhöhung genutzt wird. Der Regierungsrat erachtet die Einschränkung der Gemeindeautonomie in diesem Fall als vertretbar, da die Begrenzung nur für ein Jahr gilt und sich in einem überschaubaren Rahmen bewegt.
- *Einbezug und Schutz der Mitarbeitenden*: Drei Organisationen (Grüne, SP, VPOD) regten an, auch den Einbezug und Schutz der Mitarbeitenden in den Gesetzesentwurf aufzugreifen (z. B. Mitspracherechte, Anstellungsbedingungen usw.). Dieses Anliegen wird nicht aufgenommen. Gute Arbeitsverhältnisse sind Aufgabe der Sozialpartner bzw. der einzelnen Leistungserbringer. Die Thematik liegt zudem grösstenteils ausserhalb des Einflussbereiches des Kantons, der Bund ist zuständig für das (private) Arbeitsrecht.

8. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

8.1. Änderung der Kantonsverfassung

Artikel 33; Spitäler und Heime

Als Folge der angestrebten alleinigen Zuständigkeit des Kantons für die Pflege- und Betreuungsversorgung sind die Gemeinden von ihrer Pflicht, für die stationäre Altersbetreuung zu sorgen, zu entbinden (Abs. 2). In der Folge kann auch Absatz 3 aufgehoben werden. Neu soll in Absatz 2 in Übereinstimmung mit Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) festgehalten werden, dass der Kanton die ambulante und die stationäre Gesundheitsversorgung gewährleistet. Darin ist auch die ambulante und stationäre Langzeitpflege eingeschlossen.

8.2. Pflege- und Betreuungsgesetz

Artikel 1; Zweck

Das Gesetz schafft die Grundlagen für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche spitalexterne Pflege und Betreuung. Das Gesetz regelt demnach die Langzeitpflege und die dabei erforderliche Betreuung. Kein Bestandteil des Gesetzes ist hingegen die Pflege und Betreuung in Spitälern. Insofern gilt das Gesetz auch nicht für das Kantonsspital Glarus. Der Begriff «Pflege» bezieht sich auf Pflegeleistungen, wie sie in der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes, insbesondere im Krankenversicherungsgesetz bzw. dessen Ausführungsbestimmungen, definiert sind. Der Begriff «Betreuung» umfasst dabei die heute im Bereich der Spitex angebotene «Hilfe zu Hause» bzw. «ambulante Hilfe» wie auch die Betreuung in Alters- und Pflegeheimen oder intermediären Strukturen, welche den Bewohnern hilft, den Alltag zu bewältigen.

Das Gesetz gilt grundsätzlich unabhängig vom Alter der zu pflegenden bzw. zu betreuenden Personen, wenngleich in den Erläuterungen und im Alltag der Fokus der Leistungserbringung auf älteren Personen liegt (s. Tabelle 5).

Tabelle 5. Alter der Leistungsbezüger der Spitex und Alters- und Pflegeheime im Jahr 2017⁴⁹

	<i>Spitex</i>	<i>Alters- und Pflegeheime</i>
0–18	2 %	5 %
19–64 (Spitex) bzw. -69 (APH)	17 %	
65+ (Spitex) bzw. 70+ (APH)	81 %	95 %

Artikel 2; Geltungsbereich

Das Gesetz gilt gemäss Absatz 1 insbesondere für Einrichtungen, die Pflegeleistungen anbieten. Solche Einrichtungen sind z. B. Pflegeheime, Pflegewohnungen, Tages- und Nachtstätten oder Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex). Die entsprechenden Angebote unterstehen auch einer Bewilligungspflicht (s. Art. 5).

Hingegen wird die Pflege und Betreuung in Spitälern nicht vom Geltungsbereich des Gesetzes umfasst, zumal in Artikel 1 explizit von der spitalexternen Pflege und Betreuung die Rede ist. Aus dem Begriff «Einrichtungen» ergibt sich zudem, dass auch Pflegefachpersonen mit einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung nicht in den Geltungsbereich des Gesetzes fallen (s. auch Art. 5 Abs. 2). Sie leisten zwar einen wichtigen Beitrag für die Pflege von einzelnen Personen, aufgrund ihrer insgesamt geringen Anzahl ist es aber nicht sinnvoll, sie zur Gewährleistung der Versorgung umfassend miteinzubeziehen. Auf sie wird daher im PBG grundsätzlich nicht näher eingegangen.

Gemäss Absatz 2 finden zudem für auf der Pflegeheimliste geführte Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ausschliesslich die Vorschriften des Sozialhilfegesetzes Anwendung. Dieses Gesetz gilt demnach insbesondere nicht für die in der Pflegeheimliste geführten Einrichtungen für Menschen mit Behinderung.

Artikel 3; Persönlichkeitsschutz

Artikel 3 hält fest, dass die Persönlichkeit, die Selbstbestimmung und die Würde der gepflegten und betreuten Personen zu respektieren und zu schützen ist. Sie haben ungeachtet ihrer wirtschaftlichen Situation Anspruch auf eine bedarfsgerechte Pflege und Betreuung. Trotz dieses Grundsatzes besteht aber im Sinne der wirtschaftlichen Pflege und Betreuung (Art. 1) kein absoluter Anspruch auf eine bestimmte Pflege- und Betreuungssituation. So hat der Regierungsrat z. B. den Umfang der subventionierten Hilfe zu Hause zu begrenzen (s. Art. 13 Abs. 2), womit ggf. ein Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim erforderlich werden kann.

Artikel 4; Zuständigkeiten

Absatz 1 hält fest, dass die Pflege- und Betreuungsversorgung – bisher die ambulante und stationäre Langzeitpflege – grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich des Kantons fällt. Entsprechend sind auch die Artikel 5 Absatz 1 Buchstaben b und c GesG aufzuheben. Die Gemeinden können sich aber weiterhin im Bereich der Förderung der Selbsthilfe und Freiwilligenarbeit (s. Art. 17 und 19) engagieren.

Wie im übrigen Gesundheitswesen ist der Regierungsrat im Sinne einer Auffangbestimmung für die Umsetzung des Gesetzes zuständig, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt (s. Art. 7 GesG).

Artikel 5; Bewilligungspflicht

Absatz 1 sieht vor, dass der Betrieb einer Einrichtung, die Pflegeleistungen anbietet, generell bewilligungspflichtig ist. Die Bewilligungspflicht bestand bereits bisher für Pflegeheime gemäss Artikel 23 Absatz 1 Buchstabe b Gesundheitsgesetz bzw. Artikel 44 Absatz 1 Sozialhilfegesetz sowie für Spitex-Organisationen gemäss Artikel 23 Absatz 1 Buchstabe c Gesundheitsgesetz. Neu wird klargestellt, dass auch intermediäre Einrichtungen wie Pflegewohnungen oder Tages- und Nachtstätten der Bewilligungspflicht unterstehen.

⁴⁹ Bundesamt für Statistik. (15. November 2018). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause*. Neuchâtel und Bundesamt für Statistik. (20. November 2018). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2017*. Neuchâtel.

Die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Pflegefachperson richtet sich nach dem neuen Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe, das voraussichtlich per 1. Januar 2020 in Kraft treten wird. Soweit der Kanton diesbezüglich ergänzendes Recht erlassen kann, gilt das Gesundheitsgesetz.

Artikel 6; Bewilligungsvoraussetzungen

In Absatz 1 werden die Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung aufgeführt. Sie entsprechen im Wesentlichen den heutigen Anforderungen. Anders als heute wird die Bewilligung neu einheitlich der Institution erteilt und ist nicht mehr – wie bei den Alters- und Pflegeheimen – an die Leitungsperson gebunden. Dafür müssen gemäss dem neuen Gesundheitsberufegesetz die für die Pflege verantwortlichen Personen (Pflegedienstleitung) über eine eigene Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verfügen (Bst. b). Neu müssen die Einrichtungen zudem eine unabhängige und kostenlose Ombudsstelle bezeichnen (Bst. g).

Gestützt auf die allgemeine Vollzugskompetenz in der Kantonsverfassung (Art. 99 Abs. 1 Bst. b KV), wird der Regierungsrat die Bewilligungsvoraussetzungen in einer Verordnung konkretisieren. So kann er z. B. gestützt auf Buchstabe a einen Pflegeschlüssel (Skill-Grade-Mix: Verhältnis von Fach- zu Assistenzpersonal) festlegen. Neben dem Bedarf an Pflegepersonal kann er aber auch den Bedarf an übrigem Fachpersonal regeln (z. B. in den Bereichen Betriebs- und Personalführung). Die Bewilligungsvoraussetzungen sind dabei im Sinne des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes einerseits auf die Art der angebotenen Pflegeleistungen (z. B. muss eine Spitex-Organisation andere Infrastrukturerfordernisse erfüllen als ein Pflegeheim) und andererseits auf die Grösse der Einrichtung anzupassen.

Die Betriebsbewilligung wird befristet auf maximal zehn Jahre erteilt (Abs. 2). Sind die Bewilligungsvoraussetzungen nach Ablauf der Bewilligung weiterhin erfüllt, kann die Bewilligung auf Gesuch hin erneuert werden. Damit ist gewährleistet, dass die Bewilligungsvoraussetzungen auch bei längerem Bestehen einer Einrichtung periodisch überprüft werden. Die Befristung auf zehn Jahre gilt für die gestützt auf das Gesundheitsgesetz bewilligungspflichtigen Einrichtungen gemäss Artikel 12a Absatz 2 Gesundheitsberufeverordnung bereits heute.

Artikel 7; Einschränkung und Entzug der Betriebsbewilligung

Diese Bestimmung schafft die Grundlage für aufsichtsrechtliche Massnahmen in Bezug auf die Betriebsbewilligung. Sie gibt dem Departement die Möglichkeit, bei festgestellten Mängeln unverzüglich zu intervenieren. Als letztes Mittel bei schweren Mängeln oder wenn die Voraussetzungen für die Betriebsbewilligung nicht mehr erfüllt sind, wird die Betriebsbewilligung entzogen. Die Bestimmung entspricht der heute geltenden Regelung (Art. 27 GesG i. V. m. Art. 24 Abs. 1 GesG).

Artikel 8; Aufsicht

Das Departement übt die gesundheitspolizeiliche Aufsicht aus. Absatz 2 hält dabei explizit fest, dass angemeldete und unangemeldete Inspektionen durchgeführt, Beweismittel erhoben, unbefugte Einrichtungen geschlossen und unerlaubte Behandlungs- und Auskunftsmittel beseitigt werden können. Der Begriff Auskündigung beschreibt eine Bekanntmachung und beinhaltet auch die Anwerbung von Kunden. Diese Massnahmen sind zur Wahrnehmung der Aufsicht notwendig. Inspektionen werden in der Regel periodisch durchgeführt und vorgängig angekündigt. Unangekündigte Inspektionen können in Ausnahmefällen notwendig sein, wenn der Verdacht auf schwere Unregelmässigkeiten besteht. Inhaltlich entspricht die Bestimmung dem bisherigen Recht (s. Art. 13 GesBV).

Artikel 9; Versorgungsplanung

Bereits bisher musste der Regierungsrat gemäss den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes die bedarfsgerechte Versorgung in Pflegeheimen planen (Art. 39 KVG i. V. m. Art. 58a KVV) und gestützt darauf eine Pflegeheimliste erlassen. Neu soll er die Versorgung

mit Pflege- und Betreuungsleistungen aber umfassend planen. Neben stationären Leistungen sind damit insbesondere auch ambulante sowie intermediäre Pflege- und Betreuungsleistungen gemeint. Die Versorgungsplanung beschränkt sich dabei nicht nur auf Leistungen, die von einem Grossteil der Bevölkerung bezogen werden wie Grundpflege oder Demenzpflege, sondern umfasst auch die Versorgung mit eher spezialisierten Angeboten wie Palliative Care, Kinderspitex, onkologischen oder gerontopsychiatrischen Leistungen.

Angesichts einer Bevölkerung von rund 40'000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Kanton erfolgt die Planung und Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Angeboten zur Pflege und Betreuung vernünftigerweise kantonal und nicht durch jede einzelne Gemeinde für sich alleine. Trotzdem ist im Sinne der bedarfsgerechten Versorgung sicherzustellen, dass die Versorgung wohnortnah gewährleistet ist. Bei ambulanten Leistungen ist dies selbstverständlich, aber auch stationäre Pflegeleistungen sollen grundsätzlich in der Wohngemeinde verfügbar sein. Ausgenommen davon sind einzig spezialisierte stationäre Leistungen, für die ein kantonales Angebot ausreicht.

Um die kommunalen Bedürfnisse und das vorhandene Fachwissen bei der Versorgungsplanung angemessen zu berücksichtigen, ist der Regierungsrat angehalten, die Gemeinden und Fachpersonen miteinzubeziehen. Der Einbezug soll dabei relativ umfassend und nicht bloss im Rahmen einer Anhörung erfolgen. So ist es z. B. denkbar, dass die Gemeinden und Fachpersonen zusammen mit dem Kanton die Versorgungsplanung in einer Arbeitsgruppe erarbeiten. Da sich die Versorgungsplanung am Bedarf der Bevölkerung und nicht dem vorhandenen Angebot orientieren soll, ist hingegen auf eine direkte Vertretung von Leistungserbringern in einer solchen Arbeitsgruppe zu verzichten. Die Leistungserbringer und andere Interessengruppen sind aber im Rahmen einer Vernehmlassung zur Versorgungsplanung miteinzubeziehen.

Die Alters- und Pflegeheime, deren Angebot auf der Pflegeheimliste Aufnahme findet, können dabei selber entscheiden, ob sie ihre Leistungen an einem oder mehreren Standorten erbringen möchten (sofern die einzelnen Standorte die gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen erfüllen). Allerdings haben sie dabei – wie bereits heute – zu bedenken, dass Kosten aufgrund einer nicht ausgelasteten Infrastruktur oder einer nicht wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht in den Tarifen berücksichtigt werden können und daher ggf. durch den Eigentümer zu tragen sein werden.

Über die Versorgungsplanung ist wie bisher (Art. 25 Abs. 3 EG KVG) dem Landrat Bericht zu erstatten (Abs. 2), während der Erlass der Planung (Abs. 1) wie auch der Pflegeheimliste (Abs. 3) beim Regierungsrat verbleibt.

Artikel 10; Angebot

Neu obliegt die Sicherstellung der ambulanten und stationären Langzeitpflege dem Kanton, der sich dabei auf die Versorgungsplanung abstützt (Abs. 1).

Absatz 2 definiert den Mindestumfang des zu erbringenden Pflege- und Betreuungsangebots. Die Leistungen gemäss Buchstaben a–c (Pflegeleistungen, Akut- und Übergangspflege sowie Betreuung) können grundsätzlich ambulant wie auch stationär angeboten werden. Die Pflegeleistungen gemäss Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes umfassen insbesondere Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung und Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 KLV). Dazu gehören auch spezialisierte Pflegeleistungen z. B. in den Bereichen der Palliative Care, Demenz oder Psychogeriatric. Die Leistungen gemäss Buchstaben d und e (hauswirtschaftliche Leistungen, Mahlzeitendienst) sind ambulante Angebote und die Leistungen gemäss Buchstabe f (Unterkunft und Verpflegung) stationäre bzw. intermediäre Angebote. Neu werden explizit hauswirtschaftliche Leistungen im betreuten Wohnen sowie Unterkunft und Verpflegung in Tages- und Nachtstrukturen erwähnt.

Gemäss Absatz 3 regelt der Regierungsrat das notwendige Angebot, dessen Erreichbarkeit und die Qualität der Leistungserbringung. Er kann damit z. B. das Qualitätsniveau für die einzelnen Leistungen definieren und die Leistungserbringer verpflichten, ihre Leistungen während einer bestimmten Anzahl Stunden pro Tag anzubieten. Die Erreichbarkeit umfasst dabei

auch die Möglichkeit, einen 24-Stunden-Notfalldienst vorzuschreiben. Anstatt eigene Regeln zu erlassen, kann der Regierungsrat auch die Richtlinien von Fachorganisationen (z. B. Spitex-Qualitätsmanual) für verbindlich erklären (Abs. 4). Diese Möglichkeit besteht bei den Gesundheitsberufen bereits heute (Art. 26 Abs. 2 GesG). Vor Erlass der entsprechenden Regelungen sind zudem die Gemeinden und die Verbände der Leistungserbringer miteinzubeziehen.

Artikel 11; Leistungsvereinbarung

Gemäss Absatz 1 beauftragt der Regierungsrat Dritte mit der Gewährleistung des Pflege- und Betreuungsangebots. Der Kanton betreibt demnach keine eigenen Einrichtungen, sondern erteilt im Umfang des Bedarfs gemäss Versorgungsplanung Leistungsvereinbarungen an ambulante, intermediäre und stationäre Leistungserbringer. Bewilligungspflichtige Einrichtungen, deren Angebot aber nicht zur Deckung des Pflege- und Betreuungsbedarfs erforderlich ist, haben keinen Anspruch auf eine Leistungsvereinbarung. Sie erhalten damit auch keine Abgeltung für die Versorgungspflicht (Art. 12 Abs. 2) und der Hilfe zu Hause (Art. 13), sondern können einzig eine Restfinanzierung gestützt auf das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) beanspruchen.

Absatz 2 hält den zwingenden Inhalt der Leistungsvereinbarungen fest. So ist u. a. zu regeln, welche Leistungen (s. Art. 10 Abs. 2) in welchem Umfang (Anzahl Stunden oder Plätze aber auch geografisches Einsatzgebiet) angeboten und wie diese Leistungen abgegolten werden (s. Art. 12 und 13). Im Sinne einer integrierten Versorgung sollen die Leistungsvereinbarungen auch Vorgaben zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern enthalten (Bst. d). Darunter fällt einerseits die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, andererseits aber auch die Zusammenarbeit mit Ärzten oder Therapeuten. So können z. B. medizinisch-therapeutische Behandlungen (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie oder Ernährungsberatung) einen wirksamen Beitrag zur Förderung der Selbstständigkeit der betroffenen Personen leisten und die Lebensqualität steigern.

Absatz 3 sieht analog zu Artikel 41a KVG eine Versorgungspflicht (Aufnahmepflicht) der Leistungserbringer vor. Innerhalb des vereinbarten Angebots können die beauftragten Leistungserbringer die Versorgung von einzelnen pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen im Grundsatz nicht verweigern.

In Absatz 4 ist schliesslich festgehalten, dass die zu vereinbarenden Tarife (s. Abs. 2 Bst. b) sich an den transparent ausgewiesenen Kosten einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung (sogenannte WZW-Kriterien) orientieren. Diese Regelung entspricht den Vorgaben im Krankenversicherungsgesetz (Art. 32 KVG). Solange ein Leistungserbringer seine Leistungen gemäss WZW-Kriterien erbringt, werden ihm diese demnach grundsätzlich auch abgegolten. Zur Herleitung entsprechender Tarife kann der Regierungsrat Vorgaben zur Rechnungslegung machen (s. Art. 22).

Artikel 12; Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Die Finanzierung der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind weiterhin im EG KVG geregelt (Abs. 1; s. auch Art. 22–24a EG KVG).

Da die Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung – anders als Einrichtungen ohne Leistungsvereinbarung oder freiberufliche Pflegefachpersonen – verpflichtet sind, alle pflege- und betreuungsbedürftigen Personen im Rahmen der Leistungsvereinbarung zu versorgen (Art. 11 Abs. 3), sollen sie die entsprechende Versorgungspflicht separat abgegolten erhalten. Die Regelung der Abgeltung der Versorgungspflicht obliegt dabei dem Regierungsrat. Denkbar sind z. B. generell höhere Restkosten für Leistungserbringer mit Versorgungspflicht (s. Art. 23 EG KVG) oder eine Vergütung in Bezug auf die zu versorgenden Einwohnerinnen und Einwohner und die Grösse des Versorgungsgebiets.

Artikel 13; Übrige Leistungen

Wie bisher sind die nichtpflegerischen Leistungen grundsätzlich durch die Leistungsbezügerrinnen und -bezügler zu finanzieren. Ausgenommen davon sind die Kosten für ambulant erbrachte Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Leistungen, die sogenannte Hilfe zu Hause. Bei diesen übernimmt die öffentliche Hand – bisher die Gemeinden, neu der Kanton – im Sinne einer Förderung des ambulanten Angebots weiterhin 50 Prozent der Kosten (Art. 10 Abs. 3 SpitexV). Um ein unkontrolliertes Mengenwachstum zulasten der öffentlichen Hand zu vermeiden, hat der Regierungsrat den Bezug der subventionierten Leistungen an eine Bedarfsabklärung zu knüpfen (z. B. eine ärztliche Anordnung) und den Umfang (Anzahl Stunden pro Woche oder Monat) zu begrenzen. So ist es im Sinne von Kosten-Nutzen-Überlegungen gerechtfertigt, dass Personen ab einem bestimmten Betreuungsumfang ein stationäres Angebot nutzen sollen und keinen Anspruch auf (subventionierte) Hilfe zu Hause mehr haben.

Artikel 14; Informations- und Beratungsstelle

Artikel 14 schafft die gesetzliche Grundlage, um die seit dem 1. Januar 2019 als Pilotprojekt betriebene Fachstelle Koordination Gesundheit bei Bedarf definitiv einzuführen. Im entsprechenden Beschluss des Landrates vom 27. Juni 2018 wurde festgehalten, dass der Landrat im Jahr 2022 auf Basis eines zu erstellenden Wirksamkeitsberichts über die definitive Einführung der Fachstelle entscheiden wird. In den Übergangsbestimmungen (Art. 28 Abs. 4) ist daher geregelt, dass der weitere Betrieb der Informations- und Beratungsstelle ab dem Jahr 2023 der Zustimmung des Landrates bedarf.

Der Zweck der Informations- und Beratungsstelle besteht darin, für Personen, die Pflege oder Betreuung benötigen, eine der individuellen Situation bestmöglich angepasste Lösung zu finden. Durch die Bedürfnisabklärung und Beratung sollen die Selbstständigkeit der betagten Personen so lange wie möglich gewahrt und unnötige Heimeintritte vermieden werden. Damit ist die Informations- und Beratungsstelle ein wichtiges Steuerungsinstrument. Konkret bietet sie der Bevölkerung und Leistungserbringern Informationen an, nimmt auf Wunsch hin eine Bedürfnisabklärung und Beratung vor und vermittelt geeignete Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Bedürfnisabklärung und Beratung ist dabei durch eine Pflegefachperson zu erbringen. Ein weiteres Angebot stellt das gesundheitsfokussierte Case Management in komplexen Pflegesituationen dar (Abs. 2).

Absatz 3 sieht vor, dass die Koordinationsstelle Massnahmen, die ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu Hause ermöglichen, subsidiär mit geringen finanziellen Beiträgen im Sinne einer unbürokratischen Soforthilfe ermöglichen kann. Diese Möglichkeit orientiert sich an den im Herbst 2018 in der Stadt Luzern eingeführten «Gutscheinen für selbstbestimmtes Wohnen im Alter». Dabei unterstützt die Stadt Luzern im Rahmen eines Pilotprojekts subsidiär zu bestehenden Leistungen (u. a. individuelle Finanzhilfen der Pro Senectute, Beiträge von Stiftungen) nach dem Grundsatz «quick and clean» Leistungen aller Art, die ein Verbleiben zu Hause fördern. Im Vordergrund steht nicht eine bestimmte Massnahme, sondern das Erreichen des Wirkungsziels eines selbstbestimmten Verbleibs zu Hause. Solche Leistungen können z. B. die Anschaffung eines Pflegebetts oder eine temporäre Entlastung sein. Das Projekt stützt sich auf die Erfahrung, dass kleine Beiträge oftmals viel bewirken können. Der Regierungsrat wird in den Ausführungsbestimmungen festlegen, welche Personen entsprechende Leistungen beziehen dürfen (Definition der wirtschaftlichen Situation) und wie hoch die Beiträge maximal sein sollen. Angedacht ist ein Maximalbetrag pro Massnahme von rund 5000 Franken. Da es sich bei der Unterstützung um eine Kann-Formulierung handelt, sind die Beiträge in jedem Fall auf das vom Landrat bewilligte Budget beschränkt.

Ferner sind die Angebote im Sinne des angestrebten niederschweligen Zugangs kostenlos (Abs. 4). Damit die Stelle ihre Aufgabe wirksam wahrnehmen kann, sind die Leistungserbringer und Gemeinden verpflichtet, ihr Informationen zur Verfügung zu stellen (Abs. 5). Dies können im Fall der Gemeinden z. B. die Adressdaten von Personen in einem gewissen Alter sein, um so gezielt Personengruppen anzusprechen oder im Fall der Einrichtungen Informationen zu Personen, die sich an die Informations- und Beratungsstelle gewandt haben. Da

sich die Informations- und Beratungsstelle insbesondere im Rahmen der Vermittlung von geeigneten Angeboten und des Case Managements (Abs. 2 Bst. c und d) mit Leistungserbringern und ggf. weiteren Organisationen austauschen muss, wird in Absatz 6 zudem festgehalten, dass sie die erforderlichen Personendaten mit diesen austauschen darf, sofern dies zur Erfüllung ihrer Aufgabe notwendig ist. Schliesslich muss die Informations- und Beratungsstelle organisatorisch unabhängig von den Leistungserbringern geführt werden, um mögliche Interessenkollisionen zu vermeiden (Abs. 7).

Artikel 15; Aus- und Weiterbildungsverpflichtung

Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass genügend Aus- bzw. Weiterbildungsstellen für die verschiedenen Pflegeberufe vorhanden sind, um dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken. Unter dem Begriff der Aus- und Weiterbildung von Pflegeberufen werden dabei die Aus- bzw. Weiterbildungen mit einem eidgenössisch anerkannten Abschluss als Pflegefachfrau/-mann (HF), Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe), Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) und Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS) verstanden.

In erster Linie sind die Einrichtungen selbst angehalten, die notwendigen Aus- bzw. Weiterbildungsplätze anzubieten (Abs. 1). Mit dem neuen Gesetz wird aber auch eine Grundlage geschaffen, um die Leistungserbringer ggf. zu verpflichten, eine bestimmte Anzahl Aus- bzw. Weiterbildungsstellen anzubieten (Abs. 2). Dies nicht zuletzt deshalb, weil bei zunehmendem Kostendruck diejenigen Institutionen, welche über viele Aus- bzw. Weiterbildungsstellen verfügen, benachteiligt werden könnten. Zudem sollen die Einrichtungen, die zu wenig Stellen anbieten, zu Kompensationszahlungen verpflichtet werden können, wobei die entsprechenden Erträge zweckgebunden für die Aus- und Weiterbildung zu verwenden sind (sogenanntes Bonus-Malus-System). Entsprechende Aus- und Weiterbildungsverpflichtungen sowie Kompensationszahlungen kennt bereits eine Vielzahl von Kantonen. Falls der Regierungsrat eine verbindliche Anzahl Aus- bzw. Weiterbildungsplätze festlegt, können mehrere Betriebe diese auch zusammen bereitstellen, in dem z. B. ein Betrieb für einen anderen die Aus- bzw. Weiterbildung gegen eine bilateral vereinbarte Entschädigung übernimmt (Abs. 3). In diesem Fall wären die betroffenen Betriebe bei der Berechnung von Kompensationszahlungen gemeinsam zu betrachten.

Da die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung auch für Spitäler gelten soll, wird eine gleichlautende Bestimmung zudem im Gesundheitsgesetz (Art. 23a) eingefügt.

Artikel 16; Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Artikel 16 enthält über die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung gemäss Artikel 15 hinaus die allgemeine Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Berufen im Gesundheits- und Sozialbereich. Der Wortlaut entspricht der Förderung von Berufen der medizinischen Grundversorgung im Gesundheitsgesetz (Art. 22c GesG). Als Berufe im Gesundheits- und Sozialbereich gelten z. B. Berufsausbildungen wie der durch das Schweizerische Rote Kreuz angebotene Lehrgang Pflegehelfer/-in SRK. Als Weiterbildungen zählen nicht Kurse, welche im Rahmen der beruflichen Weiterentwicklung ohnehin empfohlen werden, sondern solche mit eidgenössisch anerkanntem Abschluss. Ein Beispiel dafür ist der Beruf «Fachfrau/-mann Langzeitpflege FA». Der Kanton kann finanzielle Unterstützung für Bestrebungen in diesem Bereich gewähren.

Artikel 17; Beiträge an Organisationen

Der Kanton und die Gemeinden sollen wie bisher gemeinnützigen Organisationen Beiträge zur Förderung der Altershilfe und von gesundheitlich beeinträchtigten Personen gewähren können. Als Hilfe gelten unterstützende, stärkende und fördernde Massnahmen, die primär ältere Menschen dazu befähigen, so lange als möglich ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu Hause zu führen. Entsprechende Massnahmen werden heute z. B. von der Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz Glarus oder dem Verein Rollstuhl-Taxi angeboten.

Artikel 18; Pflege und Betreuung durch Bezugspersonen

Absatz 1 regelt die Anstellung von Bezugspersonen durch Einrichtungen. Die Bestimmung entspricht dem heutigen Artikel 7 der Spitexverordnung. Damit wird ermöglicht, dass namentlich die Spitexorganisationen Bezugspersonen anstellen können, sodass diese ihre Pflegeleistungen gegenüber den Krankenversicherungen abrechnen können und damit eine Entschädigung für ihre Arbeit erhalten. Sofern die Bezugspersonen nicht über eine hohe pflegerische Praxiskompetenz verfügen, müssen sie gemäss den Administrativverträgen zwischen den Spitex-Organisationen und den Krankenversicherungen zumindest über einen Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes verfügen, damit die Leistungserbringer sie anstellen können (Abs. 1 Bst. a). Um dies zu ermöglichen, richtet der Kanton Beiträge an entsprechende Kurse in der Grundpflege und Betreuung für Bezugspersonen aus (Abs. 2). Damit soll ein Beitrag zur Steigerung der fachlichen Kompetenz der Bezugspersonen gewährleistet werden.

Zusätzlich zu den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung können pflegebedürftige Personen – unabhängig von der Grunderkrankung – heute gemäss Bundesrecht Hilfenentschädigung und Ergänzungsleistungen sowie im Falle einer Hilfenentschädigung der Invalidenversicherung einen Assistenzbeitrag beantragen. Bei minderjährigen behinderten Personen stehen zudem der Intensivpflegezuschlag und die Leistungen der Kinder-Spitex zur Verfügung. Damit können pflegebedürftige Personen betreuende Angehörige teilweise finanziell entschädigen oder betreuende Angehörige können zeitlich entlastet werden, weil sie private Fremdbetreuung bezahlen können. Diese Leistungen sind im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, im Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geregelt.⁵⁰

In Ergänzung zu diesen Leistungen soll dem Kanton mit Absatz 3 ermöglicht werden, unter bestimmten Bedingungen einen Beitrag an pflegende und betreuende Bezugspersonen auszurichten. Entsprechende Modelle kennen z. B. die Kantone Basel-Stadt, Tessin, Waadt, Wallis und Fribourg. Sie wollen damit primär Heimeinweisungen vermeiden und einen Anreiz für eine häusliche Pflege setzen. Daneben sind aber auch die Anerkennung der Arbeit der Angehörigen und deren Lebensqualität, die Kompensation von Lohnausfällen und Betreuungskosten sowie die Reduktion von Spitex-Leistungen Gründe für die Ausrichtung von solchen finanziellen Beiträgen. Die Anspruchsberechtigung wird in den erwähnten Kantonen restriktiv gehandhabt. Neben Bedingungen zum Wohnsitz der pflege- bzw. betreuungsbedürftigen Person und deren Bezugsperson gibt es oft auch Vorgaben zur aufzuwendenden Zeit, eine Mindestanzahl an Aktivitäten, welche die Betreuung und Pflege umfassen soll oder dass damit nachweislich ein Heimeintritt vermieden werden kann. Teilweise gibt es zudem Einkommens- und Vermögensgrenzen. Die Beiträge der öffentlichen Hand bewegen sich in den erwähnten Kantonen zwischen 6000 und 11'000 Franken pro Person und Jahr, wobei in allen Kantonen weniger als 1 Prozent der Bevölkerung eine Unterstützung erhielt.⁵¹

Die Voraussetzungen für die Beiträge gemäss Absatz 2 und 3 wie auch deren Höhe wird der Regierungsrat in den Ausführungsbestimmungen im Detail regeln (Abs. 4).

Artikel 19; Freiwilligenarbeit

Der Kanton und die Gemeinden sollen sich im Rahmen des Gesetzeszweckes für die Anerkennung und Förderung der Freiwilligenarbeit einsetzen. Sie können dabei entsprechende Projekte auch unterstützen. Zu denken ist dabei insbesondere an Beiträge für administrative Kosten, Vermittlungsdienste oder die Bereitstellung von Infrastruktur und Materialien. Die

⁵⁰ Bundesrat. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz*. Bern.

⁵¹ Bischofberger, I., Jähne, A., Rudin, M. und Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandesaufnahmen*. Zürich/Bern: Careum Forschung und Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.

Freiwilligenarbeit selbst soll grundsätzlich weiterhin weitestgehend ohne Entschädigung erbracht werden, zumal bekannt ist, dass durch eine Entlohnung derselben die intrinsische Motivation oftmals verdrängt wird.

Artikel 20; Förderung von innovativen Vorhaben

Artikel 20 orientiert sich am neuen Artikel 22d Gesundheitsgesetz und will innovative Vorhaben in der Pflege- und Betreuungsversorgung fördern. Mit der Förderung von neuen oder innovativen Vorhaben in der Pflege- und Betreuungsversorgung wird die Möglichkeit geschaffen, entsprechende Vorhaben mit Beiträgen zu unterstützen. Denkbar wären z. B. Beiträge an neue Betreuungsmodelle oder auch an ein Hospiz-Angebot im Kanton. Analog zu den Bestimmungen im Gesundheitsgesetz sind dabei jeweils auch Bedingungen und Kriterien zu vereinbaren.

Artikel 21; Leistungsvereinbarung

Bei namhaften Förderbeiträgen im Sinne dieses Kapitels haben der Kanton und die Gemeinden eine Leistungsvereinbarung mit den entsprechenden Organisationen abzuschliessen (Abs. 1). Als namhafte Beiträge des Kantons gelten dabei mindestens alle Beiträge ab 25'000 Franken, wobei bei einer mehrjährigen Vereinbarung der Gesamtwert massgebend ist.

Die Leistungsvereinbarung soll insbesondere die Art, den Umfang, die Abgeltung und Qualität der zu erbringenden Leistungen sowie den Ablauf regeln. Sie kann Bedingungen und Auflagen enthalten (Abs. 2).

Gemäss Absatz 3 ist beim Kanton der Regierungsrat und bei den Gemeinden der Gemeinderat für die Gewährung von Beiträgen zuständig. Diese Delegation der verfassungsmässigen Ausgabenkompetenzen entspricht der Regelung im Rahmen der Förderung der medizinischen Grundversorgung (Art. 22g Abs. 4 GesG). So können die entsprechenden Entscheide zeitnah gefällt werden.

Artikel 22; Rechnungslegung

Absatz 1 verpflichtet die Leistungserbringer mit Leistungsauftrag, eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen, wobei sie die angebotenen Leistungen (s. Art. 10 Abs. 2) je separat ausweisen müssen. Für die Rechnungslegung (Kostenrechnung) der Pflegeheime gelten dabei zunächst die Vorschriften gemäss der Verordnung des Bundes über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). Der Regierungsrat kann darüber hinaus Vorschriften erlassen und Verbandsrichtlinien für verbindlich erklären. Gleiches gilt für die ambulanten und intermediären Leistungserbringer (Abs. 2).

Artikel 23; Datenerhebung und -bearbeitung

Absatz 1 ermächtigt den Regierungsrat bzw. das Departement dazu, bei den bewilligungspflichtigen Einrichtungen, den Pflegefachpersonen und den Gemeinden die für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten und Unterlagen einzusehen, zu erheben und zu bearbeiten. Die Einsicht in Daten und Unterlagen ist für eine wirksame gesundheitspolizeiliche Aufsicht und die Versorgungsplanung erforderlich. In Bezug auf die betriebsbezogenen Daten sind grundsätzlich keine neuen Erhebungen geplant, sondern es sollen die vorhandenen Daten aus der Spitex- bzw. SOMED-Statistik verwendet werden.

Absatz 2 hält fest, dass die Daten durch die Leistungserbringer kostenlos bereitzustellen sind.

Schliesslich dürfen die entsprechenden Daten auch veröffentlicht werden (Abs. 3), namentlich personenbezogene Daten aber nur in anonymisierter Form. Hingegen können betriebsbezogene Daten auch unter Nennung des Betriebes publiziert werden. Diese Veröffentlichung der Leistungsdaten einzelner Betriebe ist notwendig, um die Versorgungsplanung bedarfsgerecht und wohnortsnah durchführen zu können.

Artikel 24; Haftung

Artikel 23 entspricht der heutigen Regelung in Artikel 19 Absatz 3 GesG i. V. m. Artikel 17 SpitexV bzw. Artikel 39d Sozialhilfegesetz.

Artikel 25; Strafbestimmungen

Die Strafbestimmungen entsprechen denjenigen im Gesundheitsgesetz (Art. 61 GesG). Zusätzlich wird einzig die Erwirkung von Beiträgen aufgrund unwahrer Angaben ebenfalls unter Strafe gestellt (Abs. 1 Bst. d). Absatz 2 regelt die subsidiäre Verantwortlichkeit des Betriebs in Fällen, in denen Verfehlungen eines Betriebs keiner natürlichen Person innerhalb des Betriebs zugerechnet werden können. Eine solche Zurechnung dürfte vor allem in Fällen schwierig sein, in denen ein bewilligungspflichtiger Betrieb ohne Bewilligung tätig ist (Abs. 1 Bst. a). In diesem Fall müsste also der Betrieb selbst gebüsst werden.

Im Bereich des Übertretungsstrafrechts sind der Versuch und die Gehilfenschaft nur strafbar, wenn das Gesetz dies ausdrücklich vorsieht (Art. 105 StGB i. V. m. Art. 1 EG StGB). Absatz 3 erklärt den Versuch sowie die Gehilfenschaft somit ausdrücklich für strafbar.

Artikel 26; Gebühren

Artikel 26 schafft die Grundlage, damit weiterhin für die Bewilligung und Aufsicht über Einrichtungen, die Pflegeleistungen erbringen, Gebühren erhoben werden können. Grundsätzlich kostenlos sind ordentliche Kontrollen.

Artikel 27; Rechtsschutz

Der Rechtsschutz richtet sich wie üblich nach dem Verwaltungsrechtspflegegesetz (Abs. 1). Soweit das Gesetz Beiträge in Form einer Kann-Bestimmung vorsieht, besteht analog zu Artikel 63 Absatz 5 GesG kein Anspruch auf diese. Dies gilt namentlich für Beiträge gemäss den Artikeln 16–20.

Artikel 28; Übergangsbestimmungen

Die Übergangsbestimmung in Absatz 1 hält fest, dass Einrichtungen gemäss Artikel 5 Absatz 1 des Gesetzes, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über eine Bewilligung nach dem Gesundheits- oder Sozialhilfegesetz verfügen, ihre Bewilligung während fünf Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes behalten. Spätestens danach ist ein Gesuch gemäss Artikel 5–8 dieses Gesetzes einzureichen.

Einrichtungen, die Pflegeleistungen anbieten, bisher aber nicht bewilligungspflichtig waren (z. B. weil sie weniger als fünf Personen betreuten), haben innert sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes ein Gesuch um eine Betriebsbewilligung einzureichen (Abs. 2).

Der Regierungsrat hat innert maximal zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes eine kantonale Versorgungsplanung zu erlassen und gestützt darauf Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern abzuschliessen. Bis zum Abschluss von neuen Leistungsvereinbarungen übernimmt der Kanton die Rechte und Pflichten der Gemeinden in den bisherigen Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern (Abs. 3).

Schliesslich ist der weitere Betrieb der Informations- und Beratungsstelle ab 2023 vom Wirksamkeitsbericht und der Zustimmung des Landrates abhängig (Abs. 4).

8.3. Steuergesetz

Artikel 260c; Übergangsbestimmung zur Änderung vom

Mit Inkrafttreten des PBG übernimmt der Kanton von den Gemeinden die Finanzierung der Pflegerestkosten und der ungedeckten Heimkosten im Umfang von rund 8 Millionen Franken (s. Ziff. 10.1). Um zu gewährleisten, dass die entsprechende Verschiebung der Finanzierung zu keiner Mehrbelastung der Stimmberechtigten führt, wird der Steuerfuss des Kantons und der politischen Gemeinden für das Jahr 2022 auf dem Vorjahresniveau (ohne Bausteuer) fixiert. Ausgehend von der heutigen Situation würde sich somit für die Gemeinden Glarus Süd

und Glarus ein Niveau von 116 Prozent und für Glarus Nord von 118 Prozent ergeben (Summe des heutigen Kantonssteuerfusses von 53 Prozent und des heutigen Gemeindesteuerfusses von 63 Prozent in Glarus Süd und Glarus bzw. 65 Prozent in Glarus Nord).

Wenn die Landsgemeinde 2021 den Kantonssteuerfuss für das Jahr 2022 erhöht, sind die Gemeinden in der Folge gezwungen, ihren Steuerfuss entsprechend zu senken. Dieses Vorgehen mit einer Fixierung der Gesamtsteuerbelastung sowie einer Neuverteilung der Steuerprozente unter den beiden Staatswesen Kanton und Gemeinden wurde bereits in der Vergangenheit erfolgreich angewendet (s. Art. 260 Abs. 1 Steuergesetz).

8.4. Gesetz über das Gesundheitswesen

Artikel 5; Aufgaben Gemeinden

Da der Kanton neu für die gesamte Langzeitpflege zuständig ist, können die Buchstaben b und c aufgehoben werden. Die Gemeinden sind damit im Gesundheitswesen einzig noch für das Bestattungswesen zuständig.

Artikel 19; Ambulante Langzeitpflege

Da die (ambulante) Langzeitpflege neu umfassend im PBG geregelt wird, sind Artikel 19 Gesundheitsgesetz sowie die darauf abstützende Verordnung über die ambulante Langzeit- und Gesundheitspflege (Spitexverordnung, SpitexV) aufzuheben (s. Ziff. 9).

Artikel 23; Betriebsbewilligung

Es wird präzisiert, dass sich die Bewilligung und Aufsicht über Heime (Bst. b) und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Bst. c) nach dem PBG richtet.

Artikel 23a; Aus- und Weiterbildungsverpflichtung

Artikel 23a GesG entspricht inhaltlich Artikel 15 PBG und verpflichtet vor allem Spitäler analog zu den Leistungserbringern in der Langzeitpflege, eine angemessene Anzahl an Aus- und Weiterbildungsplätzen für Pflegeberufe anzubieten.

Artikel 40; Geltungsbereich

Es wird klargestellt, dass die im Gesundheitsgesetz verankerten Patientenrechte und -pflichten auch in Einrichtungen gemäss dem PBG gelten.

Artikel 61; Busse

Absatz 2 der Strafbestimmungen wird an die Formulierung im PBG angepasst und daher leicht präzisiert.

8.5. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

Artikel 2; Begrenzung der Heimtaxen

In Absatz 2 wird der Wortlaut an diejenigen gemäss Artikel 11 Absatz 4 PBG angepasst. Damit soll klargestellt werden, dass sich die Tarife wie auch die Ergänzungsleistungsbeiträge an den transparent ausgewiesenen Kosten einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung und damit an der gleichen Grundlage orientieren.

Mit Absatz 3 wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, damit die Sozialversicherungen Glarus die verfügbaren Tagestaxen direkt an die Leistungserbringer (Pflegeheime) ausrichten können. Dies soll insbesondere verhindern, dass die entsprechenden Beiträge zweckentfremdet werden und letztlich ungedeckte Heimkosten für die öffentliche Hand entstehen.

Eine solche direkte Auszahlung der Tagestaxe an die Leistungserbringer ist nach bisherigem Recht gestützt auf Artikel 20 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialver-

sicherungsrechts nicht möglich. Im Rahmen der am 22. März 2019 von der Bundesversammlung beschlossenen Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EL-Reform) wurde aber mit dem neuen Artikel 21a Absatz 3 im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung eine entsprechende Möglichkeit geschaffen, die genutzt werden soll. Die entsprechende Änderung des Bundesrechts wird auf das Jahr 2021 hin in Kraft treten.

Artikel 2a; Taxe für intermediäre Strukturen

Auch die Betreuung (inkl. Unterkunft und Verpflegung) in intermediären Strukturen (Pflegehäusern, betreutes Wohnen, Tages- und Nachtstätten) soll bei den Ergänzungsleistungen geltend gemacht werden können. Der Regierungsrat soll dabei analog zu den Heimen die maximal anrechenbaren Tagestaxen festlegen. Wie bei den Heimen sollen sich die Taxen an den Kosten orientieren, die in einer dem üblichen Standard entsprechenden, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich geführten Einrichtung anfallen.

Artikel 4a; Mietzinshöchstbeträge

Die Nebenänderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird genutzt, um eine geringfügige Anpassung aufgrund der Reform der Ergänzungsleistungen, welche anfangs 2021 in Kraft treten soll, vorzunehmen. Diese Reform bringt u. a. eine Anhebung der Mietzinsmaxima. Zudem sieht Artikel 10 Absatz 1^{quinquies} EG ELG vor, dass die Kantone beantragen können, die Höchstbeträge in einer Gemeinde um bis zu 10 Prozent zu senken oder zu erhöhen. Aufgrund der bestehenden Regelung im Einführungsgesetz und mit Blick darauf, dass der Bundesrat selber alle zehn Jahre eine Überprüfung vornimmt und darüber hinaus auch eine Mietpreisindexierung legiferiert wurde (vgl. Art. 10 Abs. 1^{sexies} ELG) ist dieses Antragsrecht dem Regierungsrat zuzuweisen.

8.6. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Artikel 16; Sonderfälle

Die Nebenänderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird genutzt, um die Bestimmung zur Verbilligung der Prämien von Kindern von Familien mit unterem und mittlerem Einkommen formell dem geänderten Bundesrecht anzupassen. Ab 2021 müssen die Kantone die Prämien der Kinder nicht mehr um mindestens 50 Prozent, sondern neu um mindestens 80 Prozent verbilligen. Bei den jungen Erwachsenen in Ausbildung bleiben die Prämienverbilligungen dagegen unverändert bei 50 Prozent (Art. 65 Abs. 1bis KVG i. V. m. der entsprechenden Übergangsbestimmung). Der Kanton übernimmt damit wie bisher den nationalen Mindeststandard, wobei die Definition der unteren und mittleren Einkommen (im Rahmen der Rechtsprechung des Bundesgerichtes) wie bisher in der Kompetenz des Landrates verbleibt.

Artikel 22; Kostenbeteiligung der versicherten Person

Neu ist der Kanton für die Pflegefinanzierung zuständig. Im Sinne einer einheitlichen und klaren Handhabung soll dabei die Kostenbeteiligung der versicherten Person grundsätzlich dem bundesrechtlichen Maximum entsprechen. Eine Ausnahme soll neu für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre gelten. Bei diesen wird auf die Erhebung einer Kostenbeteiligung künftig verzichtet.

Artikel 23; Restfinanzierung

Der Kanton übernimmt neu anstelle der Gemeinden die sogenannte Restfinanzierung, d. h. die vom Versicherer und der versicherten Person nicht gedeckten Pflegekosten (Abs. 1). Als Folge davon bzw. der bereits bestehenden Zuständigkeit für Einrichtungen für Menschen mit Behinderung können die Absätze 2 und 3 aufgehoben werden.

Es ist heute allgemein akzeptiert, dass die verwendeten Pflegebedarfsermittlungssysteme den erhöhten Zeitaufwand und die höheren fachlichen Anforderungen an das Personal im Bereich der spezialisierten Pflegeleistungen wie Palliative Care oder Demenzzpflege nur ungenügend abbilden. So werden z. B. in Palliativsituationen im Durchschnitt rund 90 Minuten mehr Pflegezeit geleistet als durch die sich aus den Bedarfsabklärungsinstrumenten RAI/BESA ergebende Pflegestufe abgebildet und finanziert ist.⁵² Die Kantone haben daher den Bund im November 2018 aufgefordert seiner Pflicht zur Regelung der Bedarfsermittlung nachzukommen und sicherzustellen, dass grundsätzlich alle Pflegesituationen im Pflegeheim – einschliesslich Palliative-Care- bzw. End-of-Life-Situationen – korrekt abgeklärt und eingestuft werden. Um zu vermeiden, dass Einrichtungen, welche spezialisierte Pflegeleistungen anbieten, eine ungenügende Restfinanzierung erhalten, sollen sie dafür aber einstweilen entsprechende Zuschläge erhalten können (Abs. 1a). Solche Regelungen kennen z. B. auch die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Thurgau und Aargau, wobei entweder der Tarife pro Pflegestufe direkt erhöht oder ein Pauschalzuschlag gewährleistet wird.

Artikel 24; Kostenanteil Kanton, Leistungserbringer

Die Akut- und Übergangspflege soll neu anstatt für maximal zwei bis zu acht Wochen verordnet werden können. In den ersten zwei Wochen würden die Versicherer gemäss KVG 45 Prozent der Leistungen finanzieren. In den restlichen sechs Wochen müsste der Kanton die Pflegeleistungen jedoch vollständig selber finanzieren (Abs. 1a).

Zusätzlich übernimmt der Kanton bei Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege während maximal acht Wochen 50 Prozent der Kosten für die Betreuung und Unterkunft (Abs. 1b). Damit werden Leistungsbezüger während acht Wochen sowohl bei Pflege- als auch bei Pensions- und Betreuungsleistungen finanziell unterstützt, sodass ein Anreiz besteht, diese vermehrt zu beziehen bzw. ärztlich zu verordnen. Ziel der Akut- und Übergangspflege und damit auch des Kantonsbeitrags ist es dabei, Langzeitaufenthalte wenn immer möglich zu vermeiden. Keine Kostenbeteiligung bei stationärer Akut- und Übergangspflege ist hingegen in Bezug auf die Verpflegungskosten vorgesehen. Diese sind durch den Leistungsbezüger vollständig selber zu bezahlen.

Artikel 24a; Rechnungslegung

Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018 (9C_44612017) müssen die Kantone (oder ihre Gemeinden) im Grundsatz für sämtliche ungedeckte Pflegerestkosten vollständig aufkommen. Dafür sind die Pflegekosten gesetzeskonform zu ermitteln und transparent auszuweisen. Die Leistungserbringer sind daher angehalten, eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen (Abs. 1), wobei der Regierungsrat Vorschriften zur einheitlichen Rechnungslegung erlassen und Verbandsrichtlinien für verbindlich erklären kann (Abs. 2). Diese Regelung entspricht Artikel 22 PBG, gilt aber auch für Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag und für freiberufliche Pflegefachpersonen.

Im Sinne einer Auffangbestimmung wird in Absatz 3 festgehalten, wie mit Leistungserbringern, welche die Anforderungen an die Rechnungslegung nicht oder nur ungenügend nachkommen können oder wollen, umgegangen wird. In diesen Fällen ist nämlich davon auszugehen, dass die gelten gemachten Restkosten nicht zwangsläufig nur gesetzeskonform ermittelte und transparent ausgewiesene Pflegekosten enthalten. In diesen Fällen kann der Regierungsrat Normkosten auf Basis der Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung festlegen. Die Normkosten können sich z. B. auf die anerkannten Kosten anderer vergleichbarer Leistungserbringer stützen oder – falls solche nicht oder nur beschränkt verfügbar sind – auch einen Intransparenzabzug auf den eingereichten Kostendaten vornehmen.

⁵² Bartelt, G., Anliker, M., Stübi, B., Schori, E., Rudin, M. und Bächinger, T. (2018). *Palliative Care / End of Life in der stationären Langzeitpflege Ermittlung des Zusatzaufwandes. Auswertungsbericht*. Q-Sys AG und BESA Care AG, S. 10.

Artikel 25; Aufnahmekriterien

Die Pflegeheimplanung ist neu Bestandteil der Versorgungsplanung gemäss Artikel 9 PBG, wobei die Berichterstattung an den Landrat gestützt auf Artikel 9 Absatz 2 PBG erfolgt. Artikel 25 Absatz 3 EG KVG ist daher auf die Berichterstattung über die Spitalplanung zu beschränken.

Mit der Änderung von Artikel 25 Absatz 3 EG KVG wird zudem klargestellt, dass die Berichterstattung an den Landrat wie ursprünglich angedacht (s. Art. 33e Abs. 3 aEG KVG) nur die eigentliche Planung, nicht jedoch – wie der aktuelle Wortlaut von Absatz 3 nahelegt – auch den Erlass und die Änderung der gestützt auf die Planungen zu erlassenden Spital- bzw. Pflegeheimlisten umfasst. Die Planungen haben einen mittel- bis langfristigen Planungshorizont, während die Listen öfters an veränderte Gegebenheiten angepasst werden müssen. Eine Berichterstattung zu Änderungen der Spital- und Pflegeheimlisten an den Landrat ist daher nicht sinnvoll.

8.7. Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe

Artikel 6a; Kostentragung bei stationärer Betreuung in Alters- und Pflegeheimen

Allfällige ungedeckte Kosten übernimmt neu der Kanton und nicht mehr die Wohngemeinde.

Artikel 38; Aufgaben der Gemeinden

Da die Pflege und Betreuung neu im PBG umfassend geregelt wird, sind die entsprechenden Bestimmungen im Sozialhilfegesetz aufzuheben.

Artikel 39; Aufgaben des Kantons; Kantonsbeiträge an Behinderteneinrichtungen

Die Aufgaben des Kantons im Bereich Pflege und Betreuung sind im PBG geregelt. Absatz 1 ist entsprechend anzupassen.

Artikel 39d; Haftung

Die Haftung von beauftragten Organisationen der Betagtenhilfe ist neu im PBG geregelt. Absatz 1 ist entsprechend anzupassen.

Artikel 43; Grundsatz

Der Verweis auf die Alters- und Pflegeheime wird gestrichen, da sich die Aufsicht und Bewilligung neu gänzlich nach dem PBG richtet.

Artikel 51a; Tarifgenehmigung

Die Genehmigung der Tarife innerkantonaler Alters- und Pflegeheime richtet sich neu nach dem PBG. Der Artikel kann aufgehoben werden.

8.8. Inkrafttreten

Das PBG soll per 1. Januar 2022 in Kraft treten. Es handelt sich um eine grössere Reform, die entsprechend Zeit für eine sorgfältige Umsetzung braucht. Damit verbleibt genügend Zeit, um nach der Entscheidung der Landsgemeinde 2020 die Ausführungsbestimmungen (Pflegeverordnung) zu erlassen, die Zuständigkeiten zwischen den kantonalen Departementen und den Gemeinden zu bereinigen und nach Möglichkeit schon die kantonale Versorgungsplanung durchzuführen.

Bereits per 1. Januar 2021 sollen hingegen die Änderungen von Artikel 4a des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und von Artikel 16 des EG KVG in Kraft treten, da das entsprechend geänderte Bundesrecht ebenfalls auf diesen Zeitpunkt hin in Kraft tritt.

9. Verordnung über die ambulante Langzeit- und Gesundheitspflege

Das PBG und die dazu geplante regierungsrätliche Verordnung regeln die Langzeitpflege umfassend, weshalb die Spitexverordnung aufzuheben ist. Mit der Aufhebung von Artikel 19 GesG fehlt darüber hinaus die entsprechende gesetzliche Grundlage für die Verordnung. In Bezug auf die Hebammenleistungen, die heute gestützt auf Artikel 14 Absatz 2 und 15 Absatz 3 SpitexV entschädigt werden, sind diese als Kantonsbeitrag gestützt auf Artikel 21 GesG weiterzuführen.

Die Aufhebung der Verordnung erfolgt auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des PBG per 1. Januar 2022.

10. Finanzielle Auswirkungen

10.1. Pflegerestkosten

Mit der kantonalen Versorgungsplanung der Langzeitpflege übernimmt der Kanton bisher von der Gemeinde bezahlte Beiträge an die Pflegerestkosten, ungedeckte Heimkosten und weitere Beiträge wie gemeinwirtschaftliche Leistungen oder Defizitübernahmen der Spitex zwischen 7,8 und 8,8 Millionen Franken pro Jahr (s. Tabelle 6). Nicht berücksichtigt sind dabei die Verwaltungsaufwände der Gemeinden im Bereich Langzeitpflege, die zwischen 25'000 und 70'000 Franken pro Jahr liegen (s. Ziff. 10.6).

Tabelle 6. Kosten der Gemeinden für die Langzeitpflege 2016–2018⁵³

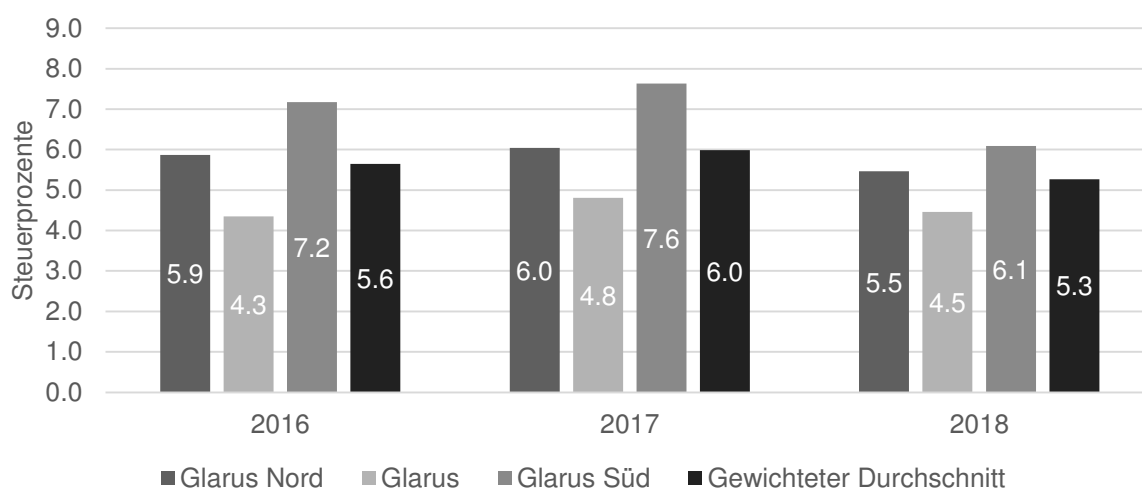
<i>Gemeinde</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
Beiträge an Spitex (Pflegerestkosten, Defizite usw.)	986'656	912'108	1'070'753
Beiträge an Alters- und Pflegeheime (Pflegerestkosten)	2'413'392	2'619'461	2'136'973
Ungedeckte Heimkosten	163'410	310'228	322'482
Total Glarus Nord	3'563'458	3'841'798	3'530'208
Beiträge an Spitex (Pflegerestkosten, Defizite usw.)	253'150	345'000	427'233
Beiträge an Alters- und Pflegeheime (Pflegerestkosten)	1'745'235	1'896'750	1'728'903
Ungedeckte Heimkosten	126'305	143'403	65'993
Total Glarus	2'124'690	2'385'152	2'222'129
Beiträge an Spitex (Pflegerestkosten, Defizite usw.)	507'134	440'019	410'989
Beiträge an Alters- und Pflegeheime (Pflegerestkosten)	1'791'007	2'083'755	1'646'636
Ungedeckte Heimkosten	25'145	19'969	36'457
Total Glarus Süd	2'323'286	2'543'744	2'094'082
Beiträge an Spitex (Pflegerestkosten, Defizite usw.)	1'746'941	1'697'128	1'908'975
Beiträge an Alters- und Pflegeheime (Pflegerestkosten)	5'949'633	6'599'966	5'512'512
Ungedeckte Heimkosten	314'861	473'600	424'933
Total alle Gemeinden	8'011'435	8'770'693	7'846'419

Die 7,8–8,8 Millionen Franken entsprechen rund 5–6 Prozent der einfachen Steuer (s. Abbildung 16). Die Kantonssteuern sind daher in diesem Umfang zu erhöhen bzw. die Gemeinde-

⁵³ Fachstelle für Gemeindefragen.

steuern zu senken. Diese Verschiebung soll mittels einer Begrenzung der Gesamtsteuerbelastung für das Jahr 2022 auf dem Niveau des Vorjahres und einer Erhöhung des Kantonssteuerfusses an der Landsgemeinde 2021 erfolgen. Den Gemeindeversammlungen wäre dann im Herbst 2021 entsprechend zwingend eine Senkung des Gemeindesteuerfusses zu unterbreiten. Die konkrete Erhöhung des Kantonssteuerfusses um entweder 5 oder 6 Prozent wird vom Landrat in Zusammenhang mit dem Budget 2021 mit Integriertem Aufgaben- und Finanzplan 2022–2025 zuhanden der Landsgemeinde 2021 zu beantragen sein.

Abbildung 16. Aufwand Langzeitpflege in Steuerprozenten



Aufgrund der demografischen Entwicklung und des Mangels an Fachpersonal ist ferner davon auszugehen, dass die entsprechenden Kosten in den nächsten Jahren weiter ansteigen werden. Diese Kostenentwicklung hängt jedoch nicht vom PBG ab.

10.2. Informations- und Beratungsstelle

Mit Beschluss § 19 vom 27. Juni 2018 genehmigte der Landrat einen Verpflichtungskredit von 900'000 Franken für den Aufbau und Betrieb der Koordinationsstelle Gesundheit während vier Jahren. Stimmt der Landrat dem weiteren Betrieb der Informations- und Beratungsstelle ab 2023 zu, wäre entsprechend mit jährlich wiederkehrenden Kosten von rund 200'000 Franken zu rechnen.

Neu kommen zudem Kosten für die subsidiären Soforthilfemassnahmen (Art. 14 Abs. 3) hinzu. Bei einer Orientierung an der Stadt Luzern, die 150'000 Franken für 82'000 Einwohner bereitstellt, dürfte das entsprechend zu beantragende Budget rund 75'000 Franken betragen.

10.3. Förderung der Selbsthilfe und Unterstützung von Bezugspersonen

In Bezug auf die Beiträge an pflegende und betreuende Angehörige können auf Basis der Erfahrungen aus anderen Kantonen die Kosten auf rund 1 Million Franken geschätzt werden (120 bezugsberechtigte Personen [30 Personen pro 10'000 Einwohner] à durchschnittlich 8000 Fr. pro Jahr).

10.4. Taxen für intermediäre Strukturen

Der Kanton leistet neu Ergänzungsleistungsbeiträge an Aufenthalte in Tages- und Nachtstrukturen sowie betreutem Wohnen. Da mit diesen Beiträgen primär Heimaufenthalte vermieden werden sollen, wird davon ausgegangen, dass die erzielbaren Einsparungen die Kosten decken oder zumindest das prognostizierte Kostenwachstum stark bremsen.

10.5. Akut- und Übergangspflege

Der Kanton leistet neu über sechs Wochen über die im KVG vorgesehenen zwei Wochen hinaus Beiträge an die Akut- und Übergangspflege. Auch die Unterkunft und Betreuung bei stationärer Akut- und Übergangspflege soll während maximal acht Wochen zu 50 Prozent vergütet werden. Da davon auszugehen ist, dass die entsprechenden Leistungen bereits heute entsprechend erbracht, aber mangels ärztlicher Anordnung nicht als Akut- und Übergangspflege, sondern als Kurzaufenthalte in Alters- und Pflegeheimen bzw. Kurzeinsätze der Spitex verrechnet wurden, dürfte v. a. eine Kostenverlagerung und nur ein geringes Kostenwachstum stattfinden.

10.6. Verwaltungsaufwand

Kanton und Gemeinden schätzten den Verwaltungsaufwand im Bereich Langzeitpflege im Jahr 2018 auf insgesamt rund 160 Stellenprozent bzw. 207'000 Franken. Dieser verteilt sich dabei wie folgt:

Tabelle 7. Verwaltungsaufwand Langzeitpflege im Jahr 2018

	<i>Stellenprozent</i>	<i>Aufwand in Fr.⁵⁴</i>
Departement Finanzen und Gesundheit ⁵⁵	5 %	5'000 Fr.
Departement Volkswirtschaft und Inneres	50 %	80'000 Fr.
Gemeinde Glarus Nord	55 %	67'000 Fr.
Gemeinde Glarus	30 %	30'000 Fr.
Gemeinde Glarus Süd	20 %	25'000 Fr.
<i>Total</i>	<i>160 %</i>	<i>207'000 Fr.</i>

Es ist folglich davon auszugehen, dass der Kanton für die Erfüllung seiner neuen Aufgaben (Versorgungsplanung, Abschluss und Controlling Leistungsvereinbarungen, Rechnungskontrolle Pflegerestkosten und subventionierte ambulante Leistungen, Controlling Aus- und Weiterbildungsverpflichtung) im Bereich Langzeitpflege einen zusätzlichen Personalbedarf von 100–150 Stellenprozent hat. Entsprechend ist mit zusätzlichen Kosten von schätzungsweise rund 170'000 Franken zu rechnen. Der zusätzliche Personalaufwand ist – unter Vorbehalt der Zustimmung der Landsgemeinde zum Pflege- und Betreuungsgesetz – mit dieser Vorlage zu genehmigen (vgl. Postulat der FDP-Fraktion «Behandlung von Stellenbegehren an die Budgetdebatte koppeln» [LRB § 23/2014]).

Wie erwähnt, beabsichtigt der Regierungsrat nach einer Annahme des PBG durch die Landsgemeinde 2020, die Zuständigkeit für die Langzeitpflege ab 2021 bei einem Departement – entweder dem DFG oder dem DVI – zusammenzuführen. Entsprechende Vorabklärungen laufen. So ist die Bildung einer Fachstelle Langzeitpflege mit einer Fachstellenleitung und einer Sachbearbeitung im Umfang von schliesslich insgesamt rund 200 Stellenprozent und insgesamt rund 240'000 Franken Personalaufwand geplant.

10.7. Volkswirtschaftlicher Nutzen

Soweit Massnahmen wie die Informations- und Beratungsstelle, die Beiträge an Organisationen oder Projekte zur Förderung der Selbsthilfe und Unterstützung von Angehörigen oder die Ergänzungsleistungsbeiträge für intermediäre Strukturen neue Kosten zur Folge haben, steht diesen auch ein volkswirtschaftlicher Nutzen gegenüber, der sich aber nicht genau schätzen lässt.

⁵⁴ Der Aufwand in Franken umfasst den geschätzten Personalaufwand inkl. Arbeitgeberbeiträge für Lohnnebenkosten.

⁵⁵ Ohne Arbeiten in Zusammenhang mit dem Konzept «Stärkung der Langzeitpflege» sowie des Pflege- und Betreuungsgesetzes.

Die Kosten der Langzeitpflege im Kanton Glarus belaufen sich heute bereits auf insgesamt rund 55 Millionen Franken. Die Experten rechnen aufgrund der Alterung der Bevölkerung mit einer Verdoppelung bis 2050. Es ist deshalb ausserordentlich wichtig, dass jetzt die Umsetzung der Strategie mit der Stärkung des ambulanten Bereiches in Angriff genommen wird, um günstige und bedarfsgerechte ambulante Lösungen zu stärken und teure stationäre Lösungen möglichst zu vermeiden bzw. zu verzögern. Die vorgeschlagenen Massnahmen werden zunächst Mehrausgaben zur Folge haben, die in der Folge aber amortisiert werden. Sie sind ganz klar darauf ausgerichtet, das erwartete Kostenwachstum zu dämpfen, damit der ganze Bereich auch langfristig finanzierbar bleibt. Die Vorlage ist aber insbesondere darauf ausgerichtet, den geänderten Bedürfnissen unserer Bevölkerung Rechnung zu tragen. Der medizinische Fortschritt erlaubt ein selbstbestimmtes Leben zu Hause bis ins hohe Alter. Der grosse Teil der Bevölkerung will in den eigenen vier Wänden alt werden, weshalb die Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen darauf auszurichten sind.

11. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat,

- 1. die beiliegende Verfassungsänderung und den beiliegenden Gesetzentwurf der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten;*
- 2. die Verordnung über die ambulante Langzeit- und Gesundheitspflege (Spitexverordnung, SpitexV) aufzuheben; und*
- 3. die Erhöhung des Personalaufwands um 170'000 Franken ab dem Jahr 2022 – unter Vorbehalt der Zustimmung der Landsgemeinde zu Antragsziffer 1 – zu genehmigen.*

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Andrea Bettiga, Landammann
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilagen:

- SBE Kantonsverfassung
- Synopse Kantonsverfassung
- SBE Pflege- und Betreuungsgesetz
- Synopse Pflege- und Betreuungsgesetz
- SBE Aufhebung Spitexverordnung
- Synopse Aufhebung Spitexverordnung