

An den Landrat

Glarus, 22. Oktober 2019

Verpflichtungskredit über maximal 800'000 Franken für einen Pilotbetrieb von Hospizbetten während vier Jahren

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Die Vorlage im Überblick

Der Regierungsrat möchte unheilbar kranken Einwohnerinnen und Einwohner ein würdevolles Sterben in einem Hospiz im Kanton Glarus ermöglichen. Das Hospiz nimmt Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase auf, wenn die Behandlung im Spital nicht mehr notwendig und eine angemessene Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht möglich ist. Das Angebot steht Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die an einer fortschreitenden Erkrankung leiden, eine Heilung aber ausgeschlossen ist. Sie haben eine Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten. Das Hospiz soll mit einer palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung die Lebensqualität der sterbenden Menschen verbessern und ihre Würde nicht antasten. Mittels eines Pilotprojektes mit dem Alters- und Pflegeheim Salem in Ennenda, welches ein Hospiz mit drei Betten schafft, sollen Erfahrungen gesammelt werden, bevor über eine definitive Einführung entschieden wird.

Verschiedene Kantone haben ein solches Angebot bereits geschaffen oder prüfen das Bedürfnis der Bevölkerung ebenfalls im Rahmen eines Pilotprojektes. Bund und Kantone haben sich in der «Nationalen Strategie Palliative Care» dazu bekannt, den Menschen einen adäquaten Zugang zu qualitativ guten Palliativpflegeangeboten zu gewährleisten. Die heutige Finanzierungsstruktur deckt die anfallenden Kosten nicht genügend ab, sodass die öffentliche Hand mitfinanzieren muss. Der Kanton verpflichtet sich im Pilotbetrieb zu einer leistungsorientierten Vergütung von 260 Franken pro Aufenthaltstag von Glarner Einwohnerinnen und Einwohnern, wobei er seine Beitragszusicherung auf eine absolute Obergrenze von 200'000 Franken pro Jahr beschränkt. Es handelt sich nicht um Zusatzkosten. Diese schwer kranken Menschen bedürfen einer täglichen Behandlung und Therapierung. Die Kosten dafür fallen entweder im Hospiz oder an einem anderen Ort (z. B. Spital oder Alters- und Pflegeheim) an.

2. Ausgangslage

Die Zahl der Personen mit unheilbaren, chronischen Krankheiten wächst analog der demografischen Alterung. Aufgrund der sich stetig verbessernden medizinischen und pflegerischen Versorgung leben Menschen trotz schweren Krankheiten länger; immer öfter haben sie mehrere Krankheiten gleichzeitig. Demzufolge benötigen chronisch erkrankte Menschen, die an Krebs, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder neurologischen Erkrankungen

usw. leiden, eine umfassende medizinische, pflegerische, therapeutische und psycho-sozial-spirituelle Versorgung, die unbestimmte Zeit, aber meist länger andauert. Entsprechend wird Palliative Care national wie auch regional weiter an Bedeutung zunehmen.

Bund und Kantone haben bereits im Jahr 2010 die «Nationale Strategie Palliative Care» verabschiedet. Deren Ziel ist es, allen Menschen in der Schweiz einen adäquaten Zugang zu qualitativ guten Palliativpflegeangeboten zu gewährleisten. Seither wurden zahlreiche Massnahmen umgesetzt, sodass der Dialog Nationale Gesundheitspolitik im Mai 2015 beschlossen hat, die «Nationale Strategie Palliative Care» in eine Plattform zu überführen. Die bestehenden ambulanten und stationären Angebote sollen weiter ausgebaut und die Wissensvermittlung und Vernetzung sichergestellt werden. Zusätzlich sollen die Leistungen und Kosten für Palliative Care ausreichend abgebildet werden, um eine Grundlage für eine angemessene Abgeltung zu schaffen.

Die Palliative Care wird im Leitbild Gesundheit des Kantons Glarus zwar nicht explizit erwähnt. Soweit der Kanton aber die Versorgung chronisch kranker Menschen sicherstellen will, sind auch Palliativpatientinnen und -patienten mitgemeint.¹ Im Konzept «Stärkung der Langzeitpflege» wird ferner die Förderung von Spezialteams und Netzwerken in der Langzeitpflege empfohlen. Darunter fallen auch spezielle Pflegeangebote wie Palliative Care, welche damit an Bedeutung gewinnt.²

Im Kanton wurde im Rahmen der neuen Koordinationsstelle Gesundheit eine Teilzeitstelle «Spezialisierte Palliative Care» geschaffen, um einerseits die notwendige Fachexpertise und Qualität zu sichern und andererseits die Koordination zwischen den Patientinnen bzw. Patienten und den Leistungserbringern sicherzustellen. Dazu gehört das Kantonsspital, welches mit der Palliativstation ein stationäres Angebot im Akutbereich kennt.

Die Bethesda Alterszentren AG hat im Juni 2019 mit Verweis auf das Konzept «Netzwerk Palliative Care im Kanton Glarus» eine kantonale Mitfinanzierung für einen 3–5-jährigen Pilotbetrieb von drei Hospizbetten im Alters- und Pflegeheim Salem (APH Salem) beantragt. Der Kanton soll sich mit einem Beitrag von 260 Franken pro Aufenthaltstag, höchstens aber 200'000 Franken pro Jahr am Aufbau eines solchen Angebots beteiligen.

3. Palliative Care

3.1. Definition

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber auf der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Den Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.³

3.2. Bedarf

Gemäss der «Nationalen Strategie Palliative Care» können rund zwei Drittel aller Sterbefälle aufgrund der dabei auftretenden medizinischen, psychischen und/oder sozialen Probleme von besonders qualifizierten Leistungen im Sinne der Palliative Care profitieren. Von diesen

¹ Leitbild Gesundheit, Kapitel IX, Leitsatz 4, S. 19.

² Konzept «Stärkung der Langzeitpflege», S. 24.

³ Palliative.ch: «Was bedeutet Palliative Care?».

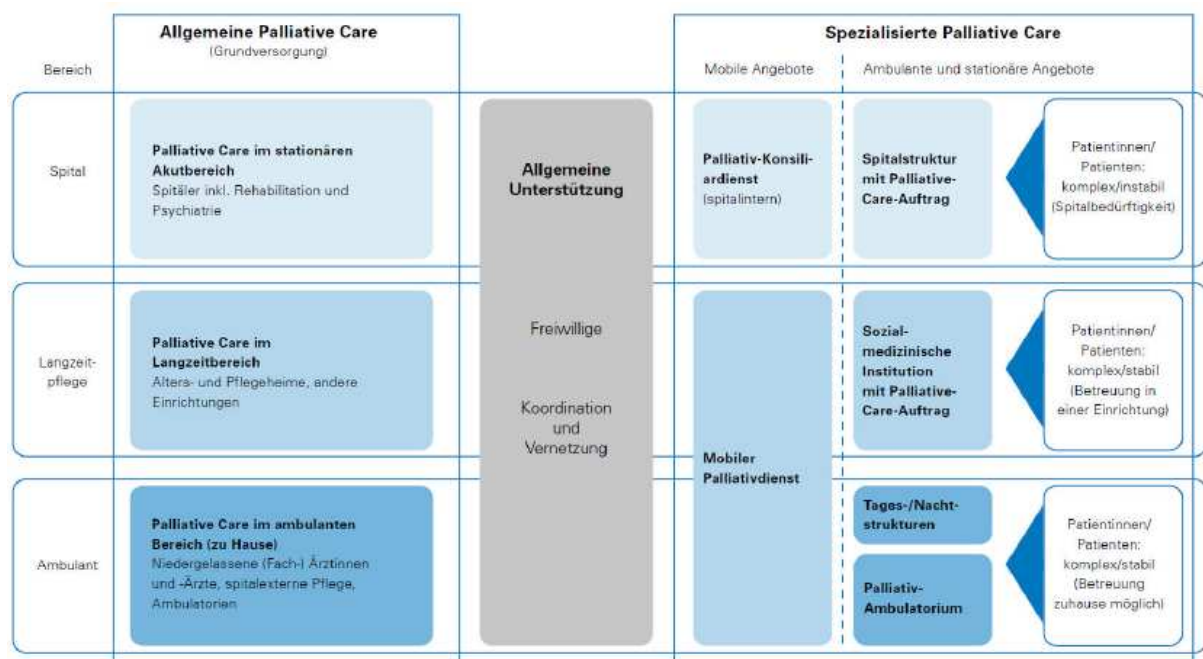
Palliativpatienten können wiederum 80 Prozent durch die allgemeine medizinische Grundversorgung versorgt werden und 20 Prozent benötigen ein spezialisiertes Palliative-Care-Angebot.⁴ Ausgehend von durchschnittlich rund 370 Sterbefällen pro Jahr im Kanton Glarus gibt es demnach im Kanton rund 250 Menschen, die von palliativer Pflege profitieren könnten. Bei 200 Fällen genügt dabei eine Versorgung durch palliative Grundversorger. In 50 Fällen würde hingegen eine spezialisierte Palliative Care benötigt.

Laut Untersuchungen der European Association for Palliative Care (EAPC) sind für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner rund 80 bis 100 Palliativ- und Hospizbetten (spezialisierte Palliative Care) nötig.⁵ Dies entspricht für den Kanton Glarus einem Bedarf von rund drei bis maximal vier Betten.

3.3. Versorgungsstrukturen

Wie erwähnt, können rund 80 Prozent der Menschen in einer palliativen Situation im Rahmen der Grundversorgung (allgemeine Palliative Care) behandelt werden. Diese kann im Spital, im Alters- und Pflegeheim oder auch ambulant durch die Hausärzte und die Spitex erfolgen. Die restlichen 20 Prozent der Menschen in einer palliativen Situation haben oft besonders komplexe Krankheiten und benötigen daher spezialisierte Palliative-Care-Angebote wie Palliativ-Stationen in Akutspitälern, Hospize, Tages- und Nachtangebote oder Palliativ-Ambulatorien. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die in den einzelnen Bereichen vorhandenen Angebote.

Abbildung 1. Versorgungsstrukturen für Palliative Care in der Schweiz⁶



In der Schweiz existieren gemäss einer Befragung von Palliative.ch in Bezug auf die spezialisierte Langzeitpflege derzeit 133 Betten in 20 stationären Institutionen. Dazu bietet die statio-

⁴ Konzept «Netzwerk Palliative Care im Kanton Glarus», S. 11 f.

⁵ European Association for Palliative Care (EAPC): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 (2010), S. 27.

⁶ Bundesamt für Gesundheit, Palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2014). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz*.

näre Spitalversorgung noch zusätzlich über 500 Betten in diesem Bereich an. Die Versorgungsstruktur im spezialisierten Langzeitbereich wurde stark ausgebaut und die Zahlen sind steigend.⁷

Im Kanton Glarus führt das Kantonsspital Glarus eine Palliativstation mit drei Betten. Im Jahr 2018 betrug die Auslastung 87,5 Prozent. Die Aufnahme setzt eine komplexe und instabile Krankheitssituation voraus und die Abrechnung erfolgt nach «palliativmedizinische Komplexbehandlungen nach Anzahl Belegungstagen».

Die Leistungserbringer im Kanton Glarus beurteilen die vorhandenen Angebote insbesondere in der Grundversorgung grossmehrheitlich als gut. Hingegen wird der Ausbau der Angebote der spezialisierten Palliative Care, die Kooperation innerhalb der Leistungsanbieter und die Koordination palliativer Leistungen von allen Befragten als dringlich erachtet.⁸

3.4. Finanzierung

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist die Palliative Care nicht speziell geregelt. Die Kostenübernahme erfolgt daher nach den allgemeinen Grundsätzen des KVG: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

Namentlich in der Langzeitpflege bilden die verwendeten Bedarfsermittlungssysteme den erhöhten Zeitaufwand bei Palliativ-Pflege jedoch nur ungenügend ab. In Palliativsituationen werden im Durchschnitt rund 90 Minuten mehr Pflegezeit geleistet, als dies mit den Bedarfsabklärungsinstrumenten RAI/BESA und den entsprechenden Pflegestufen abgebildet wird.⁹ Daraus ergibt sich eine Unterfinanzierung. 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. Verschiedene Kantone kennen zudem eigene Massnahmen, um die Unterfinanzierung zu mildern. Appenzell Ausserrhoden, Thurgau und Aargau haben z. B. Zuschläge für spezialisierte Leistungen, wobei entweder der Tarif pro Pflegestufe direkt erhöht oder ein Pauschalzuschlag gewährleistet wird.

4. Hospiz

4.1. Definition¹⁰

Ein stationäres Hospiz nimmt Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase auf, wenn die Behandlung in einem Krankenhaus nicht mehr notwendig und eine angemessene Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht möglich ist. Ziel stationärer Hospizarbeit ist es, in Ergänzung zur rein palliativ-medizinischen Behandlung im Spital eine Pflege und Betreuung anzubieten, welche die Lebensqualität der sterbenden Menschen verbessert und ihre Würde nicht antastet. In einer zugelassenen Hospizeinrichtung soll auch ein teilstationärer Aufenthalt (Ferien-, Tages-, Nachtaufenthalte) erfolgen können mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen Entlastung und Unterstützung zu bieten. Dies erlaubt es den Betroffenen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben.

⁷ Büro BASS. (2019). *Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen*. S. 11.

⁸ Konzept «Netzwerk Palliative Care im Kanton Glarus», Ziff. 3, S. 13–16.

⁹ Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Curaviva Schweiz: *Palliative Care / End of Life in der stationären Langzeitpflege Ermittlung des Zusatzaufwandes*. S. 10.

¹⁰ S. Kanton St. Gallen. *Kantonsratsbeschluss über Beiträge an Sterbehospiz-Einrichtungen im Kanton St. Gallen. Botschaft und Entwurf der Regierung vom 27. Februar 2017*. S. 5 f.

Für die Patientinnen und Patienten soll dabei neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) auch die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte im Zentrum stehen. In Ergänzung zu besonderen Qualitätsanforderungen bezüglich Personal müssen stationäre Hospize deshalb über eine besondere Ausstattung verfügen, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet bzw. unterstützt. Die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung miteinbezogen.

Das stationäre Hospizangebot unterscheidet sich bezüglich Angebot, Zielgruppe und Anforderungen an die Infrastruktur wie folgt von anderen Palliative-Care-Angeboten:

Tabelle 1. Unterschiede zwischen Palliative-Care-Angeboten

<i>Einrichtung</i>	<i>Angebot</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Anforderungen an die Infrastruktur</i>
Spital	Palliative Care im stationären Akutbereich (spezialisierte Abteilungen).	Patientinnen und Patienten (altersunabhängig) komplex und instabil mit Spitalbedürftigkeit.	Medizinisch-technische Spitalinfrastruktur.
Hospiz	Sozialmedizinische Einrichtung mit Palliative-Care-Auftrag.	Patientinnen und Patienten (altersunabhängig) komplex und stabil (Pflege und Betreuung ist nicht im eigenen häuslichen Umfeld oder in einem Betagten- und Pflegeheim möglich). Mit dem Angebot werden «Drehtüreffekte» wiederkehrender Spitalaufenthalte vermieden.	Medizinisch-pflegerische Infrastruktur und ausgewählte apparative Ausstattung (Sauerstoffgerät, Beatmungsgerät, Absauggerät, Schmerzpumpen, Infusomaten und Perfusoren, Patientenlifte u. a.).
Alters- und Pflegeheim	Palliative Care in Einrichtungen der Langzeitpflege.	Bewohnende im AHV-Alter teilweise komplex und stabil. Mehrheitlich altersbedingter Sterbeprozess.	Langzeitpflegeinfrastruktur.
Ambulante Pflege	Palliative Care im ambulanten Bereich (häusliches Umfeld der Patientinnen und Patienten).	Patientinnen und Patienten (altersunabhängig) komplex und stabil, Pflege und Betreuung unter Einbezug der Angehörigen und von ergänzenden mobilen Hospizdiensten möglich.	Ambulant medizinisch-pflegerische Infrastruktur.

4.2. Aufnahmevoraussetzungen und Zielgruppe¹¹

Die Aufnahme in ein stationäres Hospiz setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient an einer fortschreitenden Erkrankung leidet, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig ist. Die Lebenserwartung beträgt voraussichtlich lediglich noch Tage, Wochen oder wenige Monate.

Zwar scheint für die mehrheitlich jüngeren Personen eine Abgrenzung zwischen Hospiz und Pflegeheimen durch eine alters- und bedürfnisgerechte Pflege und Betreuung in den meisten

¹¹ S. Kanton St. Gallen. *Kantonsratsbeschluss über Beiträge an Sterbehospiz-Einrichtungen im Kanton St. Gallen. Botschaft und Entwurf der Regierung vom 27. Februar 2017.* S. 6 f.

Fällen nachvollziehbar begründbar.¹² Insbesondere für Patientinnen und Patienten im Rentenalter bleibt die Abgrenzung der Hospizpflege zur Palliativpflege in einem Alters- und Pflegeheim jedoch eine grosse Herausforderung. Alters- und Pflegeheime sind gemäss Artikel 50 Gesundheitsgesetz verpflichtet, die Pflege und Betreuung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bis zu deren Tod zu gewährleisten. Damit ist für diese Personen grundsätzlich keine stationäre Hospizversorgung notwendig.

Sofern in Einzelfällen trotzdem Bewohnerinnen und Bewohner aus einem Alters- und Pflegeheim in ein Hospiz verlegt werden sollen, hat der zuständige Fach- oder Hausarzt zu überprüfen, ob die grundsätzlichen Voraussetzungen für den Übertritt in eine stationäre Hospizeinrichtung erfüllt sind und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden in einem Alters- und Pflegeheim nicht mehr möglich erscheint. Über die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Beurteilung der Patientinnen und Patienten hinaus ist es wichtig, die Einschätzung der unmittelbar an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen zu berücksichtigen, um schliesslich festzustellen, welche psychosozialen oder anderen fachlichen Aspekte die Begleitung einer Person in einem Hospiz nötig machen. Ausser Betracht fällt eine Beurteilung durch Laien, die weder pflegerisch noch medizinisch geschult und erfahren sind.

4.3. Bedarf

Gemäss den Ausführungen unter Ziffer 3.2 dürfte für die spezialisierte Palliative Care im Kanton Glarus ein Bedarf von drei bis maximal vier Betten bestehen. Werden davon die drei Betten in der Palliativstation des Kantonsspitals Glarus abgezogen (s. Ziff. 3.3), verbleibt ein ungedeckter Bedarf von rund einem Bett.

Die Grössenordnung von einem Bett bestätigt sich auch, wenn die Hospizbetten in den umliegenden Kantonen zur Bevölkerung des Kantons Glarus ins Verhältnis gesetzt werden (mit Ausnahme des Kantons Schwyz).

Tabelle 2. Hospizbetten pro 40'000 Einwohner

<i>Kanton</i>	<i>Einwohner (Stand 31.12.2018)</i>	<i>Hospizbetten</i>	<i>Betten pro 40'000 Einwohner</i>
ZH	1'520'968	29	0,77
LU / UR / NW / OW / ZG / SZ (ohne March und Höfe)	739'842	12	0,65
SZ	159'165	12	3,02
SH	81'991	2	0,98
SG	507'697	12	0,95
GR	198'379	4	0,81

Zu beachten ist allerdings, dass viele Angebote erst im letzten (in den Kantonen SZ und SG) oder im aktuellen Jahr (in den Kantonen LU, SH und GR) eröffnet wurden und sich demnach noch im Aufbau – teilweise wie von EAPC empfohlen als Pilotprojekte – befinden. Entsprechend sind auch Aussagen zur Auslastung, die im Bereich zwischen 60 und 90 Prozent schwankt, nur eingeschränkt möglich.

In Bezug auf die Patientenzahlen dürften aufgrund der Erfahrungs- und Planwerte anderer Kantone rund 5 Prozent aller Sterbefälle von einem stationären Hospizangebot profitieren. Dies entspricht im Kanton Glarus rund 12,5 Patientinnen und Patienten. Wird ein Schwankungsbereich von jährlich 10 bis 15 Patientinnen und Patienten und eine erwartete mittlere Aufenthaltsdauer von 25 bis 30 Tagen angenommen, ergibt sich ein Bedarf von 250 bis 450 Tagen pro Jahr. Dies entspricht durchschnittlich ebenfalls rund einem Bett. Um auf die

¹² European Association for Palliative Care (EAPC): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 (2009), S. 286.

Schwankungen in der Auslastung reagieren zu können, wäre aber ein zweites Bett notwendig. In diesem Fall würde die Auslastung aber maximal (bei 450 Tagen) 62 Prozent erreichen.

Obwohl meist von einem Mangel an Hospizangeboten gesprochen wird, ist auch das Gegenteil möglich, wie die Schliessung des Pallivita Bethanien in Zürich per 31. Oktober 2018 zeigt. Neben Kostengründen wird geltend gemacht, dass die einst existierende Angebotslücke in der Region Stadt Zürich durch Spitäler geschlossen wurde.

4.4. Kosten und Finanzierung

4.4.1. Kosten

Die Betreuung von Palliativpatienten im Rahmen einer speziellen Hospiz-Station ist gegenüber einem normalen Pflegeheimplatz mit wesentlichen Zusatzkosten verbunden. Als wichtige Gründe sind insbesondere zu nennen:

- Erhöhter Personalbestand pro Bett aufgrund des besonderen Pflegebedarfs der Palliativpatienten;
- hoher Anteil an Arbeitsstunden, die bei der Erfassung des Pflegebedarfs nach den Normen des KVG nicht anrechenbar und deshalb gegenüber den Krankenkassen nicht verrechenbar sind (Vorabklärungen vor dem Hospiz-Eintritt, Angehörigen-Gespräche, interdisziplinäre Koordination mit Ärzten, Psychologen, Seelsorgern, Sozialdiensten usw., systembedingte Pflegeabrechnungsbegrenzung auf 240 Minuten/Tag);
- höhere Lohnkosten pro Stelle aufgrund der höheren Qualifikation des benötigten Pflegepersonals;
- Einbezug von Ärztinnen und Ärzten für Leistungen, die gegenüber den Krankenversicherern nicht oder nur teilweise verrechenbar sind (Planungsprozesse, Pikettbereitschaft u. a.);
- höhere Raumkosten aufgrund der zusätzlich benötigten Zimmer für Besprechung, Aufenthalt, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige usw.;
- deutlich reduzierte mittlere Belegung / hohe Leerstände aufgrund von Schwankungen des Bedarfs, relativ kurzen mittleren Aufenthaltszeiten sowie der Verpflichtung zu einer hohen Aufnahmebereitschaft in dringenden Fällen.

Gemäss Erfahrungs- oder Planwerte von ausserkantonalen Einrichtungen bewegen sich die Kosten für ein Hospizbett zwischen rund 600 und 1200 Franken pro Tag (s. Tabelle 3).

4.4.2. Finanzierung

Da die Leistungen von Hospizeinrichtungen erst dann beansprucht werden, wenn keine palliativ-medizinische Akutversorgung mehr benötigt wird, sind diese Leistungen der Langzeitpflege zuzuordnen. Die Finanzierung hat demnach nach den Finanzierungsregeln für Alters- und Pflegeheime zu erfolgen. Die Kosten sind dabei auf die drei Leistungsbereiche Pension, Betreuung und Pflege aufzuteilen. Die Pensions- und Betreuungskosten sind grundsätzlich durch die Leistungsbezüger zu bezahlen. Allfällige ungedeckte Kosten sind von den Gemeinden zu übernehmen (Art. 6a Sozialhilfegesetz). Die Pflegekosten werden nach den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet und sind abhängig vom individuellen Pflegebedarf. Neben einem fixen Beitrag von 9 Franken pro 20 Minuten von den Krankenversicherern (ab 2020: 9.60 Fr. pro 20 Minuten) und einem Selbstbehalt von maximal 21.60 Franken pro Tag (ab 2020: 23.04 Fr. pro Tag) des Leistungsbezügers sind allfällige Restkosten ebenfalls durch die Wohngemeinde zu tragen.

Die ausserkantonalen Erfahrungen zeigen, dass mit den Erträgen aus der Pflegefinanzierung aber kein kostendeckender Betrieb möglich ist und damit jeweils nur ungefähr 50 Prozent der Kosten gedeckt werden können. Die Hospize sind daher entweder auf Spenden und/oder zusätzliche Beiträge der öffentlichen Hand angewiesen. Aus diesem Grund haben im Rahmen

von Pilotprojekten in den Jahren 2017 und 2018 die Parlamente in den Kantonen Schaffhausen und St. Gallen sowie der Regierungsrat des Kantons Graubünden wesentliche Kantonsbeiträge an den Aufbau von Hospizangeboten genehmigt (s. Tabelle 3). In den Kantonen Schaffhausen und Graubünden entsprechen die Kantonsbeiträge einer limitierten Defizitdeckung. Im Kanton St. Gallen sind die Beiträge hingegen leistungsorientiert ausgestaltet, indem Kanton und Gemeinde (als Zuschlag auf die Pflegestufe) einen fixen Beitrag pro Aufenthaltstag bezahlen.

Tabelle 3. Hospizangebote in anderen Kantonen

Kanton	Ort	Organisation	Betten	Ø Kosten/Tag	Zusatzfinanzierung
GR	Maienfeld	Stiftung, Förderverein, Angliederung APH	4	616 Fr.	max. 400'000 Fr./Jahr für 3-jähriges Pilotprojekt
LU	Zentral-schweiz	Stiftung, Pflegeheimstatus	12	n. a.	-
SG	Werdenberg	Zweckverband	5	650 Fr.	97 Fr./Tag Kanton 66 Fr./Tag Gemeinde 119 Fr./Tag Spenden
	St. Gallen	Verein, Pflegeheimstatus	7	800–1'000 Fr.	97 Fr./Tag Kanton 66 Fr./Tag Gemeinde 119 Fr./Tag Spenden Zusätzlich 370'000 Fr. Lotteriefonds
SH	Schaffhausen	Angliederung APH	2	630 Fr.	max. 500'000 Fr./Jahr für 3-jähriges Pilotprojekt
SZ	Feusisberg	Stiftung, Angliederung APH	5	n. a.	-
	Rubiswil	Angliederung APH	3	n. a.	-
	St. Antonius	Stiftung, Pflegeheimstatus	4	n. a.	-
ZH	Lighthouse	Stiftung	20 (42 bis 2023)	1'189 Fr.	-
	Spital Limmattal	Angliederung Spital	6	n. a.	-
	Wiesengrund	Hospiz- und Palliativ-Fonds	3	n. a.	Hospiz- und Palliativ-Fonds

4.4.3. Volkswirtschaftlicher Nutzen

Die Alternative zum Hospiz stellt in den allermeisten Fällen ein Spitalaufenthalt dar. Ein Pflege-tag in einem Akutspital verursacht im Durchschnitt Kosten von über 1500 Franken, davon muss der Kanton 55 Prozent übernehmen, was einem Betrag von 825 Franken pro Tag entspricht. Die restlichen Kosten werden von der Krankenversicherung getragen. Werden den Kosten eines Pflegetages im Akutspital die Aufenthaltskosten in einem Hospiz von 600 bis 1200 Franken gegenübergestellt, ergeben sich Einsparungen über alle Kostenträger von 20 bis 60 Prozent bzw. 300 bis 900 Franken pro Tag. Die Mehrausgaben der öffentlichen Hand durch die Mitfinanzierung von Hospizen werden demnach durch entsprechende Einsparungen bei den Beiträgen an Spitäler kompensiert.

5. Aufbau eines Hospizes im Kanton Glarus

5.1. Ausgangslage

Im Kanton Glarus gibt es aktuell kein Hospiz. Ob ein solches notwendig ist, wurde auch im Konzept «Netzwerk Palliative Care im Kanton Glarus» nicht näher geprüft. Dieses empfiehlt aber, Modelle wie ein in eine Langzeitinstitution integriertes stationäres Hospiz im Auge zu behalten.¹³

Die Eröffnung und wirtschaftliche Führung eines Hospizes ist aufgrund der hohen Betriebskosten und der unsicheren Auslastung mit hohen finanziellen Risiken verbunden. Hospize werden deshalb anfänglich vielfach als Pilotprojekte geführt (u. a. in den Kantonen SZ, SH, SG und GR), was auch von der EAPC empfohlen wird.¹⁴

Vor diesem Hintergrund beantragte die Bethesda Alterszentren AG einen Leistungsauftrag für einen Pilotbetrieb von drei Hospizbetten im Alters- und Pflegeheim Salem in Ennenda (APH Salem) während 3–5 Jahren (s. Beilage). Der Kanton soll sich dabei mit einem Beitrag von 260 Franken pro Aufenthaltstag, höchstens aber 200'000 Franken pro Jahr beteiligen. Durch die Schaffung von Hospizbetten im Kanton Glarus soll der Bevölkerung ein spezialisiertes Angebot in der stationären Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden.

5.2. Antrag Bethesda Alterszentren AG

5.2.1. Alters- und Pflegeheim Salem

Das seit 1917 bestehende APH Salem in Ennenda bietet gemäss Pflegeheimliste 74 Bewohnerinnen und Bewohnern ein Zuhause. Das Angebot umfasst Wohnbereiche für allgemeine Betreuung und Pflege sowie eine Pflegewohngruppe für Menschen mit dementiellen und psychogeriatrischen Beeinträchtigungen. Das APH Salem gehört seit 2013 zur Bethesda Alterszentren AG.

5.2.2. Konzept Hospiz

Während einer Pilotphase sollen im Erdgeschoss des APH Salem drei Zimmer für Patientinnen und Patienten, Aufenthaltsräume mit Küche und ein Stationszimmer zur Verfügung stehen. Dieses Angebot ist zwar Teil des APH Salem, wird aber durch einen separaten Eingang zu erreichen sein. Erfahrungen bei anderen Hospizen zeigen, dass ein separater Hospiz-Eingang für die betroffenen Personen als wesentlicher Vorteil gesehen wird. Die schnelle Erreichbarkeit für die Besuche bei den schwer erkrankten Menschen tragen zur Entlastung der Angehörigen bei. Die Behandlung, Pflege und Begleitung der an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung leidenden Menschen erfolgt durch ein multiprofessionelles Team. Dieses besteht aus Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen mit Schwerpunkt Palliative Care, einem Seelsorger, einer Phyto-Fachfrau (z. B. für Wickel und Kompressen) sowie Aktivierungsmitarbeiterinnen und Freiwilligen. Die ärztliche Versorgung und weitere therapeutische Begleitung werden durch eine geplante Kooperation mit dem Kantonsspital Glarus gewährleistet. Das Fachpersonal soll bei einer geringen Belegung flexibel in einer anderen Abteilung des APH Salem eingesetzt werden können.

Das Hospiz im APH Salem wird sich bei Palliative Care und im Besonderen der End-of-Life-Care an den Richtlinien der Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (Palliative.ch), der World Health Organisation (WHO) und weiterer medizinisch-ethischer Fachorganisationen orientieren.

¹³ Konzept «Netzwerk Palliative Care im Kanton Glarus», S. 17.

¹⁴ European Association for Palliative Care (EAPC): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 (2010), S. 31.

Ziel der Palliative Care und damit des Hospizes im APH Salem ist eine optimale Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit und während des Sterbens. Im Vordergrund stehen die Behandlung belastender Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot, Angst und eine individuelle Pflege unter Berücksichtigung psychosozialer, kultureller und spiritueller Aspekte.

Der Selbstbestimmung und einer möglichst langen Selbstständigkeit werden besondere Beachtung geschenkt. Angehörige und Bezugspersonen werden gemäss dem Willen der Patienten in die Entscheidungsfindung und allenfalls Betreuung und Pflege miteinbezogen.

5.2.3. Kosten und Finanzierung

Die Bethesda Alterszentren AG kalkuliert für den Betrieb von drei Hospizbetten bei einer erwarteten Auslastung von 67 Prozent (= 2 Betten) jährliche Kosten von rund 460'000 Franken (s. Tabelle 4). Dies entspricht rund 630 Franken pro Tag und Bett und liegt damit im unteren Bereich vergleichbarer Angebote (s. Tabelle 3). Die Anzahl von drei Betten wird von der Antragstellerin als kritische Grösse bezeichnet und das Pilotprojekt würde bei einer geringeren Anzahl nicht betriebswirtschaftlich betrieben werden können.

Tabelle 4. Geschätzte Kosten Hospiz gemäss Businesscase APH Salem

	<i>Kosten pro Jahr</i>	<i>Kosten pro Tag und Bett</i>
Personalaufwand	350'000 Fr.	480 Fr.
Sachaufwand	100'000 Fr.	137 Fr.
Abschreibungen	10'000 Fr.	13 Fr.
<i>Total Betriebsaufwand</i>	<i>460'000 Fr.</i>	<i>630 Fr.</i>

Die Finanzierung der Hospizbetten richtet sich grundsätzlich wie erwähnt nach den Regelungen der Finanzierung der Alters- und Pflegeheime. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung sowie ein Anteil von 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags der Krankenversicherer sind durch die Patienten selber zu bezahlen. Vorbehalten bleibt allenfalls die Übernahme von ungedeckten Heimkosten durch die Wohngemeinde. Zudem entrichtet die Krankenversicherung einen Beitrag in Abhängigkeit der Pflegebedarfsstufe. Die ungedeckten Pflegekosten sind als Pflegerestkosten von den Wohngemeinden der Patienten zu vergüten. Schliesslich soll der Kanton einen Beitrag von 260 Franken pro Aufenthaltstag übernehmen und damit den für ein Hospiz erforderlichen personellen und räumlichen Mehraufwand finanzieren. Dieser zusätzliche Beitrag wird aber nur bei Leistungsbezügerinnen und -bezüger übernommen, die ihren Wohnsitz im Kanton Glarus haben. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die vorgesehene Finanzierung

Tabelle 5. Finanzierung Hospiz APH Salem¹⁵

	<i>Taxen pro Tag</i>	
	<i>in Fr.</i>	<i>in %</i>
<i>Beteiligung Patienten</i>	<i>211.60</i>	<i>34</i>
- Pension	130.00	21
- Betreuung	60.00	10
- Pflege	21.60	3
<i>Beteiligung Krankenversicherung</i> (als Beispiel Pflegebedarfsstufe 8)	72.00	11
<i>Beteiligung Gemeinde via Pflegerestkosten</i> (als Beispiel Pflegebedarfsstufe 8)	76.40	12
<i>Beteiligung Kanton über Leistungsauftrag</i> ausserordentliche Restkosten Hospiz	260.00	41
<i>Erträge aus übrigen Leistungen</i>	10.00	2
<i>Totale Kosten</i>	<i>630.00</i>	<i>100</i>

¹⁵ Pflegekosten gemäss den für 2019 gültigen Beiträgen gemäss Artikel 7a KLV.

5.3. Rechtliche Grundlagen

Gemäss Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) ist der Kanton für die Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung (Art. 4 Abs. 1 Bst. b) zuständig. Die Gemeinden sind für die Sicherstellung der stationären Langzeitpflege (Art. 5 Abs. 1 Bst. b) verantwortlich. Wie erwähnt, gelten für die Finanzierung von Hospizen die Regeln der Pflegefinanzierung, womit zumindest die Kosten für den erhöhten Pflegeaufwand im Grundsatz als Restkosten von den Wohngemeinden der Patientinnen und Patienten übernommen werden müssten. Im Kanton St. Gallen ist dies z. B. auch der Fall, in dem die Restfinanzierung in Hospizen pro Pflegestufe um 66 Franken pro Aufenthaltstag erhöht wurde.

Für eine kantonale Kostenbeteiligung am zusätzlichen Aufwand von Palliative Care bzw. Hospizen fehlt hingegen eine rechtliche Grundlage. Entsprechend handelt es sich bei einem Kantonsbeitrag an die Kosten der Hospizbetten um eine frei bestimmbare Ausgabe. Dafür ist gemäss Artikel 39 Absatz 2 i. V. m. Artikel 42 ff. des Gesetzes über den Finanzhaushalt des Kantons Glarus und seiner Gemeinden (Finanzhaushaltgesetz, FHG) ein Beschluss des nach der Kantonsverfassung (Art. 69, 90, 100) für frei bestimmbare Ausgaben zuständigen Organs erforderlich. Bei erwarteten einmaligen Kosten von maximal 800'000 Franken für das Pilotprojekt ist der Landrat für die Beschlussfassung zuständig (Art. 90 Abs. 1 Bst. b KV).

Bewilligt der Landrat den entsprechenden Verpflichtungskredit, wird der Regierungsrat mit den Bethesda Alterszentren AG eine Leistungsvereinbarung abschliessen. Diese wird neben der kantonalen Kostenbeteiligung u. a. auch Vorgaben zur Qualität, zum Zugang und zur Berichterstattung über das Angebot enthalten. Ziel ist es, dass der Betrieb der Hospizbetten per 15. Juni 2020 eröffnet werden kann.

Bei einem erfolgreichen Pilotbetrieb ist zu prüfen, wie das Hospizangebot in einen ordentlichen Betrieb überführt werden kann.

6. Stellungnahme des Regierungsrates

Im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care wollen Bund und Kantone erreichen, dass in der ganzen Schweiz ausreichende Angebote der Palliative Care zur Verfügung stehen. Der Zugang zu Palliative-Care-Leistungen soll für schwerkranke und sterbende Menschen, unabhängig von Diagnose, Alter oder vom sozioökonomischen Status, gewährleistet sein. Dabei sollen u. a. spezialisierte Palliative-Care-Leistungen in stationären Institutionen bei indiziertem Bedarf zur Verfügung stehen.¹⁶

Vor diesem Hintergrund begrüsst der Regierungsrat die Initiative der Bethesda Alterszentren AG, im Kanton Glarus ein Hospizangebot aufzubauen. Wie die Befragung der Kantone zum Stand und der Umsetzung von Palliative Care im Jahr 2018 durch Palliative.ch ergeben hat, werden die vorhandenen Angebote sowohl in der allgemeinen als auch spezialisierten Palliative Care immer noch als zu klein beurteilt.¹⁷ Mit der Schaffung eines Hospizes im Kanton kann für die betroffenen Menschen wohnortsnah ein wertvolles Angebot der spezialisierten Palliative Care angeboten werden. Personelle sowie materielle Ressourcen können somit gezielt auf die Bedürfnisse der meist komplexen Fälle verteilt werden. Entsprechend wird der Glarner Bevölkerung ein vergrössertes und zeitgemässes Versorgungsangebot bereitgestellt.

Eine grosse Unsicherheit besteht jedoch beim Bedarf. Gemäss den Empfehlungen der EAPC wie auch den Erfahrungs- und Planwerten von anderen Kantonen dürfte für den Kanton

¹⁶ Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2016). *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015*, S. 43.

¹⁷ Büro BASS. (2019). *Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen*, S. 13.

Glarus im Durchschnitt ein Hospizbett den Bedarf abdecken. Ein Angebot mit nur einem Bett lässt sich jedoch nicht wirtschaftlich betreiben und bietet auch keine Flexibilität, wenn mehrere Personen gleichzeitig eines Hospizangebots bedürfen. Es ist daher sinnvoll, den Bedarf für ein Hospiz erst im Rahmen eines Pilotprojekts zu erheben und dann über eine definitive Einführung zu befinden.

Mit der vorgesehenen leistungsorientierten Vergütung ist sichergestellt, dass sich der Kanton nur an den Kosten von effektiv bezogenen Leistungen beteiligen muss. Mit der Begrenzung auf 200'000 Franken pro Jahr besteht daneben auch eine absolute Obergrenze, welche die Kostenfolgen begrenzt. Das Risiko von Vorhalteleistungen infolge unausgelastetem Personal und Infrastruktur wird entsprechend von den Bethesda Alterszentren AG getragen. Es ist daher auch gerechtfertigt, dass das Pilotprojekt bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten (Auslastung über 3 Monate unter 60 %) innert sechs Monaten abgebrochen werden kann. Schliesslich erscheint es auch gerechtfertigt, wenn die zusätzlichen Kosten vollumfänglich vom Kanton getragen werden und sich die Gemeinden nur über die ordentliche Restfinanzierung der Pflegekosten und allfällige ungedeckte Heimkosten an den Kosten für das Hospiz beteiligen müssen. Dies, da der Kanton auch von den wegfallenden Kosten für Spitalaufenthalte profitiert.

Sollte sich in der Pilotphase zeigen, dass tatsächlich nur ein geringer Bedarf besteht, könnte als Alternative eine Subjektfinanzierung geprüft werden: Anstatt an eine Institution leistet der Kanton dabei einen direkten Beitrag an die Hospizpatienten, die sich eine geeignete Institution selber aussuchen können.

7. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, folgendem Beschlussentwurf zuzustimmen:

Beschluss über die Gewährung eines Verpflichtungskredits über maximal 800'000 Franken für den Pilotbetrieb von drei Hospizbetten im Alters- und Pflegeheim Salem (Bethesda Alterszentren AG) über vier Jahre

(Erlassen vom Landrat am)

Für den Pilotbetrieb von drei Hospizbetten im Alters- und Pflegeheim Salem (Bethesda Alterszentren AG) wird ein Verpflichtungskredit von maximal 800'000 Franken über vier Jahre gewährt.

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

Im Namen des Regierungsrates

*Andrea Bettiga, Landammann
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilage:

- Antrag «Leistungsauftrag für einen Pilot-Betrieb von Hospizbetten im Alters- und Pflegeheim Salem (Bethesda Alterszentren AG)» vom 12. Juni 2019