

Konzept

# Stärkung der Langzeitpflege

Genehmigt vom Regierungsrat mit Beschluss § 616 vom 14. November 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Ziele.....</b>	<b>3</b>
1.1. Leitbild Gesundheit.....	3
1.2. Legislaturplanung 2014–2018 .....	4
<b>2. Vorgehen .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Ausgangslage .....</b>	<b>5</b>
3.1. Demografische Entwicklung .....	5
3.2. Bedürfnisse der älteren Bevölkerung.....	6
3.3. Bedarf an Gesundheitspersonal .....	6
<b>4. Langzeitpflege im Kanton Glarus.....</b>	<b>6</b>
4.1. Übersicht.....	6
4.2. Zuständigkeiten.....	7
4.3. Organisation.....	7
4.4. Kosten.....	11
4.5. Finanzierung .....	13
4.6. Fazit.....	14
<b>5. Mögliche Massnahmen.....</b>	<b>15</b>
5.1. Ausbau des ambulanten Angebots.....	15
5.2. Ausbau der intermediären Strukturen .....	17
5.3. Anpassung des stationären Angebots .....	18
5.4. Kooperationen und Koordination zwischen den Leistungserbringern.....	19
5.5. Verbesserung der sozialen Situation und der Wohnsituation.....	21
5.6. Weitere Massnahmen .....	22
<b>6. Vernehmlassung .....</b>	<b>23</b>
6.1. Generelle Rückmeldungen .....	23
6.2. Rückmeldungen zu den einzelnen Empfehlungen der Arbeitsgruppe .....	23
6.3. Vorgeschlagene Massnahme zur Aufnahme in Empfehlungskatalog .....	25
6.4. Allgemeine Bemerkung zur Umsetzung des Empfehlungskatalogs .....	25
<b>7. Empfehlungen der Arbeitsgruppe.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>28</b>
<b>9. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>29</b>
<b>10. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>29</b>
<b>Anhang 1: Glossar .....</b>	<b>30</b>
<b>Anhang 2: Beispiele.....</b>	<b>31</b>
<b>Anhang 3: Praxisbeispiel ausserplanmässige Vorkommnisse Spitex Glarus Nord.....</b>	<b>32</b>
<b>Anhang 4: Vernehmlassungsteilnehmer .....</b>	<b>33</b>

## 1. Ziele

Ende 2014 hat der Landrat das Leitbild Gesundheit verabschiedet. Darin formuliert er die strategischen Ziele und Schwerpunkte des Gesundheitswesens im Kanton Glarus bis ins Jahr 2030 in Form von Leitsätzen und beschreibt, worin die Herausforderungen bestehen und wie die Ziele erreicht werden sollen. Aufgabe des Regierungsrates ist es, aus dem Leitbild Gesundheit Ziele für die Legislatur- und Jahresplanung abzuleiten und entsprechende gesundheitspolitische Massnahmen umzusetzen.

Zwei Leitsätze aus dem Leitbild Gesundheit (s. Ziff. 1.1) sowie zwei Massnahmen der Legislaturplanung 2014–2018 (s. Ziff. 1.2) fokussieren dabei u. a. auf die Alters- oder Langzeitpflege.

Dieses Konzept soll aufzeigen, wie diese Ziele erreicht werden können.

### 1.1. Leitbild Gesundheit

Folgende zwei Leitsätze des Leitbilds Gesundheit betreffen die Langzeitpflege direkt:

*Leitsatz 4: Sicherstellung der Versorgung chronisch kranker Menschen und Förderung der Gesundheit im Alter*

#### Herausforderung

Der Gesundheit im Alter und der Versorgung chronisch kranker Menschen ist aufgrund der demografischen Entwicklung besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es sind neue, zweckmässige und wirtschaftliche Angebotsmodelle für diese Zielgruppen zu entwickeln. Es wird weder personell noch finanziell möglich sein, die heutigen Angebote auf den erwarteten, erhöhten Bedarf unverändert zu multiplizieren.

Dazu ist die Gesundheit im Alter in den Fokus der Akteure der Gesundheitsversorgung zu rücken, wobei nicht nur medizinische, sondern auch soziale, wirtschaftliche und Bildungsfragen zu beachten sind.

#### Absicht

Um die Versorgung chronisch kranker und betagter Menschen sicherzustellen, müssen (1) die bestehenden Angebote auf die Zunahme und die veränderten Bedürfnisse abgestimmt werden, (2) neue Angebote entstehen, die das familiäre und soziale Netzwerk des Patienten befähigen, ihn zu unterstützen und (3) die Akteure sich mit Fragen des Alters und des Alterns aktiv auseinandersetzen, um Fragen nach Präventionsmassnahmen, Gesundheitsleistungen und sozialen Problemfeldern frühzeitig zu erkennen.

*Leitsatz 5: Stärkung der ambulanten Versorgung*

#### Herausforderung

Ambulante Versorgung belässt den Patienten in seinem gewohnten Umfeld und ist in der Regel günstiger, da weniger teure Infrastruktur benötigt wird. Eine ambulante Unterstützung soll solange gewährleistet werden, wie sie eine selbstständige Lebensführung unterstützt bzw. ermöglicht. Eine stationäre Versorgung ist insbesondere dann sinnvoll, wenn viele verschiedene oder komplexere medizinische, pflegerische und betreuerische Leistungen in grösserem Ausmass oder höherer Intensität benötigt werden.

Die Herausforderung dieses Trends zur Stärkung der ambulanten Versorgung besteht darin, gleichzeitig ambulante Angebote zu erhöhen und stationäre anzupassen.

### Absicht

Ambulante Angebote sollen gefördert werden, solange eine gute Betreuung des Patienten und Kosteneinsparungen möglich sind. Die betroffenen Akteure sind in diesen Wandel einzubeziehen. Um zu verhindern, dass Versorgungsabläufe unterbrochen oder Doppelspurigkeiten aufgebaut werden, sollten die Angebote nach Möglichkeit aufeinander abgestimmt werden (s. Leitsatz 2).

## **1.2. Legislaturplanung 2014–2018**

Gestützt auf die erwähnten strategischen Ziele im Leitbild Gesundheit hat der Regierungsrat in der Legislaturperiode 2014–2018 folgende Massnahmen definiert:

- Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung (Koordination/Vernetzung/Information)
- Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen (Kanton-Gemeinden) überprüfen und ggfs. optimieren

## **2. Vorgehen**

Aufgrund der Ziele von Land- und Regierungsrat (s. Ziff. 1) beschlossen Vertreter von Kanton und Gemeinden am 23. November 2015, eine Optimierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege umfassend zu prüfen. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der öffentlichen Hand, der Leistungserbringer und der Patienten eingesetzt (s. Tabelle 1).

**Tabelle 1. Mitglieder der Arbeitsgruppe Langzeitpflege**

<i>Organisation</i>	<i>Name</i>	<i>Funktion</i>
Kanton Glarus	Rolf Widmer	Landammann, Departementsvorsteher Finanzen und Gesundheit
Kanton Glarus	Samuel Baumgartner	Departementssekretär Finanzen und Gesundheit
Kanton Glarus	Orsolya Ebert	Hauptabteilungsleiterin Gesundheit
Kanton Glarus	Urs Kundert	Fachstelle für Gemeindefragen
Kanton Glarus	Samira Kohler	Studentische Mitarbeiterin
Gemeinde Glarus Nord	Steve Nann	Bereichsleiter Gesundheit, Jugend und Kultur
Gemeinde Glarus	Andrea Trummer	Gemeinderätin, Ressortvorsteherin Gesellschaft und Gesundheit
Gemeinde Glarus Süd	Brigitte Weibel	Gemeinderätin, Departementsvorsteherin Gesellschaft und Sicherheit
Curaviva Glarus	Markus Rusterholz	Präsident
Spitex Kantonalverband	Ruth Aeschbach	Vorstandsmitglied
Glarner Ärztegesellschaft	Simone Hauser-Gubler	Ärztin
Patientensicht	Rita Schwitter	Krankenbegleitgruppe Glarus und Glarus Nord

Der Auftrag der Arbeitsgruppe bestand in der Erstellung einer umfassenden Auslegeordnung über die aktuellen Angebote der Langzeitpflege (s. Ziff. 4) und eines Massnahmenkatalogs zur Stärkung der ambulanten unter Anpassung der stationären Angebote (s. Ziff. 5). Auf Basis dieser Überlegungen empfiehlt die Arbeitsgruppe den zuständigen politischen Behörden und Organen der Leistungserbringer, neun Massnahmen zur Stärkung der Langzeitpflege

weiterzuverfolgen (s. Ziff. 7). Diese Empfehlungen sind das Kernstück des Konzepts. Sie umfassen Massnahmen im Zuständigkeitsbereich des Kantons, der Gemeinden und der einzelnen Leistungserbringer. Letztlich obliegt es den zuständigen Behörden bzw. Organen, die Empfehlungen umzusetzen und die Langzeitpflege zu stärken.

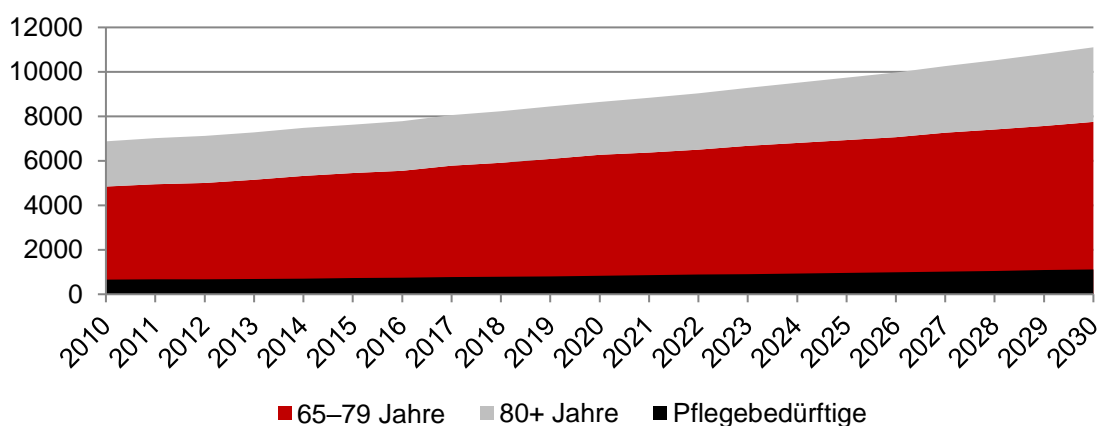
Die Arbeitsgruppe traf sich zu insgesamt sechs Sitzungen: An der Kick-off-Sitzung vom 24. Juni 2016 wurde eine umfassende Auslegeordnung vorgenommen. Dr. Jérôme Cosandey von Avenir Suisse<sup>1</sup> informierte die Mitglieder der Arbeitsgruppe über den Stand der Langzeitpflege im Kanton Glarus im interkantonalen Vergleich und mögliche Best Practices. An der Sitzung vom 13. September 2016 wurden drei Massnahmen (Koordinationsstelle, integrierte Versorgung und intermediäre Strukturen) vertieft diskutiert. An der Sitzung vom 23. November 2016 wurden einerseits weitere Massnahmen im ambulanten Bereich (Akutversorgung, Auslastung und Betreuung) diskutiert. Andererseits stellte Karin Meier, Leiterin RaJoVita Drehscheibe<sup>2</sup>, die integrierte Versorgung und die Koordinationsstelle am Beispiel der RaJoVita vor. Die Ergebnisse der Sitzungen wurden in diesem Konzept aufbereitet. Dieses wurde an der Sitzung vom 13. Februar 2017 bereinigt und für eine Vernehmlassung bei Kanton, Gemeinden, Leistungserbringern und weiteren Interessierten freigegeben. Am 26. Juni 2017 besprach die Arbeitsgruppe die Ergebnisse der Vernehmlassung. Sie passte ihre Empfehlungen leicht an und nahm zwei weitere Empfehlungen auf. Schliesslich verabschiedete die Arbeitsgruppe das bereinigte Konzept am 30. Oktober 2017 zuhanden der Genehmigung durch den Regierungsrat.

### 3. Ausgangslage

#### 3.1. Demografische Entwicklung

Die Bevölkerung des Kantons Glarus wird bis 2030 verglichen mit 2015 um 8 Prozent zunehmen. Dabei wird ein besonders starkes Wachstum der Personen im Alter über 65 Jahre erwartet. So soll sich die Anzahl Personen zwischen 65 und 79 Jahren um 42 Prozent und diejenige über 80 Jahre sogar um 54 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 2015 noch 7700 Personen waren (+47 %). Auch der Altersquotient (Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-jährigen Personen) wird sich von 31 Prozent im Jahr 2015 auf 45 Prozent im Jahr 2030 markant erhöhen.

Abbildung 1. Entwicklung Anzahl Personen 65+ Jahre und Pflegebedürftige im Kanton Glarus 2010–2030<sup>3</sup>



<sup>1</sup> Dr. Cosandey ist Autor der Studie von „Avenir Suisse (2016): Neue Massstäbe für die Alterspflege“.

<sup>2</sup> Die Stiftung RajoVita betreibt einen Grossteil der Alterseinrichtungen sowie die Spitex der Stadt Rapperswil-Jona. S. Anhang 2, Beispiel RaJoVita: Integrierte Versorgung.

<sup>3</sup> Bundesamt für Statistik, 2016b.

Wird davon ausgegangen, dass die Pflegequoten<sup>4</sup> stabil bleiben, wird mit der Alterung der Bevölkerung auch die Anzahl pflegebedürftiger Personen von schätzungsweise rund 700 Personen im 2015 um rund 54 Prozent auf 1100 Personen im 2030 steigen.

### **3.2. Bedürfnisse der älteren Bevölkerung**

Die ältere Bevölkerung hat den Wunsch, solange wie möglich selbstständig zu sein und zu Hause bleiben zu können. Um diesem Bedürfnis bestmöglich zu entsprechen, braucht es neue bedarfsgerechte ambulante Betreuungs- und Wohnformen sowie mehr Transparenz über die bestehenden Angebote.

### **3.3. 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.<sup>5</sup> Wie sehr sich dieser Fachkräftemangel zuspitzen wird, ist abhängig von der künftigen Aufgabenteilung zwischen Angehörigen, Spitex-Organisationen und Alters- und Pflegeheimen sowie von der technischen und medizinischen Entwicklung. Jedoch wird vermutet, dass es besonders für Regionen an der Peripherie und wirtschaftsschwache Kantone schwieriger sein wird, qualifiziertes Fachpersonal zu finden.<sup>6</sup> Bereits heute hat der Kanton Glarus im Spitex-Bereich wie auch in Alters- und Pflegeheimen eine unterdurchschnittliche Pflegepersonal-dichte.<sup>7</sup> 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. 4.3.2). Da der Pflegefachkräftemangel nicht nur die Langzeitpflege betrifft, wird auf diesen im Folgenden nicht vertieft eingegangen. Entsprechende Massnahmen werden zudem bereits heute geprüft bzw. umgesetzt (z. B. Einführung HF-Ausbildung am Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Kanton Glarus).

## **4. Langzeitpflege im Kanton Glarus**

### **4.1. Übersicht**

Abbildung 2. Versorgungskette in der Langzeitpflege<sup>8</sup>



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. Im Vordergrund steht, den Personen möglichst lange ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu ermöglichen. Mit steigendem Pflegebe-

<sup>4</sup> Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010.

<sup>5</sup> Christen et al., 2015, S. 27.

<sup>6</sup> Cosandey, 2016a, S. 127.

<sup>7</sup> Im Spitex-Bereich verfügte der Kanton Glarus im Jahr 2015 pro 1000 Einwohner über 65 Jahren über 7,3 Pflegepersonen (in VZÄ), während der schweizerische Durchschnitt 13,5 Pflegepersonen betrug. In Alters- und Pflegeheimen waren es pro 1000 Einwohner über 65 Jahren 35,7 Pflegepersonen (in VZÄ), während der schweizerische Durchschnitt bei 40,6 Pflegepersonen lag. (s. Bundesamt für Statistik, 2016a, und Bundesamt für Statistik, 2017).

<sup>8</sup> Cosandey, 2016b, F. 7.

darf 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.

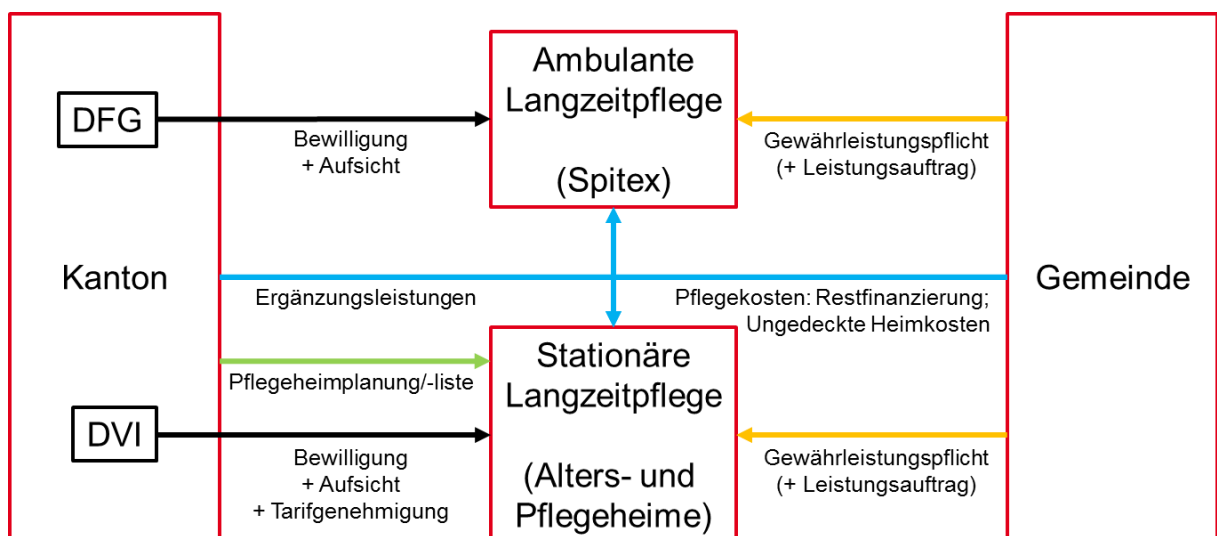
## 4.2. Zuständigkeiten

Im Kanton Glarus sind die Gemeinden für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Langzeitpflege zuständig.<sup>9</sup> Sie delegieren diese Aufgabe über Leistungsaufträge an die kommunalen Spitex-Organisationen und an die in ihrem Besitz befindlichen Alters- und Pflegeheime. Vereinzelt haben sie auch privaten ambulanten (selbstständige 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. Im stationären Bereich plant er aber mit der Pflegeheimliste auch das Angebot und 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 zur AHV (Kanton) und der Übernahme der Pflegerestkosten bzw. ungedeckten Heimkosten (Gemeinden).

Abbildung 3. Zuständigkeiten in der Langzeitpflege im Kanton Glarus



## 4.3. Organisation

### 4.3.1. Ambulante Langzeitpflege (Spitex)

Die ambulante Langzeitpflege im Kanton Glarus wird im interkantonalen Vergleich deutlich weniger in Anspruch genommen – hinsichtlich der Anzahl Klientinnen und Klienten wie auch des eingesetzten Personals. Mit 87,4 Klient/innen pro 1000 Einwohner über 65 Jahren lag der Kanton Glarus im 2015 auf Rang 18 aller Kantone (Durchschnitt CH: 124,3). Beim Personal wies er mit 7,3 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohner über 65 Jahren gar die tiefste Quote an Personal in der ambulanten Langzeitpflege in allen Kantonen auf (Durchschnitt CH: 13,5).

<sup>9</sup> Art. 33 Abs. 2 Kantonsverfassung, Art. 5 Gesundheitsgesetz und Art. 38 Sozialhilfegesetz

Abbildung 4. Vollzeitäquivalente und Klient/innen in der ambulanten Langzeitpflege nach Kanton 2015<sup>10</sup>

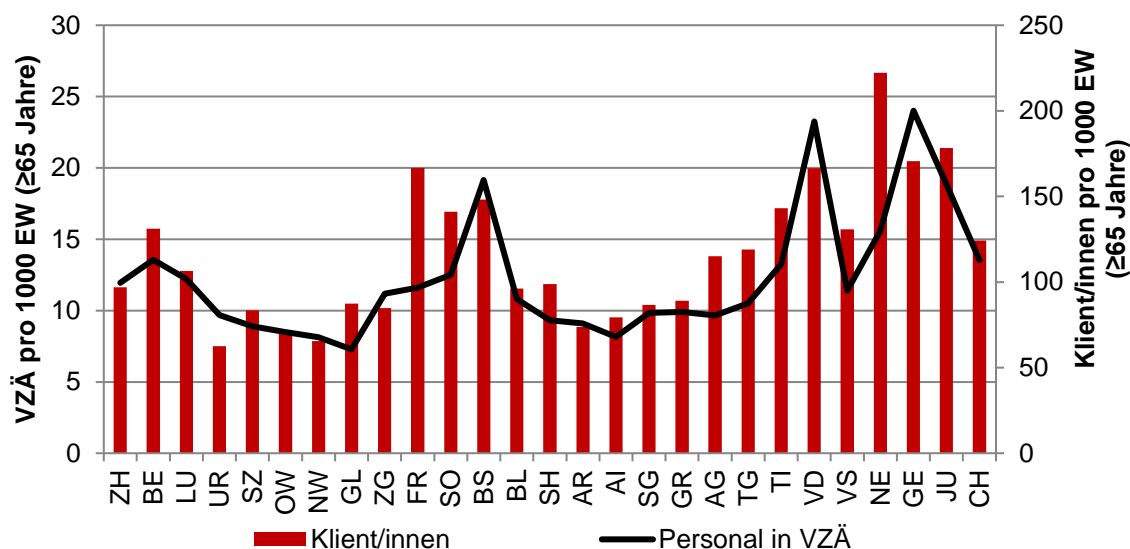


Tabelle 2 zeigt die im Kanton Glarus tätigen Leistungserbringer in der ambulanten Langzeitpflege sowie den Marktanteil der einzelnen Organisationen. Die ambulante Langzeitpflege umfasst dabei folgende Leistungen:

1. Pflegeleistungen<sup>11</sup>
  - Abklärung und Beratung
  - Untersuchung und Behandlung
  - Grundpflege
2. hauswirtschaftliche Leistungen
3. Mahlzeitendienst<sup>12</sup>

Tabelle 2. Leistungserbringer in der ambulanten Langzeitpflege 2015<sup>13</sup>

Organisationsform Leistungserbringer	Anzahl	Anteil Pflegeleistungen	Anteil hauswirtschaftliche Leistungen
Gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen (Spitex-Basisorganisationen)	4	97 %	95 %
Erwerbswirtschaftliche Unternehmen	1	1 %	5 %
Selbstständige Pflegefachpersonen (≥ 250 Stunden Pflegeleistungen/Jahr)	3	2 %	0 %
Selbstständige Pflegefachpersonen (< 250 Stunden Pflegeleistungen/Jahr) <sup>14</sup>	27	n. a.	n. a.

Die ambulante Langzeitpflege wird im Kanton Glarus zu über 95 Prozent von den vier gemeinnützigen Spitex-Organisationen erbracht. Lediglich 5 Prozent der hauswirtschaftlichen Leistungen und 3 Prozent der Pflegeleistungen für Personen über 65 Jahre werden von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen oder selbstständigen Pflegefachpersonen geleistet.

<sup>10</sup> Bundesamt für Statistik, 2016a.

<sup>11</sup> Art. 7 Abs. 2 KLV

<sup>12</sup> Die Spitex Glarus verfügt über keinen Mahlzeitendienst. In Glarus können Mahlzeiten aber über das AZ Bergli bezogen werden.

<sup>13</sup> Bundesamt für Statistik, 2016a. Die Daten betreffend Anteil an Pflegeleistungen beziehen sich nur auf Klient/innen, die mindestens 65 Jahre alt sind.

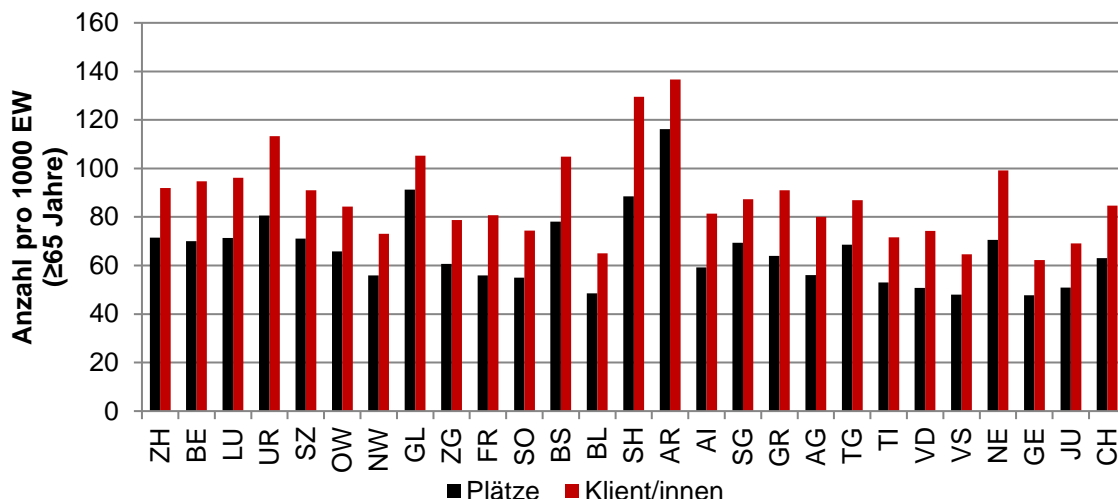
<sup>14</sup> Die selbstständigen Pflegefachpersonen, die weniger als 250 Stunden Pflegeleistungen pro Jahr erbringen, sind nicht verpflichtet die Spitex-Statistik zu führen. Es liegen daher keine Daten vor.



#### 4.3.2. Stationäre Langzeitpflege

Der Kanton Glarus verfügt über ein ausgebautes Angebot und eine starke Nachfrage in der stationären Langzeitpflege. Sowohl das Angebot (Anzahl Pflegeheimplätze) wie auch die Nachfrage (Anzahl Klient/innen) lagen mit 91,2 Plätzen bzw. 105,3 Klient/innen pro 1000 Einwohner über 65 Jahren im Jahr 2015 deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt von 63,1 Plätzen bzw. 84,7 Klient/innen (s. Abbildung 5).

Abbildung 5. Plätze und Klient/innen in der stationären Langzeitpflege nach Kanton 2015<sup>15</sup>



Eine Folge des grossen Angebots ist, dass der Kanton Glarus 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 (2015: 43 %; CH: 26 %).

Abbildung 6. Anteil Personen ohne oder mit leichtem Pflegebedarf in Alters- und Pflegeheimen 2015<sup>16</sup>

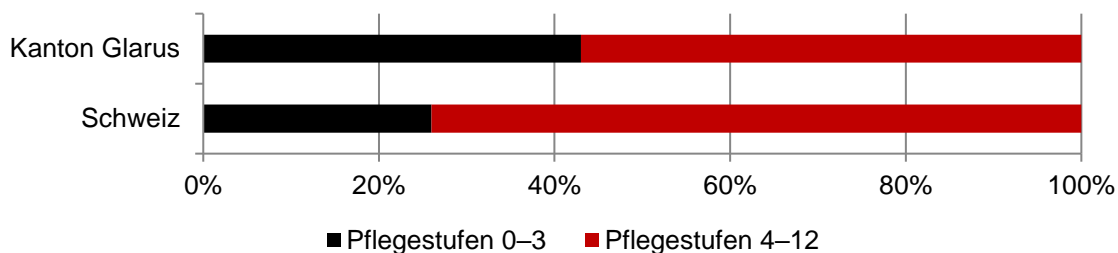


Tabelle 3 zeigt die im Kanton Glarus tätigen Leistungserbringer in der stationären Langzeitpflege sowie im intermediären Bereich (Tages- und Nachtstrukturen). Die stationäre Langzeitpflege umfasst dabei folgende Leistungen:

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.

<sup>15</sup> Bundesamt für Statistik, 2017. Aufgrund der Klienten-Fluktuation liegen die Werte für die Klienten über denjenigen der Plätze.

<sup>16</sup> Bundesamt für Statistik, 2017.

Stiftung Alterssiedlung Ennenda oder Genossenschaft Alterswohnungen Linth), da zu diesen vollständige Daten fehlen.

**Tabelle 3. Leistungserbringer in der stationären Langzeitpflege<sup>17</sup>**

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
<b>Total</b>		<b>718</b>	<b>8-9</b>	<b>2</b>	<b>49</b>

In Abbildung 7 ist die Belegung der 718 Plätze gemäss Pflegeheimliste nach Pflegestufen im 2015 dargestellt. 263 Plätze wurden von Personen in den Pflegestufen 0-3 (37 %) und 352 Plätze von Personen in den Pflegestufen 4-12 (49 %) besetzt. 103 Plätze (14 %) waren nicht besetzt bzw. teilweise auch nicht bewirtschaftet. In Bezug auf die Pflegeheimliste entsprechen die 615 besetzten Plätze einer Auslastung von 86 Prozent. Werden nur die effektiv bewirtschafteten und angebotenen Betten (696) berücksichtigt, betrug die Auslastung im Jahr 2015 88 Prozent.<sup>18</sup> Eine Auslastung unter 95 Prozent kann dabei auf eine Überversorgung im stationären Bereich hindeuten.<sup>19</sup> Zudem erschwert eine tiefe Auslastung auch die wirtschaftliche Führung eines Betriebs.

**Abbildung 7. Belegung der Plätze gemäss Pflegeheimliste 2015**

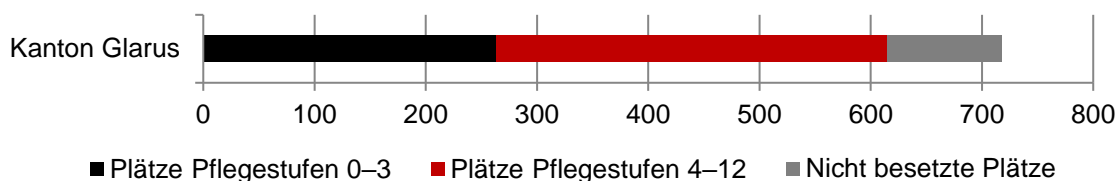


Abbildung 8 zeigt, dass trotz einer Zunahme der Personen über 65 Jahren zwischen 2000 und 2016 um 1300 Personen (+20 %) die Belegungstage in allen Gemeinden markant rückläufig sind (-17,1 % in absoluten Zahlen bzw. -33,4 % im Verhältnis zu den Personen, die älter als 65 Jahre sind).

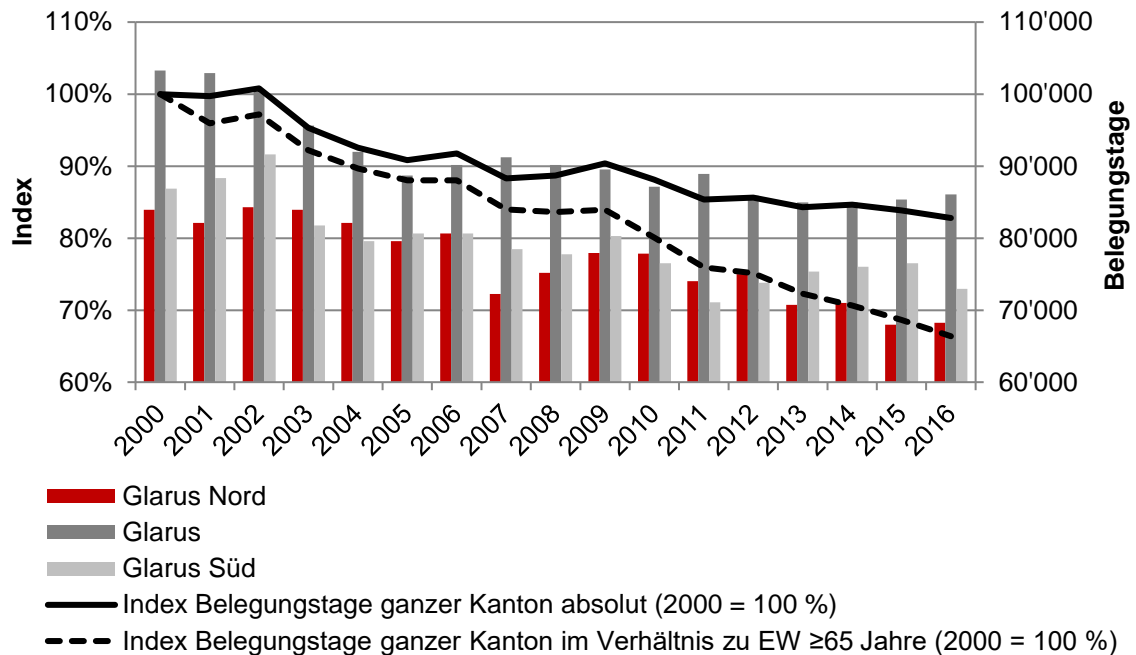
Offensichtlich wollen die meisten Menschen einen Pflegeheimaufenthalt wenn immer möglich vermeiden. Auffallend ist zudem, dass Glarus Nord trotz der höchsten Bevölkerungszahl am wenigsten Belegungstage aufweist. Mögliche Ursachen sind, dass die Wohn- und soziale Situation für die ältere Bevölkerung oder auch die ambulante Langzeitpflege in Glarus Nord deutlich besser sind als in den anderen beiden Gemeinden. Mit den rückläufigen Belegungstagen sinkt auch die Auslastung der Alters- und Pflegeheime, was wiederum eine wirtschaftliche Führung derselben erschwert.

<sup>17</sup> LP = Plätze gemäss Pflegeheimliste | TS = Tagesstruktur | NS = Nachtstruktur | AW = Alterswohnungen

<sup>18</sup> Bundesamt für Statistik, 2017.

<sup>19</sup> Cosandey, 2016a, S. 25.

Abbildung 8. Entwicklung der Belegungstage der Alters- und Pflegeheime im Kanton Glarus 2000–2016<sup>20</sup>



#### 4.3.3. Weitere Angebote

Neben der professionellen Pflege spielt auch die informelle Pflege durch Angehörige 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.<sup>21</sup>

Die Angehörigen 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.<sup>22</sup> Solche oder ähnliche Betreuungsleistungen werden auch von Organisationen wie der Pro Senectute oder KISS (Nachbarschaftshilfe mit Zeitgutschrift) angeboten.

Sowohl die Pflege durch Angehörige als auch die familiäre sowie institutionalisierte Betreuung sind nur schwer zu quantifizieren. Fest steht jedoch, dass diese Angebote einen elementaren Beitrag zum längeren Verbleib von älteren Menschen in den eigenen vier Wänden leisten.

#### 4.4. Kosten

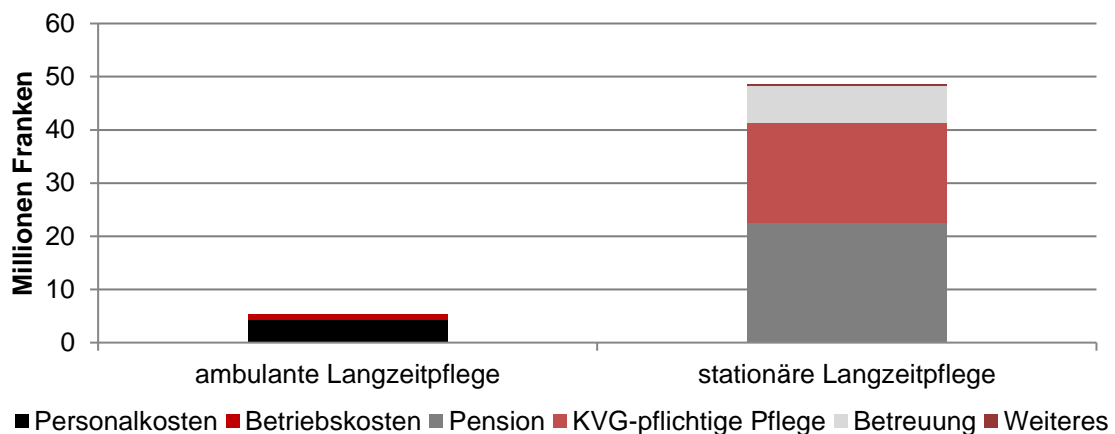
Die direkten Kosten der Langzeitpflege betragen im Jahr 2015 insgesamt rund 53,8 Millionen Franken. Davon entfielen 48,5 Millionen Franken (90 %) auf die stationäre und 5,3 Millionen Franken (10 %) auf die ambulante Langzeitpflege (s. Abbildung 9).

<sup>20</sup> Amts- bzw. Tätigkeitsberichte des Regierungsrates und der Gerichte an den Landrat des Kantons Glarus.

<sup>21</sup> Perrig-Chiello et al., 2010, S. 19.

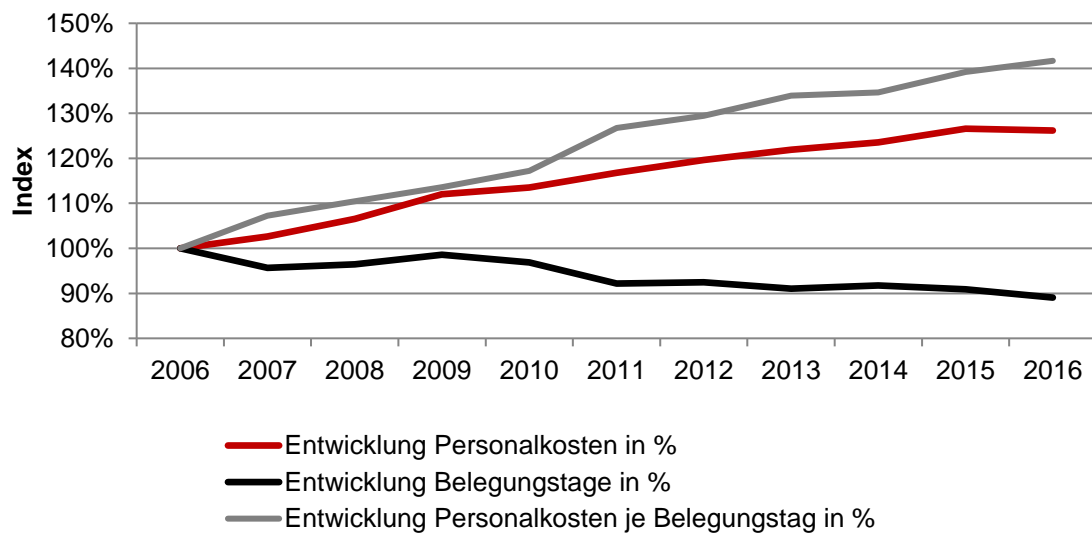
<sup>22</sup> Perrig-Chiello et al., 2010, S. 27.

Abbildung 9. Kosten der Langzeitpflege im Kanton Glarus 2015<sup>23</sup>



Wie aus Abbildung 10 ersichtlich ist, stiegen die absoluten Personalkosten in den letzten elf Jahren um über 25 Prozent. Da gleichzeitig die Belegungstage deutlich sanken, erhöhte sich der Personalaufwand je Belegungstag gar um über 40 Prozent. Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht eindeutig. Einerseits ist der Pflegebedarf in den letzten vier Jahren gestiegen.<sup>24</sup> Andererseits könnten trotz rückläufigen Belegungstagen höhere administrative Belastungen und fachliche Anforderungen oder das knappe Arbeitskräfteangebot zur Steigerung des Personalaufwandes beigetragen haben. Unterschiedliche Interessen der Spitex sowie der Alters- und Pflegeheime, Doppelspurigkeiten, das Fehlen einer zentralen Führung und mangelndes Controlling könnten diesen Trend noch zusätzlich verstärkt haben.

Abbildung 10. Entwicklung Belegungstage und Personalkosten der APGN, APG und APGS 2006–2016<sup>25</sup>



<sup>23</sup> Bundesamt für Statistik, 2016a, und Bundesamt für Statistik, 2017.

<sup>24</sup> Bundesamt für Statistik, 2017. Zwischen 2012 und 2015 nahm die Anzahl Pflagestage nach Pflege-  
stufen in den Pflegestufen 3–8 und 11 zu, während sie in den Pflegestufen 1, 2, 9, 10 und 12 abnahmen. Wird die Anzahl Pflagestage 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 rund 5 Prozent zu. Damit könnte gut die Hälfte der Personalkostensteigerung je Belegungstag in diesem Zeitraum (insgesamt +10 %) erklärt werden. Die Daten vor 2012 lassen sich mit den Daten ab 2012 nicht vergleichen, weshalb keine langfristigen Aussagen gemacht werden können.

<sup>25</sup> Eigene Erhebung.

#### 4.5. Finanzierung

Tabelle 4 zeigt, wer die unter Ziffer 4.4 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. Bei den Pflegekosten ist der Beitrag der Klienten wie auch der Krankenversicherer von Bundesgesetz wegen begrenzt. Allfällige Pflegerestkosten sind – ganz 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 keine direkten Einflussmöglichkeiten auf die Leistungserbringer hat.<sup>26</sup>

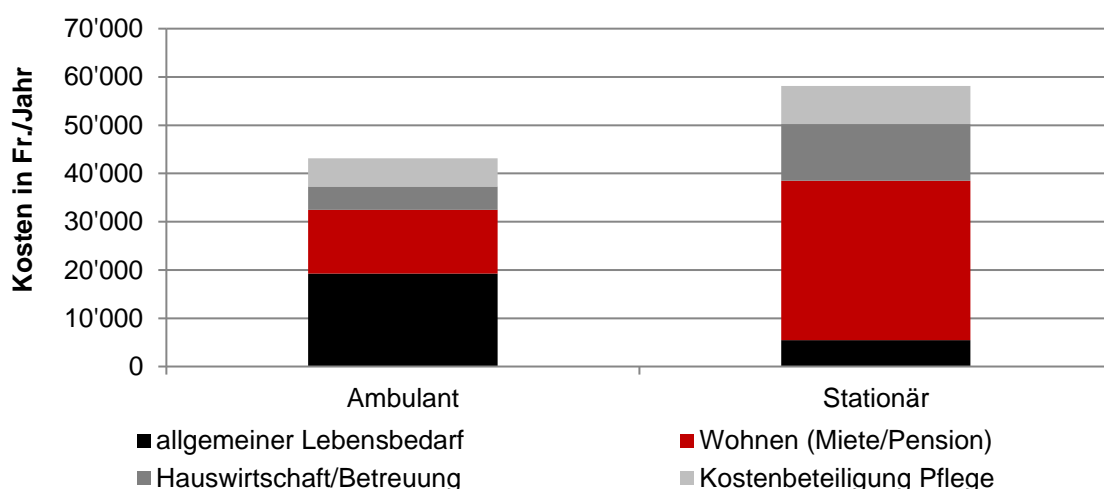
**Tabelle 4. Zuständigkeit Finanzierung**

	Klienten	Krankenversicherer	Gemeinden <sup>27</sup>	Kanton (bei EL-Bezügern)
Pflege				
- ambulant	X	X		
- stationär	max. 15.95 Fr./Tag max. 21.60 Fr./Tag	(gemäss Art. 7a KLV)	X	X
Betreuung / Hauswirtschaft	X	-	(X)	X
Hotellerie / Mahlzeiten	X	-	(X)	X

Der Anteil der öffentlichen Hand für die ambulante und stationäre Langzeitpflege betrug im Jahr 2015 insgesamt rund 12,8 Millionen Franken. Der Kanton bezahlte dabei Ergänzungsleistungen zur AHV für Heimbewohnende von rund 5,3 Millionen Franken. Die Gemeinden trugen Kosten von insgesamt rund 7,5 Millionen Franken, die sich auf Pflegerestkosten (5,4 Mio. Fr.), ungedeckte Heimkosten (0,5 Mio. Fr.) sowie Beiträge an die Spitex (1,7 Mio. Fr.) verteilten.

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 11).

**Abbildung 11. Ergänzungsleistungen pro Person und Jahr**

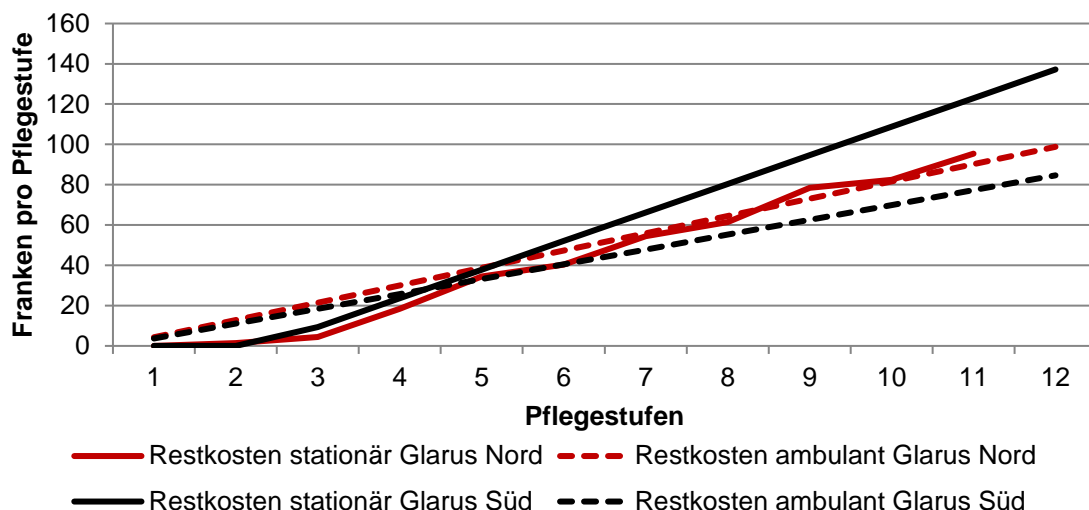


<sup>26</sup> Der Kanton kann aber indirekt durch die Genehmigung der Taxen begrenzten Einfluss nehmen.

<sup>27</sup> Die Gemeinden haben unter Umständen in der Betreuung bzw. Hotellerie ungedeckte Heimkosten zu tragen.

Abbildung 12 zeigt jedoch, dass die Gemeinden (und auch die Krankenversicherer) in tieferen Pflegestufen einen tieferen Beitrag bei einer stationären Pflege pro geleistete Pflegeminute als bei einer ambulanten Pflege bezahlen. Die Gemeinde Glarus kennt in der ambulanten Langzeitpflege keine leistungsorientierte Vergütung und ist daher in der Abbildung 12 nicht aufgeführt.

**Abbildung 12. Pflegerestkosten stationär und ambulant 2016**



Auf Basis einer groben Schätzung könnten bei einer Reduktion des Anteils der Personen ohne oder mit nur leichtem Pflegebedarf (Pflegestufen 0–3) in Alters- und Pflegeheimen von heute 43 Prozent auf das schweizerische Mittel von 26 Prozent und eine Pflege derselben durch die Spitex bei einer statischen Betrachtungsweise theoretisch bis zu 2,4 Millionen Franken pro Jahr eingespart werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die hohen Fixkosten der Alters- und Pflegeheime (Infrastruktur) bei einer tieferen Nachfrage nach stationären Leistungen nicht einfach wegfallen. Ebenfalls dürften die eingangs beschriebene demografische Entwicklung zu einer steigenden Nachfrage und der Fachkräftemangel zu einer Erhöhung der Personalkosten führen.

#### 4.6. Fazit

Die stationäre Langzeitpflege bildet im Kanton Glarus – wie auch in den Kantonen der Zentralschweiz – heute nach wie vor und trotz rückläufiger Belegungstage den Grundpfeiler der Betreuung älterer Personen.<sup>28</sup> Nicht zuletzt daher weisen viele Bewohnerinnen und Bewohner eine vergleichsweise geringe Pflegebedürftigkeit auf.

Die Gründe, warum Personen mit keinem oder leichtem Pflegebedarf in ein Heim ziehen, sind vielseitig. Das vorhandene ambulante und stationäre Angebot dürfte dabei eine grosse Rolle spielen. So haben die Glarner Alters- und Pflegeheime in Bezug zur Pflegeheimliste lediglich einen Auslastungsgrad von 86 Prozent. Dies ist verglichen mit dem schweizerischen Durchschnitt von 94 Prozent tief.<sup>29</sup> Die hohe Bettendichte kombiniert mit dem tiefen Auslastungsgrad sind erste Indikatoren für ein Überangebot. Besteht im Kanton ein Überangebot, ist ein Heimeintritt auch für nicht oder leicht pflegebedürftige Personen ohne Probleme möglich. Dadurch erhöht sich deren Anteil in Alters- und Pflegeheimen.

Dennoch besteht ein Trend hin zu ambulanten Angeboten, wie die sinkende Zahl der Belegungstage zeigt. Eine Verlagerung der nicht und leicht pflegebedürftigen Personen von stati-

<sup>28</sup> Dutoit et al., 2016, S. 2.

<sup>29</sup> Bundesamt für Statistik, 2017.

onären Einrichtungen zu ambulanten Angeboten muss künftig ein Ziel sein, weil dies erstens den Bedürfnissen der Patienten entspricht, zweitens kostengünstiger<sup>30</sup> ist und drittens ermöglicht, die erwartete Alterung der Bevölkerung mit den bestehenden stationären Infrastrukturen aufzufangen.

Zu bedenken ist jedoch, dass eine tiefere Bettenbelegung bzw. weniger Heimbewohner nicht automatisch zu tieferen Kosten für die öffentliche Hand führen, wie die Entwicklung der Personalkosten der Alters- und Pflegeheime deutlich zeigt. Um die Kosten zu senken, bedarf es deshalb struktureller Massnahmen. Betten müssen abgebaut und allenfalls sogar Alters- und Pflegeheime geschlossen werden.

## **5. Mögliche Massnahmen**

Im Folgenden werden verschiedene Massnahmen diskutiert, mit denen ambulante Angebote gestärkt und eine Verlagerung der nicht und leicht pflegebedürftigen Personen von stationären zu ambulanten Angeboten erzielt werden kann. Ziel ist dabei, dass betagte Personen das Angebot nutzen, das ihren individuellen Bedürfnissen am besten entspricht.

Auf Basis der Diskussion und Würdigung der Vernehmlassung (Ziff. 6) empfiehlt die Arbeitsgruppe anschliessend unter Ziffer 7 die Umsetzung verschiedener Massnahmen, die im Kanton Glarus konkret anzugehen sind.

Die Arbeitsgruppe weist darauf hin, dass die verschiedenen Massnahmen mehrheitlich nur in ihren Grundzügen diskutiert wurden. Wenn einzelne Massnahmen konkret angegangen werden, sind diese und ihre Auswirkungen vor der Umsetzung fundiert zu prüfen. So fehlen insbesondere auch Angaben oder Schätzungen zu den finanziellen Auswirkungen der einzelnen Massnahmen.

### **5.1. Ausbau des ambulanten Angebots**

Die Reduktion des Anteils nicht oder nur leicht Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen bedingt, dass passende ambulante Angebote vorhanden sind. Diese können den entsprechenden Pflege- und Betreuungsbedarf auffangen. Bedürfnisgerechte ambulante Angebote, zu denen nicht nur Pflegedienstleistungen, sondern auch Betreuungs- und Therapieangebote gehören, können Heimeintritte verzögern und in gewissen Fällen sogar vermeiden.

Es muss allerdings beachtet werden, dass durch die neuen Angebote keine neue Nachfrage entsteht, die bisweilen gar nicht oder durch Angehörige befriedigt wurde. Es wäre falsch davon auszugehen, dass ein Ausbau des ambulanten Angebots auch automatisch zu einer Reduktion des stationären Angebots führen würde. Denn bei steigender Nachfrage ist auch ein Wachstum des ambulanten Angebots ohne gleichzeitige Reduktion des stationären Angebots denkbar. Dieses Risiko muss aber eingegangen und durch flankierende Massnahmen (s. Ziff. 5.3) reduziert werden, denn ein Ausbau des ambulanten Angebots ist im Hinblick auf das Ziel der Stärkung der ambulanten Versorgung unabdingbar. Der Ausbau muss sowohl im Pflege- als auch im Betreuungsbereich erfolgen.

#### **5.1.1. Spezialisierte ambulante Angebote**

Heute fehlen spezialisierte ambulante Angebote wie Abend-/Nachtdienst, Palliative Care, psychosoziale Betreuung, Demenzpflege oder Akut- und Übergangspflege weitgehend bzw. werden nur in Ausnahmefällen angeboten.

---

<sup>30</sup> Die Gesamtkosten der Langzeitpflege sind bis Pflegestufe 4–6 (60–120 Minuten Pflege) geringer, wenn der Patient ambulant anstatt stationär gepflegt wird (s. Cosandey, 2016a, S. 44, sowie Wächter & Künzi, 2011).

Da die Nachfrage nach diesen spezialisierten Angeboten in den einzelnen Gemeinden eher gering ist, lohnt sich eine Bereitstellung solcher Angebote durch die einzelnen Spitex-Organisationen oftmals nicht. Sie sollten daher auf kantonaler Ebene angeboten werden. Alternativ wäre auch eine Zusammenarbeit in einem spezifischen Bereich mit einem Nachbarkanton oder einer anderen Organisation denkbar (z. B. analog der Zusammenarbeit der Spitex mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden).

Während die Spitex bei bestehenden Klienten bereits Notfalleinsätze leistet, ist die Notfallversorgung bei den übrigen Personen derzeit nicht Teil der Spitex-Leistungen. Dies hat mehrere Gründe: Zum einen darf die Spitex diese Leistungen nur auf ärztliche Verordnung hin erbringen. Dies wird bei Personen, die nicht Klient der Spitex sind, umso schwieriger, vor allem wenn der Pflegeperson weder der Klient noch dessen Krankengeschichte bekannt ist. Des Weiteren verfügt die Spitex über zu wenige Ressourcen, um diesen Bereich abdecken zu können. Aufgrund des unregelmässigen Bedarfs ist es ohnehin schwierig abzuschätzen, wie viele zusätzliche Ressourcen es zur Abdeckung des Bereichs benötigen würde. Dies hat zur Folge, dass die Hausärzte häufig auch bei geringfügigen Gesundheitsproblemen konsultiert werden und dadurch stark ausgelastet sind. Eine Triage mit einem spezialisierten Notfall-Spitex-Team könnte dieses Problem lösen. Dieses wäre auf Abruf bereit und würde über genügend qualifiziertes Personal verfügen, damit es situativ Abklärungen vornehmen und entscheiden kann, ob ein Arzt hinzugezogen werden muss. Durch die Arbeit dieses Teams sollen insbesondere die Hausärzte entlastet werden.

Auch im Bereich der Palliative Care könnte ein spezialisiertes Spitex-Team verschiedene Vorteile mit sich bringen. Palliative Situationen sind häufig sehr zeitintensiv und können so mit dem straffen Zeitplan des Tagesgeschäfts in Konflikt stehen. Durch ein spezialisiertes Team können die Einsätze flexibler gestaltet und auf die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden, ohne dass auch noch die Verpflichtungen des Tagesgeschäfts wahrgenommen werden müssen. Diese flexibleren Einsatzmöglichkeiten erweisen sich allgemein als Vorteil von spezialisierten Spitex-Teams.

Inwieweit eine Spezialisierung in den genannten Bereichen Sinn macht, ist abhängig vom effektiven Bedarf an den verschiedenen Spezialisierungsbereichen. Dieser muss vorab ermittelt werden.

#### *5.1.2. Akut- und Übergangspflege*

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Verhinderung eines frühzeitigen stationären Langzeitaufenthalts ist die Akut- und Übergangspflege. Sie wird vom Spitalarzt in jenen Fällen verordnet, in denen die medizinisch-pflegerische Situation des Patienten zwar stabil ist und daher ein Austritt aus dem Akutspital möglich wäre, der Patient jedoch noch nicht in der Lage ist, den Alltag selbstständig zu bewältigen und in die gewohnte Umgebung zurückzukehren. Die Akut- und Übergangspflege ist somit besonders für ältere Menschen von Bedeutung, da diese für gewöhnlich mehr Zeit für die Genesung benötigen als jüngere Patienten. Die Akut- und Übergangspflege kann stationär wie auch ambulant erfolgen.

Die Kosten der Akut- und Übergangspflege werden während maximal zwei Wochen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und dem Wohnkanton des Patienten vollständig übernommen.<sup>31</sup> Hotelleriekosten, die im Rahmen einer stationären Akut- und Übergangspflege anfallen, müssen vom Patienten selbst bezahlt werden. Dies führt in der Praxis dazu, dass Patienten die Akut- und Übergangspflege nicht in einem stationären Rahmen in Anspruch nehmen wollen.

Die zeitliche Begrenzung der bezahlten Akut- und Übergangspflege stellt ein weiteres Problem dar: Alte Menschen benötigen für eine gesundheitliche Stabilisierung oftmals mehr als zwei Wochen. Daraus ergibt sich eine Finanzierungslücke für die Fortsetzung der spezifi-

---

<sup>31</sup> Art. 25a Abs. 2 KVG



schen Anstrengungen für die Rückkehr in das gewohnte Umfeld. Die ungeklärte Frage dieser Restfinanzierung sowie der Umstand, dass die Übergangspflege von den Spitalärzten häufig gar nicht verordnet wird, führt dazu, dass die Chance, vorübergehend pflegebedürftige Personen durch eine genügend lange Akut- und Übergangspflege wieder in das gewohnte Umfeld integrieren zu können, nicht genutzt wird und diese Personen stattdessen dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung eintreten.

Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege im Bereich der Hotellerie sowie über die gesetzlich garantierte Zeit von zwei Wochen hinaus ist daher zu prüfen.

### *5.1.3. Flexible Personalressourcen*

Eine weitere denkbare Massnahme ist die Schaffung flexibler Personalressourcen. Dadurch könnten Mitarbeiter bei hoher Auslastung entlastet und bei tiefer Auslastung Kündigungen vermieden werden. Flexible Personalressourcen könnten durch einen Personalpool mit Springern, die bei Bedarf eingesetzt werden, realisiert werden. Der Pool kann gemeinde- und/oder organisationsübergreifend zusammengestellt werden. Die gemeindeübergreifende Zusammensetzung stellt ein genügend grosses Einsatzgebiet sicher, sodass tiefe Auslastungen aufgrund der Zahl potenzieller Patienten weitgehend vermieden werden können. Die organisationsübergreifende Zusammensetzung, d. h. bestehend aus Mitarbeitern ambulanter und stationärer Organisationen, ermöglicht flexible Einsätze des Personals. Die Personaldurchlässigkeit zwischen ambulanten und stationären Einsätzen kann am leichtesten in einer integrierten Versorgungsstruktur (s. Ziff. 5.4.2) erreicht werden.

Berücksichtigt werden müsste jeweils aber die individuelle Eignung der Pflegepersonen für einen derart flexiblen Arbeitseinsatz. Nicht jeder Mitarbeiter verfügt gleichermassen über die tatsächliche Flexibilität und Fähigkeit, in verschiedenen Institutionen gleichzeitig zu arbeiten. Auch die Einsatzplanung wäre stark gefordert, um alle Richtlinien und Rahmenbedingungen (Pensum, Ruhetage usw.) einzuhalten.

## **5.2. Ausbau der intermediären Strukturen**

Neben dem ambulanten Angebot verfügen auch die intermediären Strukturen über Ausbaupotenzial. Insbesondere fehlt es an Alterswohnungen mit umfassenden Dienstleistungen sowie an Tages- und Nachtstrukturen. Ziel von intermediären Strukturen ist die ambulante Versorgung tiefer Pflegestufen, die Einsparung finanzieller Mittel und die Stärkung der Selbstständigkeit der betagten Personen.

### *5.2.1. Betreutes Wohnen*

Das betreute Wohnen stellt ein wichtiges Angebot zwischen dem Verbleib zu Hause und der Heimpflege dar. Es ermöglicht älteren Personen trotz zunehmender Betagtheit, weiterhin selbstständig zu bleiben. Die Leistungserbringer im Kanton Glarus könnten solche Angebote künftig anbieten. Besonders naheliegend erscheint dabei eine Bereitstellung von betreutem Wohnen durch die Alters- und Pflegeheime. Die Nähe zum Heim stellt für die betagten Bewohner einen grossen Vorteil dar: Das Heim bietet ihnen Sicherheit rund um die Uhr und die Dienstleistungen, die bezogen werden können, entlasten sie wo nötig im Alltag. Den Bewohnern wird ein hoher Grad an Autonomie und Sicherheit gewährt. Wichtig ist auch die soziale Nähe, die ans Heim angegliederte Alterswohnungen bieten können. Bieten die Heime den Bewohnern nämlich die Möglichkeit, an ihrem Programm für die Heimbewohner teilzunehmen, sind die Wohnungen insbesondere auch für Personen geeignet, die zu Hause sozial isoliert wären.

Zu klären ist die Finanzierung des betreuten Wohnens, da das Bundesrecht für dieses intermediäre Angebot keine Ergänzungsleistungen vorsieht. Ist das Verbleiben zu Hause mit Hilfe der Spitex nicht mehr möglich, haben Personen mit einem tiefen Einkommen somit keine andere Wahl, als in ein Heim einzutreten. Dieses stellt die einzige finanzierbare Lösung dar. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, könnten neue EL-Tarife für das betreute Wohnen

geschaffen werden.<sup>32</sup> Die Tarife dürften allerdings nicht zu hoch sein, da dies nicht zu einer Substitution im Heimbereich führen würde, sondern zusätzliche Nachfrage nach betreutem Wohnen generieren würde. Sind die Tarife allerdings zu tief, wird es kaum möglich sein, betreutes Wohnen für EL-Beziehende anzubieten, was den Anreiz für einen Heimeintritt wiederum erhöhen würde.

### 5.2.2. *Tages- und Nachtstrukturen*

Tages- und Nachtstrukturen ermöglichen zu Hause lebenden Menschen soziale Integration und entlasten pflegende Angehörige. Tagesstrukturen sind dabei insbesondere für Personen mit umfassendem Betreuungsbedarf interessant, da dieser für die Angehörigen sehr belastend sein kann. Nachtstrukturen sind hingegen insbesondere für Personen mit nächtlichem Pflegebedarf interessant und ermöglichen den pflegenden Angehörigen, nachts durchzuschlafen. Nachtstrukturen nehmen gegenüber den Tagesstrukturen eine untergeordnete Bedeutung ein und werden deshalb hier nicht weiter vertieft.

Kann den pflegenden Angehörigen durch Tagesstrukturen eine zeitweise Entlastung gewährt werden, haben sie länger die Energie, die Betagten zu Hause zu versorgen. Ein quantitativer Ausbau alleine genügt jedoch nicht. Damit Tagesstrukturen eine ernsthafte Alternative zu einem stationären Aufenthalt darstellen, müssen sie vielmehr auch den qualitativen Bedürfnissen der Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigen und deren Angehörigen entsprechen. Wichtig für den Erfolg einer Tagesstruktur sind insbesondere ein auf die Patienten ausgerichtetes Betreuungsangebot, angehörigefreundliche Öffnungszeiten sowie eine gute Erreichbarkeit.<sup>33</sup> Auch ist zu klären, welcher Leistungserbringer ein entsprechendes Angebot anbieten kann bzw. soll. Da zu Beginn eher mit einer kleinen Nachfrage zu rechnen ist, sollte nicht jede Institution derartige Strukturen anbieten. Vielmehr sollten die Angebote untereinander koordiniert werden. Die Integration in ein Alters- und Pflegeheim schafft dabei grundsätzlich Synergien mit bereits bestehenden Angeboten. Zu klären ist jedoch, inwieweit sich die Interessen und Bedürfnisse sowie die daraus resultierenden Tages- und Betreuungsabläufe von Tagesgästen und Heimbewohnern decken. Auch die Finanzierung sowie die Vereinbarkeit mit bestehenden Leistungsvereinbarungen sind noch zu klären.

### 5.2.3. *Ferien- und Kurzeitaufenthalte*

Neben Tages- und Nachtstrukturen stellen auch Ferien- und Kurzeitaufenthalte ein Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger dar. Das Angebot bietet diesen die Möglichkeit, sich auch mal für längere Zeit von der pflegerischen Tätigkeit erholen zu können. Da Ferien- und Kurzeitaufenthalte bereits in vielen Heimen möglich sind, muss primär der Zugang verbessert werden. Insbesondere sollte es Anlaufstellen geben, die gut über die Möglichkeiten und Verfügbarkeiten der einzelnen Institutionen informiert sind.

## 5.3. ***Anpassung des stationären Angebots***

Neben der Stärkung der ambulanten Angebote und der intermediären Strukturen gilt es auch das stationäre Angebot so anzupassen, dass eine Verlagerung der nicht bzw. nur leicht pflegebedürftigen Personen vom stationären in den ambulanten Bereich ermöglicht wird.

### 5.3.1. *Anpassung Pflegeheimliste*

Im 2015 waren von 718 bewilligten Pflegeheimplätzen 615 Plätze belegt (86 %). Lediglich 352 Plätze (49 %) entfielen auf mittelschwer und schwer pflegebedürftige Personen (Pflegestufen 4–12).<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> So können z. B. im Kanton Graubünden künftig bestimmte Kosten des betreuten Wohnens durch Ergänzungsleistungen vergütet werden.

<sup>33</sup> Cosandey, 2016a, S. 30 ff.

<sup>34</sup> S. Ziff. 4.3.2, Abbildung 6.

Bei einer Verteilung von nicht bzw. leicht pflegebedürftigen zu mittelschwer und schwer pflegebedürftige Personen gemäss dem heutigen schweizerischen Durchschnitt (1:3) wären für die Versorgung der pflegebedürftigen Personen im Jahr 2030 rund 700 Plätze erforderlich. Wie die Entwicklung der Belegungstage in den letzten Jahren jedoch gezeigt hat, ist es fraglich, ob diese Kapazitäten tatsächlich benötigt werden. Angesichts der heutigen Überkapazitäten ist daher eine deutliche Reduktion der Pflegeheimplätze unumgänglich und bereits in Planung.

#### **5.3.2. Obligatorische Bedarfsabklärung<sup>35</sup>**

Eine obligatorische Bedarfsabklärung führt dazu, dass Heimplätze hauptsächlich mit mittelschwer bis schwer pflegebedürftigen Personen besetzt werden. Erst wenn der individuelle Bedarf für einen stationären Pflegeplatz abgeklärt und nachgewiesen ist, kann ein Heimeintritt erfolgen. Dieses Vorgehen existiert heute bereits im Kanton Basel-Stadt.

#### **5.3.3. Ausschluss eines Heimeintritts bei leichter Pflegebedürftigkeit<sup>36</sup>**

Noch weiter als eine obligatorische Bedarfsabklärung geht der grundsätzliche Ausschluss eines Heimeintritts bei leichter Pflegebedürftigkeit, wie dies im Kanton Genf der Fall ist. Sieht ein Kanton eine solche Heimeintrittsschranke vor, ist es besonders wichtig, dass für die Personen, die zwar die für einen Heimeintritt vorgeschriebene Pflegestufe nicht erreichen, trotzdem aber auf Hilfe oder Betreuung angewiesen sind, ein ausreichendes ambulantes oder intermediäres Angebot besteht, das diese Bedürfnisse abdecken kann. Zu beachten ist, dass mit einer solchen Massnahme wesentlich in das Selbstbestimmungsrecht der betagten Personen eingegriffen wird, weshalb sie durchaus ethische Bedenken hervorrufen kann.

### **5.4. Kooperationen und Koordination zwischen den Leistungserbringern**

Um die künftigen Herausforderungen der Langzeitpflege meistern zu können, sollen die stationären und ambulanten Leistungserbringer vermehrt zusammenarbeiten und insbesondere ihre Leistungsangebote koordinieren sowie auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen abstimmen. Eine intensive und koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern soll im Ergebnis zu einer fachlich fundierten und wirtschaftlich effizienten Grundversorgung im Bereich der Betreuung und Pflege im Alter führen.

Eine koordinierte Zusammenarbeit braucht es aber nicht nur zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, sondern zwischen allen Beteiligten. Die Koordination zwischen Laien und Fachpersonen wie auch die interprofessionelle Zusammenarbeit über alle Versorgungsstrukturen hinweg soll künftig gefördert werden. Dazu ist es notwendig, die Fachkompetenz zur Pflege und Betreuung von betagten Patienten entlang der Behandlungskette zu erweitern und die verschiedenen Akteure näher zusammenzuführen.

#### **5.4.1. Kooperation durch Information: Koordinationsstelle**

Eine unabhängige Koordinationsstelle könnte Betroffene und Angehörige über die bestehenden Angebote informieren und diese an Fachstellen und Leistungserbringer vermitteln. Sie koordiniert ausserdem die passende Unterstützung und übernimmt Fallverantwortung für die Organisation der notwendigen Unterstützung und Betreuung. Idealerweise werden in den Beratungsprozess alle Beteiligten (Angehörige, Hausärzte, Spitex, Spital usw.) miteinbezogen. Die umfassende Beratung soll den Verbleib zu Hause möglichst lange ermöglichen und dazu führen, dass die ambulanten Optionen vor einem Eintritt ins Alters- und Pflegeheim vollständig ausgeschöpft werden. Durch ihre unabhängige und bedürfnisorientierte Tätigkeit vernetzt sie die Angebote der verschiedenen Leistungserbringer besser miteinander und fördert die Transparenz.

---

<sup>35</sup> S. Anhang 2: Beispiel Basel-Stadt.

<sup>36</sup> S. Anhang 2: Beispiel Genf.

Für das Funktionieren einer Koordinationsstelle gibt es zwei Erfolgsfaktoren. Die Stelle braucht erstens die Unterstützung durch die Leistungserbringer und zweitens die Bekanntheit innerhalb der Zielgruppe. Die beiden Erfolgsfaktoren hängen eng zusammen. Sehen die Leistungserbringer den Nutzen der Koordinationsstelle, werden sie sich auch dafür einsetzen, dass die Betroffenen und deren Angehörige die Koordinationsstelle kontaktieren. Dadurch können die einzelnen Organisationen Zeit und Ressourcen sparen, die sie sonst für eigene Auskünfte und Beratungen aufwenden müssten.

Über die oben genannten Aufgaben hinaus könnte die Stelle möglicherweise auch Aufgaben wie die erwähnte Bedarfsabklärung (s. Ziff. 5.3.2) oder die direkte Zuordnung von Pflegeplätzen wahrnehmen. Fraglich wäre aber, ob solche Aufgaben überhaupt erfüllt werden können, wenn die Konsultation der Koordinationsstelle durch die älteren Menschen freiwillig ist oder ob nicht der ganze Heimeintrittsprozess verändert werden müsste, sodass die Koordinationsstelle als zwingende Zwischenstufe vor jedem Heimeintritt einzuschalten wäre (analog dem Sozialdienst im Spital). Dieser Weg würde jedoch entsprechendes Fachpersonal erfordern.

Für die Schaffung einer solchen Koordinationsstelle unter dem Namen „Drehscheibe Gesundheit“ hat eine andere Arbeitsgruppe bereits parallel zur Erstellung des vorliegenden Berichts ein separates Konzept erstellt, das eine mögliche Umsetzung dieser Massnahme im Detail behandelt und als Grundlage für die weitere Bearbeitung des Themas dienen kann.<sup>37</sup>

#### 5.4.2. *Kooperation durch Integration: integrierte Versorgung*

Die intensivste Form der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern ist die integrierte Versorgung.<sup>38</sup> Im Fokus steht hier die gesamte Versorgungskette. Anbieter des ambulanten und stationären Bereichs kooperieren enger, wobei die Kooperation von einer punktuellen vertraglichen Zusammenarbeit bis zu einem organisatorischen Zusammenschluss (Fusion) gehen kann.

Im Modell der integrierten Versorgung haben die betagten Personen die Möglichkeit, aus der gesamten Versorgungskette – von ambulant bis stationär – das für sie geeignete Angebot auszuwählen. Das gesamte Angebot kommt aus einer Hand. Dadurch wird es überschaubarer und die Wahl zwischen einzelnen Teilangeboten wird vereinfacht. Auch das Denken in Entweder-oder-Kategorien (also ambulant oder stationär) erübrigt sich. Für die Patienten hat das Modell den Vorteil, dass zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ein niederschwelliger Übergang besteht und ein Wechsel vereinfacht wird.

Den Leistungserbringern ermöglicht das Modell, Synergien zu nutzen und Kosten zu optimieren. Der integrale Leistungserbringer präsentiert sich ausserdem als attraktiver Arbeitgeber. Er bietet Arbeits- und Ausbildungsplätze in den unterschiedlichsten Bereichen, erlaubt einfache Wechsel zwischen den einzelnen Betrieben und bietet seinen Mitarbeitern so mehr Aufstiegsmöglichkeiten als herkömmliche Leistungserbringer. Zudem hat er grösseren Gestaltungsspielraum beim Einsatzplan und er kann auch interne Aus- und Weiterbildungsangebote anbieten. Da all diese beruflichen Perspektiven und Möglichkeiten bei der Wahl des Arbeitgebers eine wichtige Rolle spielen, hat der integrierte gegenüber dem nicht integrierten Leistungserbringer einen Vorteil im hart umkämpften Personalmarkt des Gesundheitswesens.

Bei der Frage nach der Form der Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär besteht eine grosse Spannweite. In der Gemeinde Glarus Nord wird derzeit die Ansiedlung des Spitex-Stützpunktes bei einem Alterszentrum der Alters- und Pflegeheime Glarus Nord geplant. Diese örtliche Zusammenführung ermöglicht einen informellen Austausch zwischen Spitex und den Heimen. Eine weitere Form der Zusammenarbeit ist die vertragliche Zusammenar-

---

<sup>37</sup> Schwitter et. al., 2017.

<sup>38</sup> S. Anhang 2: Beispiel RaJoVita; Beispiel Center da sandà Val Müstair.

beit in definierten Bereichen. Diese hat jedoch einen hohen Regelungsbedarf. Die extremste Form der Zusammenarbeit ist der Zusammenschluss zu einer Organisation, die vollständige Fusion. Wichtig bei einem integrierten Versorger ist ausserdem, dass nicht nur die ambulanten und stationären Leistungen, die zuvor schon bestanden, angeboten werden, sondern dass auch intermediäre Strukturen und eventuell eine Koordinationsstelle, die das gesamte Angebot koordiniert, entstehen. Diese zusätzlichen Strukturen und Leistungen würden das ganzheitliche System der integrierten Versorgung vervollständigen.

Die Vorteile einer integrierten Versorgung sind zwar offensichtlich, die Umsetzung ist aber anspruchsvoll. Mit einem Zusammenschluss treffen unterschiedliche Organisationskulturen aufeinander und es können Ängste betreffend Macht- und Autonomieverlust entstehen. Für eine Integration ist daher genügend Zeit einzuplanen. Um die integrierte Versorgung realisieren zu können, dürfte zudem ein klarer politischer Entscheid bzw. der Wille der Gemeinden zur Umsetzung erforderlich sein.

Zu klären wäre auch, was bei einem Zusammenschluss von Heimen und Spitex mit den Spitex-Vereinen und deren Freiwilligen passieren soll und wie die Spenden sowie die Mitgliederbeiträge, die bei einer Fusion grösstenteils wegfallen dürften, kompensiert werden bzw. ob die öffentliche Hand diese Differenz tragen müsste.<sup>39</sup>

### **5.5. Verbesserung der sozialen Situation und der Wohnsituation**

Bei Personen mit geringem Pflegebedarf ist oftmals die soziale Situation oder die Wohnsituation ein wichtiger Faktor, der zu einem Heimeintritt führt. Altersgerechte Wohnungen (s. Ziff. 5.2.1) und ein funktionierendes soziales Umfeld (Nachbarschafts- und Angehörigenhilfe, Freiwilligenarbeit wie z. B. KISS und Betreuungsangebote u. a. von Einrichtungen wie Pro Senectute, das Schweizerische Rote Kreuz oder der Krankenbegleitgruppe) setzen hier an.

Auch im sozialen Bereich ist das Angebot noch ausbaufähig. So könnten die bestehenden Angebote durch einen Pool mit Betreuungspersonen ergänzt werden, der beispielsweise aus Zivildienstlern, Langzeitarbeitslosen und Asylsuchenden zusammengestellt ist. Die Ausbildung der Betreuungspersonen wie auch von Angehörigen kann in Zusammenarbeit mit der Pflegeschule oder dem SRK erfolgen. Diese können Guidelines im Umgang mit Betagten vermitteln, sodass ein qualitativ angemessener Standard gewährleistet werden kann. Wichtig ist, dass die Grenzen zwischen Pflege und Betreuung klar definiert und die Kommunikation zwischen den beiden Bereichen standardisiert werden. Hierzu braucht es eine enge Zusammenarbeit mit der Spitex, was auch den Zugang zu den Patienten erleichtern würde.

Ein Verbesserungspotenzial besteht auch bei der Koordination der institutionalisierten Freiwilligenarbeit. Die Angehörigen haben derzeit eine Vielzahl von Ansprechpartnern und wissen häufig nicht genau, an wen sie sich in welchem Fall wenden sollen. Hier würde eine Koordinationsstelle, die über die verschiedenen Betreuungsangebote Auskunft geben kann, Abhilfe schaffen (s. Ziff. 5.4.1).

Zuletzt müssen auch die Kosten von Betreuungsangeboten thematisiert werden. Diese sind zwar aufgrund dessen, dass die Angebote von gemeinnützigen Organisationen stammen, relativ tief. Sie summieren sich aber trotzdem, wenn die Betreuungsleistungen regelmässig beansprucht werden. Damit Betreuungsangebote wirklich der Entlastung von Angehörigen dienen und Heimeintritte verzögert werden können, müssen sie niederschwellig zugänglich und auch bei regelmässiger Beanspruchung bezahlbar sein. Um dies zu garantieren, müssen adäquate Lösungen gefunden werden, die aber keine zusätzliche Nachfrage nach Betreuung generieren, die sonst durch Angehörige gewährleistet würde.

---

<sup>39</sup> Im Jahr 2015 erhielten die Spitex-Vereine Spenden von insgesamt 50'000 Fr. sowie Mitgliederbeiträge von 150'000 Fr. Die Alters- und Pflegeheime erhielten Spenden von 230'000 Fr.

## **5.6. Weitere Massnahmen**

### **5.6.1. Fiskalische Äquivalenz<sup>40</sup>**

Der Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz entspricht dem Satz „Wer zahlt, befiehlt; wer befiehlt, zahlt.“ Damit soll sichergestellt werden, dass nur Leistungen bestellt werden, die der Leistungsbesteller auch selber bezahlt und Fehlanreize, z. B. ein Überangebot, vermieden werden.

Im Kanton Glarus ist die fiskalische Äquivalenz bei selbstzahlenden Patienten im ambulanten und stationären Bereich erfüllt. In beiden Fällen sind die Gemeinden zuständig. Bei Patienten mit Ergänzungsleistungen ist die fiskalische Äquivalenz hingegen verletzt, da der Kanton die Ergänzungsleistungen alleine finanziert (s. Ziff. 4.5). Mit insgesamt 5,3 Millionen Franken lagen die heimbefindenden Ergänzungsleistungen im Jahr 2015 auf der Höhe der Restfinanzierung der Pflegekosten durch die Gemeinden (5,4 Mio. Fr.). Um die fiskalische Äquivalenz zu verbessern, wäre eine Finanzierung der Ergänzungsleistungen im Alter durch die Gemeinden anstelle des Kantons zu prüfen.

### **5.6.2. Finanzierung von Leistungen und nicht Kosten<sup>41</sup>**

Der Pflegeaufwand wird heute sehr unterschiedlich entschädigt. Die Entschädigung orientiert sich dabei mehr an den Kosten des Leistungserbringers als an der erbrachten Leistung. So wird z. B. eine Pflegeminute unterschiedlich vergütet, wenn die Leistung von einem Pflegeheim, einer öffentlich-rechtlichen Spitex, einer erwerbswirtschaftlichen Pflegeorganisation oder einer selbstständigen Pflegefachperson erbracht wird, obwohl es sich grundsätzlich um die gleiche Leistung handelt. Auch müssen die Patienten eine unterschiedliche Kostenbeteiligung bezahlen, wenn sie die gleiche Leistung ambulant oder stationär beziehen. Solche kostenbasierten Regelungen eliminieren Sparanreize und festigen ineffiziente Strukturen. Es wird daher empfohlen, dass sich die Finanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand allein an den erbrachten Leistungen und nicht an der Kostenstruktur der Leistungserbringer orientieren sollen.

### **5.6.3. Separate Abgeltung der Versorgungspflicht**

Um eine einheitliche Finanzierung (s. Ziff. 5.6.2) zu ermöglichen, ist es notwendig, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Daher sollte im ambulanten Bereich die Versorgungspflicht – die Pflicht, jeden Pflegebedürftigen unabhängig von wirtschaftlichen Überlegungen und des Wohnortes zu behandeln – separat und transparent abgegolten werden.

### **5.6.4. Abschaffung der Grade-Mix-Vorgaben**

Der Kanton Glarus kennt heute (rechtlich nicht verbindliche) Grade-Mix-Empfehlungen, mit denen den Alters- und Pflegeheimen ein bestimmter Anteil an Pflegepersonal mit Tertiär- (16 %) und Sekundärbildung (24 %) nahegelegt wird. Gemäss Avenir Suisse<sup>42</sup> sind solche Vorgaben überflüssig, da Kantone ohne oder mit tiefen Vorgaben einen ähnlichen Bildungsmix wie die Kantone mit Vorgaben aufweisen. Die Vorgaben bedingen aber eine gewisse Bürokratie, weil ihre Einhaltung laufend gewährleistet, den Behörden mitgeteilt und von der Aufsicht überprüft werden muss. Zudem würden sie die Personalrekrutierung erschweren, indem sie die Kandidatenauswahl einschränken oder weil die Anerkennung und Einstufung erfahrener Fachkräfte mit ausländischen Diplomen oft komplex und zermürend sei. Zudem sei der Grade-Mix ein wichtiger Kostentreiber. Avenir Suisse empfiehlt daher auf Personalvorgaben zu verzichten.

---

<sup>40</sup> Cosandey, 2016a, S. 97 ff.

<sup>41</sup> Cosandey, 2016a, S. 76 ff.

<sup>42</sup> Cosandey, 2016a, S. 53 ff. & 63 ff.

### 5.6.5. Leistungsvorgaben durch Pflegegesetz

Zahlreiche Kantone haben heute für die Regelung der Langzeitpflege ein spezielles Pflegegesetz. Darin werden sämtliche Fragen rund um die Pflege von der Bewilligungspflicht, über die Eckpunkte des anzubietenden Leistungsangebotes, die Zuständigkeiten, die Rechte der Patienten bis hin zur Finanzierung geregelt. Mit einem solchen Gesetz könnten die heute existierenden kantonalen Rahmenbedingungen an einem Ort zusammengeführt werden und um weitere Vorgaben insbesondere zum Leistungsangebot ergänzt werden.

### 5.6.6. Bereinigung/Strukturierung der Zusammenarbeit zwischen DFG und DVI

Die kantonalen Zuständigkeiten im Bereich der Langzeitpflege sind aktuell auf die Departemente Finanzen und Gesundheit (ambulante Langzeitpflege) sowie Volkswirtschaft und Inneres (stationäre Langzeitpflege) verteilt (s. Ziff. 4.2). Um einen besseren Gesamtüberblick und eine einheitliche Aufsicht zu ermöglichen sowie im Sinne der angestrebten integrierten Versorgung sind auch diese Strukturen zu bereinigen und an einer Stelle zusammenzuführen.

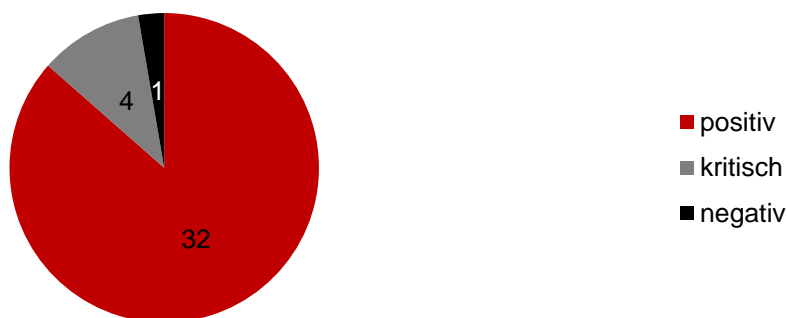
## 6. Vernehmlassung

Der Regierungsrat führte auf Antrag der Arbeitsgruppe im Frühjahr 2017 bei den Gemeinden, den Leistungserbringern, den betroffenen Verbänden, den Versicherern, den politischen Parteien und den Departementen der kantonalen Verwaltung eine Vernehmlassung zum vorliegenden Konzept und insbesondere den Empfehlungen gemäss Ziffer 7 durch.

### 6.1. Generelle Rückmeldungen

Insgesamt gingen 37 Vernehmlassungsantworten ein.<sup>43</sup> Die Rückmeldungen zum Konzept waren grossmehrheitlich positiv. Es gab nur vereinzelte kritische bzw. negative Stimmen (s. Abbildung 13).

Abbildung 13. Generelle Rückmeldungen zum Konzept



### 6.2. Rückmeldungen zu den einzelnen Empfehlungen der Arbeitsgruppe

#### *Förderung der integrierten Versorgung*

Die Förderung der integrierten Versorgung wurde von den stationären Leistungserbringern, den Gemeinden, den politischen Parteien sowie den kantonalen Departementen mehrheitlich begrüsst. Einige Vernehmlassungsteilnehmer forderten gar eine weitergehende integrierte Versorgung, in welche sämtliche Leistungserbringer einbezogen werden (z. B. private Leistungserbringer der Langzeitpflege, Ärzte und therapeutische Berufe), wiederum anderen Vernehmlassungsteilnehmer ging ein formeller Zusammenschluss zu weit.

Grundsätzlich ablehnend äusserten sich die Spitex-Organisationen.

<sup>43</sup> S. Anhang 4: Vernehmlassungsteilnehmer.

### *Förderung von intermediären Strukturen*

Die Förderung von intermediären Strukturen wurde von praktisch allen Vernehmlassungsteilnehmern befürwortet. Wesentlich sei jedoch die Klärung der Finanzierungsfrage.

### *Schaffung einer Koordinationsstelle*

In der Vernehmlassungsversion dieses Konzepts war die Koordinationsstelle gleichzeitig auch als Bedarfsabklärungsstelle konzipiert. Sie sollte also nicht nur als Anlauf- und Beratungsstelle für betagte Personen und deren Angehörige dienen, sondern gleichzeitig auch vor jedem Eintritt in die stationäre Langzeitpflege eine obligatorische Bedarfsabklärung vornehmen.

Diese obligatorische Bedarfsabklärung wurde von den Vernehmlassungsteilnehmern stark in Frage gestellt. Die Spitex-Organisationen wie auch praktisch alle stationären Leistungserbringer lehnten sie ab. Die Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Personen wurden als einschneidend beurteilt.

Die Arbeitsgruppe strich aufgrund dieser Stellungnahmen die obligatorische Bedarfsabklärung aus den Empfehlungen. An der Schaffung einer reinen Koordinationsstelle wird hingegen festgehalten, da diese von den Vernehmlassungsteilnehmern grösstenteils begrüsst wurde. Die Schnittstellen zu bestehenden Beratungsangeboten und eine allfällige Übernahme durch eine bestehende Fachstelle sind noch zu klären.

### *Sicherstellung der Finanzierung von intermediären Strukturen und der Akut- und Übergangspflege*

Alle Vernehmlassungsteilnehmer erkannten die Notwendigkeit der Sicherstellung der Finanzierung von intermediären Strukturen und der Akut- und Übergangspflege. Verschiedentlich wurde konkret eine Verlängerung der Akut- und Übergangspflege auf sechs Wochen vorgeschlagen.

### *Bereinigung/Strukturierung der Zusammenarbeit zwischen DFG und DVI*

Die Vernehmlassungsteilnehmer hiessen die Bereinigung/Strukturierung der Zusammenarbeit zwischen DFG und DVI ohne Gegenstimmen gut.

### *Förderung von Spezialteams und Netzwerken in der Langzeitpflege*

Diese Massnahme wurde von den Vernehmlassungsteilnehmern mehrheitlich positiv bewertet. Vor allem die ambulanten Leistungserbringer sprachen sich aber dafür aus, dass die Spezialteams über alle Leistungserbringer hinweg agieren. Auch eine Koordination der Spezialteams über die Koordinationsstelle wurde vorgeschlagen.

### *Klärung der Rahmenbedingungen durch ein kantonales Pflegegesetz*

Die Klärung der Rahmenbedingungen durch ein kantonales Pflegegesetz wurde von einigen Vernehmlassungsteilnehmern als prioritäre Massnahme angesehen. Der aufgeführte Regelungsbereich ist zwar nur beispielhaft und nicht abschliessend, trotzdem wurden diese von den Vernehmlassungsteilnehmern teilweise bereits rege diskutiert; allen voran die Abschaffung der Grade-Mix-Vorgaben. Einige Vernehmlassungsteilnehmer befürchteten, dass die Abschaffung einen schlechten Einfluss auf die Qualität der Pflege haben könnte und vermehrt ausländische Arbeitskräfte eingestellt werden könnten. Von anderen wurde die Abschaffung sogar als „absolut inakzeptabel“ bezeichnet. Es gab aber auch Vernehmlassungsteilnehmer, welche die Grade-Mix-Vorgaben zwar nicht abschaffen wollten, aber die damit einhergehenden Probleme bei der Personalrekrutierung anerkannten und deshalb für eine Anpassung der Vorgaben plädierten. Zuletzt gab es auch Stimmen, die eine Abschaffung der Grade-Mix-Vorgaben begrüssen, da diese nur den Personalmangel verschärfe und darüber hinaus dazu führe, dass gut ausgebildetes Personal für Arbeiten eingesetzt werde, welche unter ihren Fähigkeiten liegen. Ebenfalls wurde angeregt, alternativ zur Schaffung eines



neuen Pflegegesetzes die Integration der Regelungsgegenstände in das bestehende Gesundheitsgesetz zu prüfen.

In welchem Ausmass die eingebrachten Hinweise Eingang ins neue Pflegegesetz finden, ist bei der Ausarbeitung des Gesetzes zu klären. Die Vernehmlassungsteilnehmer werden in diesem Zusammenhang erneut Gelegenheit haben, Stellung zu nehmen.

### **6.3. Vorgeschlagene Massnahme zur Aufnahme in Empfehlungskatalog**

Einige Vernehmlassungsteilnehmer beantragten, zusätzlich die Förderung der Freiwilligenarbeit in den Katalog der Empfehlungen der Arbeitsgruppe aufzunehmen. Eine funktionierende Freiwilligenarbeit könne den Betagten ein längeres selbstständiges und eigenständiges Leben zu Hause ermöglichen und so auch den Kanton und die Gemeinden finanziell entlasten. Die Freiwilligenarbeit müsse deshalb koordiniert sowie ideell und finanziell unterstützt werden. Eine Stärkung würden die verschiedenen Organisationen der Freiwilligenarbeit auch durch den Abschluss von Leistungsvereinbarungen erfahren.

Neben der Förderung der Freiwilligenarbeit sahen einige Vernehmlassungsteilnehmer in der Förderung der Aus- und Weiterbildung von Betreuungs- und Pflegepersonal einen weiteren wichtigen Punkt, der in den Empfehlungskatalog aufgenommen werden soll. Die Bewältigung des bereits bestehenden bzw. des sich weiter verschärfenden Personalmangels erfordere Massnahmen in der Personalrekrutierung wie auch in der Personalförderung. Insbesondere die Angebote der Aus- und Weiterbildung seien zu erweitern. Die verschiedenen ambulanten und stationären Institutionen sollen dabei eng zusammenarbeiten, da bei der Aus- und Weiterbildung ein grosses Synergiepotenzial bestehe.

### **6.4. Allgemeine Bemerkung zur Umsetzung des Empfehlungskatalogs**

Das Konzept enthält keine konkreten Angaben zu den finanziellen Auswirkungen auf den Kanton und die Gemeinden, die mit der Umsetzung der Empfehlungen einhergehen. Es ist jedoch selbstredend, dass bei der Umsetzung der Empfehlungen dem Kosten-Nutzen-Verhältnis einzelner Massnahmen genügend Rechnung getragen werden muss.

## **7. Empfehlungen der Arbeitsgruppe**

Auf Basis der diskutierten Massnahmen empfiehlt die Arbeitsgruppe den zuständigen politischen Behörden und Organen der Leistungserbringer, folgende Massnahmen im Sinne der Stärkung der Langzeitpflege weiterzuverfolgen<sup>44</sup>:

Förderung der integrierten Versorgung			
Inhalt:	Die öffentlichen Spitex-Organisationen und Alters- und Pflegeheime schliessen sich auf kommunaler Ebene zu integrierten Leistungserbringern zusammen.		
Zuständigkeit:	Gemeinden, Leistungserbringer	Zeitraum:	bis 2022

Förderung von intermediären Strukturen			
Inhalt:	Es existieren Tages- und Nachtstrukturen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen sowie Angebote des betreuten Wohnens.		
Zuständigkeit:	Gemeinden	Zeitraum:	ab 2020

<sup>44</sup> Die Reihenfolge der Massnahmen entspricht keiner Priorisierung.

Schaffung einer Koordinationsstelle			
Inhalt:	Es besteht eine kantonale Koordinationsstelle für die Alterspflege. Diese dient den betagten Personen als Anlauf- und Beratungsstelle. Sie fördert die Koordination zwischen den einzelnen Leistungserbringern.		
Zuständigkeit:	Kanton	Zeitraum:	2018/2019

Sicherstellung der Finanzierung von intermediären Strukturen und der Akut- und Übergangspflege			
Inhalt:	Es werden Ergänzungsleistungen für die Nutzung von intermediären Strukturen sowie öffentliche Beiträge für eine längere Akut- und Übergangspflege ausgerichtet.		
Zuständigkeit:	Kanton	Zeitraum:	LG 2019

Bereinigung/Strukturierung der Zusammenarbeit zwischen DFG und DVI			
Inhalt:	Für die Planung und Aufsicht der Alters- und Pflegeheime ist das DVI zuständig, die ambulanten Angebote sind in der Verantwortung der DFG. Diese Strukturen sind zu bereinigen und an einer Stelle zusammenzuführen. Dies geschieht in Koordination mit dem neuen Pflegegesetz.		
Zuständigkeit:	Kanton	Zeitraum:	2019

Förderung von Spezialteams und Netzwerken in der Langzeitpflege			
Inhalt:	In der Langzeitpflege existieren Teams, die speziellere Pflegeangebote wie Palliative Care, Psychiatriepflege oder Nacheinsätze gewährleisten. Diese agieren über alle Leistungserbringer und Gemeindegrenzen hinweg und können über die Koordinationsstelle koordiniert werden.		
Zuständigkeit:	Gemeinden, Kanton	Zeitraum:	2020

Klärung der Rahmenbedingungen durch ein kantonales Pflegegesetz			
Inhalt:	Ein Pflegegesetz regelt u. a. folgende Bereiche, wobei mehrere Bestimmungen aus bisherigen Gesetzen zu überführen wären: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewilligungen (u. a. Abschaffung Grade-Mix-Vorgaben)</li> <li>- Leistungskatalog (Definition des Mindestangebots in der ambulanten und stationären Langzeitpflege)</li> <li>- Finanzierung (u. a. Gewährleistung der fiskalischen Äquivalenz; separate Abgeltung der Versorgungspflicht)</li> <li>- Patientenrechte</li> <li>- Zuständigkeiten</li> <li>- Akut- und Übergangspflege</li> <li>- Palliative Care</li> </ul>		
Zuständigkeit:	Kanton	Zeitraum:	LG 2019

Förderung der Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Betreuungspersonal			
Inhalt:	Die Leistungserbringer verpflichten sich, genügend Pflege- und Betreuungspersonal auszubilden. Sollte dies auf freiwilliger Basis nicht möglich sein, wird der Kanton entsprechende Vorgaben erlassen.		
Zuständigkeit:	Leistungserbringer, (Kanton)	Zeitraum:	ab 2018

Förderung der Freiwilligenarbeit			
Inhalt:	Angebote, die betagte Personen beim selbstbestimmten und eigenständigen Älterwerden begleiten sowie deren familiäres und soziales Netzwerk befähigen, sie zu unterstützen, werden gefördert.		
Zuständigkeit:	Kanton, Gemeinden	Zeitraum:	ab 2017

## 8. Literaturverzeichnis

- Bayer-Oglesby, L. & Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen* (Obsan Bericht 47). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bundesamt für Statistik. (2016a). *Statistik Hilfe und Pflege zu Hause 2015*. Veröffentlicht am 17.11.2016.
- Bundesamt für Statistik. (2016b). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2015-2045*. Veröffentlicht am 12.05.2016.
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen*. Definitive Standardtabellen 2015 gemäss Stand der Daten am 23.03.2017.
- Christen, A., Hürzeler F., Jucker, S. & Roos, E. (2015). *Die Zukunft des Pflegeheimmarkts. Gesundheitswesen Schweiz 201* (Swiss Issues Branchen). Zürich: Credit Suisse.
- Cosandey, J. (2016a). *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe* (Kantonsmonitoring 7). Zürich: Avenir Suisse.
- Cosandey, J. (2016b). *Für eine „ambulant-mit-stationär“-Strategie*. Präsentation anlässlich der 1. Sitzung der Arbeitsgruppe Langzeitpflege. Glarus: 24. Juni 2016.
- Curaviva. (2012). *Integrierte Versorgung. Verbundlösungen für integrierte Versorgung und Betreuung im Altersbereich*. Bern: CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter.
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). *Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle* (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kanton Glarus. *Amtsberichte des Regierungsrates und der Gerichte an den Landrat des Kantons Glarus*. 2000–2016.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz* (SwissAgeCare-2010). Bern: Spitex Schweiz.
- Schwitler, R. et al. (2017). *Konzept «Drehscheibe Gesundheit». Empfehlungen der Arbeitsgruppe vom 21. August 2017*. Glarus.
- Wächter, M. & Künzi, K. (2011). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen* (Obsan Dossier 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

## **9. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Entwicklung Anzahl Personen 65+ Jahre und Pflegebedürftige im Kanton Glarus 2010–2030 .....	5
Abbildung 2. Versorgungskette in der Langzeitpflege .....	6
Abbildung 3. Zuständigkeiten in der Langzeitpflege im Kanton Glarus .....	7
Abbildung 4. Vollzeitäquivalente und Klient/innen in der ambulanten Langzeitpflege nach Kanton 2015 .....	8
Abbildung 5. Plätze und Klient/innen in der stationären Langzeitpflege nach Kanton 2015 ....	9
Abbildung 6. Anteil Personen ohne oder mit leichtem Pflegebedarf in Alters- und Pflegeheimen 2015 .....	9
Abbildung 7. Belegung der Plätze gemäss Pflegeheimliste 2015 .....	10
Abbildung 8. Entwicklung der Belegungstage der Alters- und Pflegeheime im Kanton Glarus 2000–2016 .....	11
Abbildung 9. Kosten der Langzeitpflege im Kanton Glarus 2015 .....	12
Abbildung 10. Entwicklung Belegungstage und Personalkosten der APGN, APG und APGS 2006–2016 .....	12
Abbildung 11. Ergänzungsleistungen pro Person und Jahr .....	13
Abbildung 12. Pflegerestkosten stationär und ambulant 2016 .....	14
Abbildung 13. Generelle Rückmeldungen zum Konzept .....	23

## **10. Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Mitglieder der Arbeitsgruppe Langzeitpflege .....	4
Tabelle 2. Leistungserbringer in der ambulanten Langzeitpflege 2015 .....	8
Tabelle 3. Leistungserbringer in der stationären Langzeitpflege .....	10
Tabelle 4. Zuständigkeit Finanzierung .....	13
Tabelle 5. Glossar .....	30

## Anhang 1: Glossar

Tabelle 5. Glossar

<i>Alterswohnungen</i>	Alterswohnungen sind Wohnungen, die spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Personen ausgerichtet sind (z. B. Barrierefreiheit der Wohnung und Räume bzw. ein altersgerechter Ausbaustand). <sup>45</sup>
<i>Betreutes Wohnen</i>	Diese Form des Wohnens im Alter verbindet das Angebot einer Alterswohnung mit umfassenden professionellen Dienstleistungen in Bereichen wie Verpflegung, Haushalt, soziale Betreuung und Pflege.
<i>Integrierte Versorgung</i>	Unter integrierter Versorgung wird die institutionsübergreifende Zusammenarbeit zur Leistungserbringung für Patienten, Klienten und Bewohnern im Altenbereich verstanden. Die Zusammenarbeit kann horizontal zwischen Organisationen mit dem gleichen Versorgungsangebot stattfinden oder vertikal entlang des Betreuungspfades. Die integrierten Versorger werden hinsichtlich ihres Kooperationsgrades unterschieden und zwar von einer vertraglichen Kooperation in Einzelbereichen bis hin zur vollständigen Fusion. <sup>46</sup>
<i>Intermediäre Strukturen</i>	Bei intermediären Strukturen handelt es sich um Strukturen, die sozialmedizinische Bedürfnisse älterer, pflege- und/oder betreuungsbedürftiger Personen abdecken, und die nicht im (bisherigen) zu Hause, im Spital oder im Rahmen eines Langzeitaufenthalts in einem Alters- und Pflegeheim erbracht werden. <sup>47</sup> Zu den intermediären Strukturen zählen Alterswohnungen (inkl. betreutes Wohnen), Tages- und Nachtstrukturen sowie Kurzaufenthalte im Alters- und Pflegeheim.
<i>Tages- und Nachtstrukturen</i>	Tagesstrukturen bieten Betreuung für ältere Menschen während mehrerer Stunden am Tag oder in der Nacht. Sie dienen der Entlastung der pflegenden Angehörigen. Während des Aufenthalts ist die Betreuung, Verpflegung und Aktivierung der älteren Personen sichergestellt. Teilweise werden auch Pflegeleistungen angeboten. Nach dem Tages- bzw. Nachtaufenthalt gehen die Senioren wieder nach Hause. <sup>48</sup> Der Begriff der Tagesplätze bzw. der Tagesstätte ist mit dem der Tagesstrukturen gleichzusetzen.

<sup>45</sup> Werner et al., 2016, S. 12.

<sup>46</sup> Curaviva, 2012, S. 16 ff.

<sup>47</sup> Werner et al., 2016, S. 9.

<sup>48</sup> Werner et al., 2016, S. 23.

## **Anhang 2: Beispiele**

### ***Beispiel Basel-Stadt: Obligatorische Bedarfsabklärung***

Die obligatorische Bedarfsabklärung führt dazu, dass Heimplätze lediglich von Personen mit erhöhtem Pflegebedarf besetzt werden. Bevor eine Bedarfsabklärung vorgenommen wird, werden die Senioren und Seniorinnen durch die Abteilung Langzeitpflege persönlich in einem Beratungsgespräch über die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich Hilfe und Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim informiert. Wenn möglich unter Einbezug aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Pflegepersonal, Sozialdienst, Ärzte) nimmt die Abteilung sodann die Bedarfsabklärung vor und unterbreitet aufgrund dieser konkrete Vorschläge, wie die individuelle Pflege und Betreuung am besten gestaltet werden soll. Wird der Bedarf für einen stationären Pflegeplatz nachgewiesen, vermittelt die Stelle den Betroffenen einen Platz in einem Pflegeheim. Der Eintritt in ein Pflegeheim erfolgt erst, wenn die Möglichkeiten der Hilfe und Pflege zu Hause ausgeschöpft sind (d. h. es besteht keine Möglichkeit mehr, die Pflege des Betroffenen durch Angehörige, Spitex, Tagespflegeheime oder ähnliches vorzunehmen), eine Bedarfsabklärung stattgefunden hat, der Bedarf für einen Pflegeplatz nachgewiesen wurde und der Betroffene bereit ist, innert vier Monaten in ein Heim einzutreten. Provisorische Anmeldungen sind nicht möglich.

### ***Beispiel Genf: Ausschluss eines Heimeintritts bei leichter Pflegebedürftigkeit***

Im Kanton Genf findet vor jedem Heimeintritt ein Pflegestufen-Check statt. Hat die betagte Person Pflegestufe 3 oder tiefer, kann sie nicht in ein Heim eintreten, da ein Heimeintritt grundsätzlich erst ab Pflegestufe 4 möglich ist. Ausnahmen werden von der kantonalen Sozialdirektion nur in besonderen Fällen bewilligt, namentlich bei Demenz, Messie-Syndrom oder Vereinsamung.

### ***Beispiel RaJoVita: Integrierte Versorgung***

Ein Beispiel für eine integrierte Versorgung ist die Stiftung RaJoVita. Die Kooperation der einzelnen stationären und ambulanten Anbieter wurde hier durch den Zusammenschluss bestehender Betriebe realisiert. Die stationären und ambulanten Leistungserbringer sowie eine Beratungsstelle wurden in der Stiftung RaJoVita zusammengefasst, deren einzige Stifterin die Stadt Rapperswil-Jona ist. Die Stiftung hat verschiedene Aufträge. Sie soll nicht nur die ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege und Betreuung gewährleisten sowie die Bevölkerung über eine neutrale Anlaufstelle informieren und beraten, sondern sie ist auch ein attraktiver Arbeitgeber und bietet Ausbildungsplätze in diversen Bereichen. Die Leistungen werden entweder durch die Stiftung selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (z. B. Pro Senectute, TIXI usw.) erbracht.

### ***Beispiel Center da sandà Val Müstair: Integrierte Versorgung***

Ein weiteres Beispiel für eine integrierte Versorgung, die sogar noch einen Schritt weiter geht als bei der Stiftung RaJoVita, ist das Gesundheitszentrum „Center da sandà Val Müstair“ in Santa Maria. Das Zentrum vereint eine integrierte Praxis mit Notfalldienst, Rettungsdienst, Pflegeheim, Spitex, Zahnarzt, psychotherapeutische Sprechstunde, Physiotherapie, Mütter- und Väterberatung sowie Podologie und Kinesiologie unter einem Dach. Die Vereinigung der gesamten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgungskette unter einem Dach garantiert für die betagten Personen Kontinuität der behandelnden Ärzte, der Therapeuten, der Pflegefachleute und der Spitex-Fachkräfte. Das Modell begünstigt ausserdem das Suchen nach der für jeden Fall bestgeeigneten Lösung.

### **Anhang 3: Praxisbeispiel ausserplanmässige Vorkommnisse Spitex Glarus Nord**

In einem Schreiben vom 3. Februar 2017 an die Mitglieder der Arbeitsgruppe schilderte die Vertreterin des Spitex-Kantonalverbandes einige Situationen aus der Arbeit der Spitex Glarus Nord zwischen dem 1. bis 20. Januar 2017. Diese Beispiele zeigen einerseits eine hohe Erwartungshaltung gegenüber der Spitex, die über den eigentlichen pflegerischen Auftrag hinausgehen. Andererseits zeigen sie Verbesserungsbedarf aus Sicht der Spitex auf. Sie sollen in einer aggregierten Form als Anhang zum Konzept den Bezug zur Praxis gewährleisten:

#### ***Situationen während der Feiertage:***

Die Spitex wurde in drei Situationen um Hilfe gebeten, auch wenn sie dafür nicht zuständig war, da sie nicht ihren pflegerischen Auftrag betrafen bzw. es sich nicht um Spitex-Klienten handelte. Trotzdem nahm sich die Spitex diesen Fällen an.

- Die Spitex wurde in einem Fall von heftigen häuslichen Auseinandersetzungen um Unterstützung gebeten. Dank der Vermittlung der Psychiatriepflegefachfrau konnte letztlich eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik erwirkt werden.
- Hilfestellung für eine verwirrte alte Frau (keine Spitexklientin), die barfuss unterwegs ist.
- Hilfestellung bei einem Bagatellunfall (keine Spitexklientin). Notwendig war keine Pflege, wohl aber eine Betreuung der Person. Letztere ist während den Feiertagen besonders schwer zu organisieren.

#### ***Weitere Meldungen nach den Feiertagen:***

- Die Spitex wurde über einen Spitalaustritt nicht rechtzeitig informiert, was zu einem ungeplanten fünfzigminütigen Einsatz einer Pflegefachperson führt.
- Kurzfristige Instruktion eines Apparates in einer Palliativ-/Sterbesituation. Da die Spitex-Geschäftsstelle ausserhalb der Bürozeiten nicht erreichbar ist, wurde die Mitarbeiterin über das Privattelefon kontaktiert.
- Spitalaustritt in einer Palliativsituation ohne Austrittsbericht und Medikamentenverordnung zum Schmerzmanagement.
- In einer Verwahrlosungssituation von zwei Spitexklienten musste die Spitex eine Gefährdungsmeldung einreichen und die Terminvermittlung übernehmen.

Diese Situationen, gehen über den pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Auftrag der Spitex hinaus, wobei die Abgrenzungen nicht immer klar sind. Die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen ist grundsätzlich gut. Trotzdem noch ein Verbesserungsbedarf wie die Beispiele zeigen.

Aufgrund der erläuterten Beispiele fordert die Spitex:

- Bessere Kommunikation von Spital- oder Heimaustritten. Die Spitex und die Hausärzte sind frühzeitig zu informieren und die Austrittstermine einzuhalten.
- Ein „Notfall-Team“, das bei den erwähnten Situationen zur Verfügung steht. Dies könnte evtl. „kantonsweit“ oder bei jeder Basisorganisation angegliedert werden.
- Die notfalldienstleistenden Ärzte werden sich bewusst, dass „solche Situationen“ eintreten können und bieten die nötige Unterstützung.
- Die angedachte Koordinationsstelle wird wenn möglich täglich an 24 Stunden erreichbar und mit Ihrem vernetzten Wissen eine grosse Hilfe für Klienten, Angehörige, Spitex und Ärzte usw. Oder es gäbe für „Krisensituationen“ verschiedene kurzfristige unkomplizierte Lösungen z. B. integrierte Versorgung oder einen Betreuungspool.
- Anpassung der Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden, so dass die Spitex-Organisationen eine Regelung der Notfallsituationen hätte.
- Prüfung einer Leistungsvereinbarung des Kantons mit den Spitex-Organisationen, ähnlich wie bei der ambulanten Akut- und Übergangspflege. Diese würde Spitexeinsätze regeln, die in den Bereich des Kantons fallen, z. B. Mahlzeitendienst, Gefährdungsmeldungen beim KESB, Zusammenarbeit mit dem Bedrohungsmanagement usw.



## **Anhang 4: Vernehmlassungsteilnehmer**

### ***Ambulante Langzeitpflege:***

- 3 Pflegefachfrauen mit BAB im Kanton Glarus
- Spitex Glarus
- Spitex Glarus Nord
- Spitex Kantonalverband

### ***Stationäre Langzeitpflege:***

- Alters- und Pflegeheim Salem
- Alters- und Pflegeheim Glarus
- Alters- und Pflegeheim Glarus Nord
- Alters- und Pflegeheim Glarus Süd
- Curaviva Glarus

### ***Verbände/Organisationen:***

- Association Spitex privée Suisse
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
- Glarner Seniorenverband
- KISS Kanton Glarus
- Krankengleitgruppen Kanton Glarus
- Krebsliga Ostschweiz
- Pro Senectute Glarus
- Schweizerische Alzheimervereinigung Glarnerland
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- Schweizerisches Rotes Kreuz Glarus
- Senesuisse
- VPOD Glarus

### ***Weitere Leistungserbringer im Kanton:***

- Glarner Ärztesgesellschaft
- Kantonsspital Glarus AG

### ***Gemeinden:***

- Gemeinde Glarus
- Gemeinde Glarus Nord
- Gemeinde Glarus Süd

### ***Politische Parteien:***

- BDP Kanton Glarus
- CVP des Kantons Glarus
- FDP Die Liberalen des Kantons Glarus
- Grüne des Kantons Glarus
- SP Kanton Glarus
- SVP Kantonalpartei Glarus

### ***Kantonale Verwaltung:***

- Departement Bildung und Kultur
- Departement Volkswirtschaft und Inneres
- Staatskanzlei