

An den Landrat

---

Glarus, 11. September 2018

**Förderung der medizinischen Grundversorgung:  
Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen**  
[Vernehmlassungsvorlage]

Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

**1. Die Vorlage im Überblick**

[Folgt]

**2. Ausgangslage**

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist für die Glarner Bevölkerung das wichtigste Thema. Dies zeigte eine Bevölkerungsbefragung im Auftrag des Regierungsrates aus dem Jahr 2017 (vgl. Abbildung 0).<sup>1</sup> In den nächsten Jahren stehen jedoch grosse Herausforderungen in der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung an. Drei zentrale Veränderungen sind zu erwarten: (1) die Zunahme an betagten und hochbetagten Menschen, (2) der zunehmende Bedarf nach ausgebildeten Fachpersonen/Ärzten und (3) die bereits beschleunigte Veränderung von Ansprüchen und Angebotsstrukturen.<sup>2</sup>

Um die Gesundheitsversorgung angesichts dieser Herausforderungen langfristig gewährleisten und finanzieren zu können, definierte der Landrat im Leitbild Gesundheit<sup>3</sup> im 2014 die strategischen Ziele und Schwerpunkte des Gesundheitswesens im Kanton bis ins Jahr 2030. Ein zentrales Ziel ist der Erhalt der nahen und bedarfsgerechten Grundversorgung.

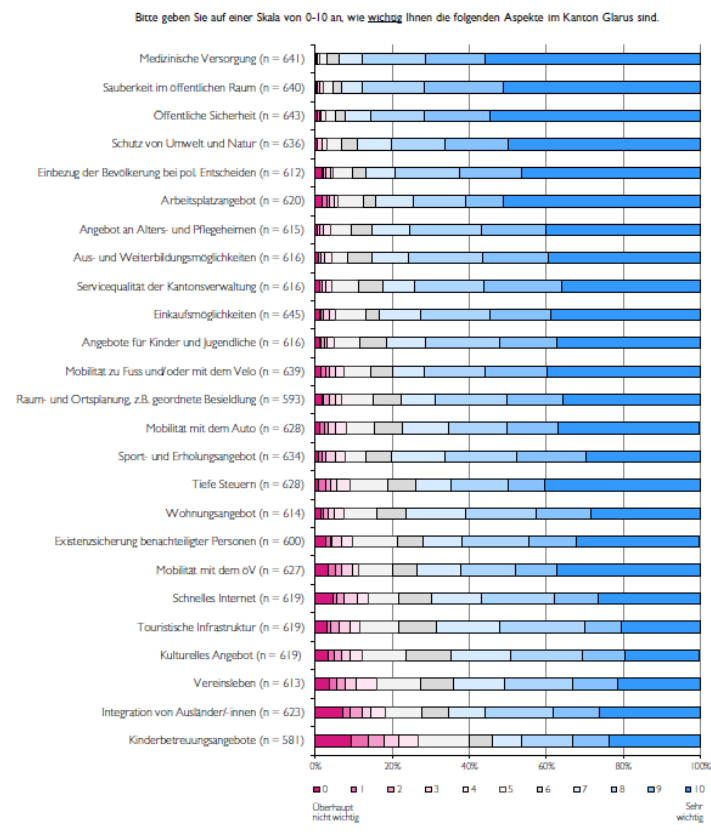
---

<sup>1</sup> Interface. Bevölkerungsbefragung im Kanton Glarus 2017. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung als Grundlage für den Politischen Entwicklungsplan 2018–2020. Luzern: 29. Juni 2017.

<sup>2</sup> Leitbild Gesundheit, Kapitel IV, S. 6–11.

<sup>3</sup> Das Leitbild Gesundheit ist im Internet unter [www.gl.ch](http://www.gl.ch) Rubrik Verwaltung / Finanzen und Gesundheit / Gesundheit verfügbar.

Abbildung 1. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung: Wichtigkeit des staatlichen Handelns



In Bezug auf die ärztliche Grundversorgung zeichnet sich ein Versorgungsengpass – zumindest in einzelnen Regionen (Glarus Süd) und in einzelnen Bereichen (Pädiatrie, Psychiatrie) – ab. Einige Hausärzte im Kanton erreichen in den nächsten Jahren das Pensionsalter. Lange haben sich die Ärzte erfolgreich um einen Nachfolger gekümmert. Das hat sich mittlerweile geändert. Wie in den meisten Regionen der Schweiz ist es auch in Glarus nicht mehr einfach, eine Nachfolge zu finden. Mit der Pensionierung von einem der zwei Pädiater im Kanton Glarus per Ende November 2017 und der Pensionierung des einzigen Hausarztes im Sernftal verschlechterte sich die pädiatrische Versorgung im Kanton bzw. die ärztliche Grundversorgung der Bevölkerung des Sernftals erheblich. Beide Ärzte konnten trotz intensiver und langer Suche keine Nachfolgerin bzw. keinen Nachfolger für ihre Praxis finden.

Um der pädiatrischen Unterversorgung zu begegnen, hat der Regierungsrat dem Kantonsspital Glarus (KSGL) einen Leistungsauftrag für eine pädiatrische Praxis im Kantonsspital erteilt, die im Juni 2018 eröffnet werden konnte. Zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung des Sernftals beschloss er im August 2018 verschiedene Sofortmassnahmen. Die beteiligten Akteure (Hausärzte, KSGL, Departement Finanzen und Gesundheit) sind sich jedoch einig, dass diese Sofortmassnahmen die Versorgung nur in einer Übergangszeit gewährleisten können. Mittel- bis langfristig sind andere, nachhaltigere Massnahmen erforderlich.

Die direkte Förderung und Unterstützung der ambulanten medizinischen Grundversorgung durch die öffentliche Hand bedeutet einen eigentlichen Paradigmawechsel. Der Kanton ist kraft Bundesrecht verpflichtet, die stationären Spitalaufenthalte der Glarner Bevölkerung mit mindestens 55 Prozent zu finanzieren. Die jährlichen Ausgaben belaufen sich auf rund 40 Millionen Franken (2017). Hinzu kommen gemeinwirtschaftliche Leistungen für das Kantonsspital Glarus von rund 4 Millionen Franken pro Jahr. Hingegen erfolgten bei der ambulanten medizinischen Grundversorgung Förder- und Unterstützungsmassnahmen durch den

Kanton oder die Gemeinden mit Blick auf den freien Wettbewerb bisher mit grösster Zurückhaltung. Der Kanton Glarus fokussierte sich bisher auf die Ausbildung der angehenden Ärzte. So trat die Landsgemeinde 2016 der interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung; WFV) bei (s. Ziff. 5.2.1.2). Der Landrat stimmte bereits im Jahr 2007 der Einführung des Projekts Praxisassistenten zu (s. Ziff. 5.2.1).

Mit der Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG; GS VIII A/1/1) sollen nun einerseits die Rolle des Kantons hinsichtlich der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung geklärt und andererseits die rechtlichen Grundlagen für eine Reihe von Massnahmen geschaffen werden. Die allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätze sind dabei im Auge zu behalten: es sind alle rechtsgleich zu behandeln; der Kanton darf nicht willkürlich handeln; es muss ein öffentliches Interesse für die staatlichen Massnahmen oder Finanzierungen vorhanden sein; die Massnahmen müssen verhältnismässig sein und eine gesetzliche Grundlage haben. Die Änderung des Gesundheitsgesetzes wird zudem genutzt, um verschiedene kleinere Anpassungen an die bundesrechtlichen Vorgaben bei den Bestimmungen über die Berufsausübungsbewilligung vorzunehmen.

### **3. Medizinische Grundversorgung**

#### **3.1. Begriff**

Der Begriff der medizinischen Grundversorgung umfasst die Versorgung der Bevölkerung mit grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern und Dienstleistungen. Die Leistungen der medizinischen Grundversorgung werden nicht von einer einzelnen Berufsgruppe, sondern von verschiedenen Fachpersonen und Institutionen erbracht. Für die Umschreibung der Grundversorgung ist massgebend, dass deren grundlegende Leistungen erfahrungsgemäss regelmässig von der breiten Bevölkerung oder den einzelnen Bevölkerungsgruppen potenziell oder effektiv beansprucht werden und dies auch zukünftig der Fall sein wird.<sup>4</sup>

Im Folgenden bezieht sich der Begriff der medizinischen Grundversorgung auf die ambulante Grundversorgung der Bevölkerung. Die ambulante medizinische Grundversorgung wird durch ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie weitere Gesundheitsfachpersonen und Institutionen (z. B. Spitex) gewährleistet. Zu den ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde, Psychiatrie sowie praktische Ärztin/praktischer Arzt als einziger Weiterbildungstitel. Unter die weiteren Gesundheitsfachpersonen fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Die stationäre medizinische Grundversorgung wird durch das KSGL (Art. 16 Abs. 2 GesG) gewährleistet. Sie funktioniert heute gut und ist daher nicht Gegenstand der Vorlage.

---

<sup>4</sup> s. Botschaft zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin"; BBl 2011 7577.

### **3.2. Bedeutung**

Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Pflegende, Apothekerinnen und Apotheker sowie Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten usw. kümmern sich heute in der Schweiz um nicht weniger als 90 Prozent aller Gesundheitsprobleme. Die medizinische Grundversorgung ist also das Herzstück unseres Gesundheitssystems - und damit schlicht unverzichtbar.

Eine wichtige Rolle in der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung sowie in der Aus- und Weiterbildung übernimmt im Kanton Glarus das Kantonsspital (KSGL). Neben den ärztlichen Fachbereichen und der Pflege leistet das KSGL auch mit der Notfallversorgung, dem Rettungsdienst und mit der medizinisch-technischen Radiologie einen unverzichtbaren Beitrag zur medizinischen Grundversorgung der Glarner Bevölkerung. Das Leistungsangebot des Kantonsspitals wird von der vorliegenden Gesetzesänderung jedoch nicht tangiert.

### **3.3. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Gesetz**

Gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b GesG nimmt der Kanton die Sicherstellung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung einschliesslich der Rettungsdienste, soweit dafür nicht die Gemeinden oder Dritte zuständig sind, wahr. Die Gemeinden sind dabei gemäss Artikel 5 Absatz 1 Buchstaben b und c GesG insbesondere für die Sicherstellung der stationären und ambulanten Langzeitpflege zuständig. Soweit nicht andere Organe zuständig sind, obliegt die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung dabei dem Regierungsrat (Art. 7 GesG).

Auch wenn der Kanton gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b GesG für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – mit Ausnahme der Langzeitpflege – zuständig ist, benötigt er für sein Handeln aufgrund des Gesetzesmässigkeitsprinzips weitere generell-abstrakte Rechtsnormen, die genügend bestimmt sind. Das Gesundheitsgesetz definiert daher in Kapitel 4.1 (Art. 16–22a) die diesbezüglich möglichen Leistungen von Kanton und Gemeinden bezüglich der Gesundheitsversorgung. Der Kanton kann indirekt über das Kantonsspital auf die Versorgungssituation einwirken (Art. 16–16b). Der Regierungsrat kann zudem die Organisation und Finanzierung des Rettungswesens in eigener Kompetenz regeln (Art. 17) und für innovative oder wohnortnahe ambulante Angebote bzw. Versorgungsmodelle Vereinbarungen abschliessen und Beiträge gewähren (Art. 22a). Weitere Kantonsbeiträge an Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die im öffentlichen Interesse liegen, sind gemäss Artikel 21 im Rahmen der verfassungsmässigen Finanzkompetenzen möglich.

### **3.4. Versorgungssituation**

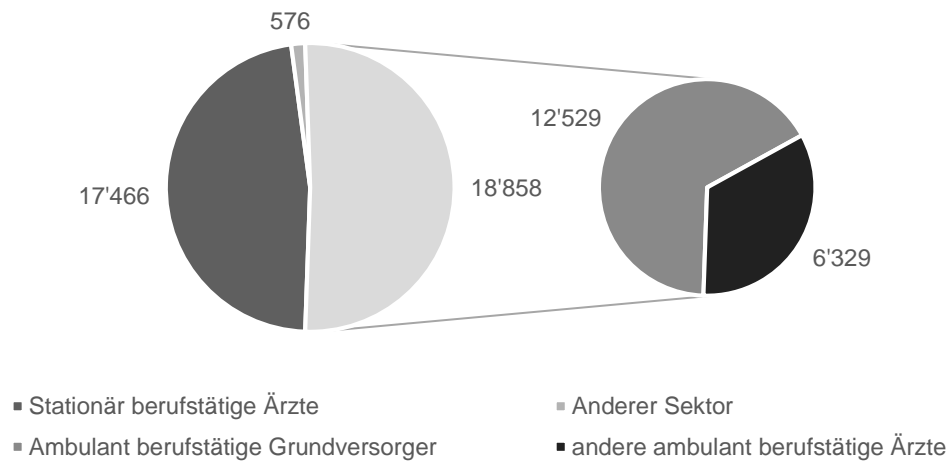
#### **3.4.1. Ärztliche Versorgungssituation in der Schweiz<sup>5</sup>**

2017 waren 36'900 Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz berufstätig. 34 Prozent davon stammen aus dem Ausland. Rund 51 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind ambulant tätig, 47 Prozent arbeiten im stationären Bereich bzw. in einem Spital (s. Abbildung 2.).

---

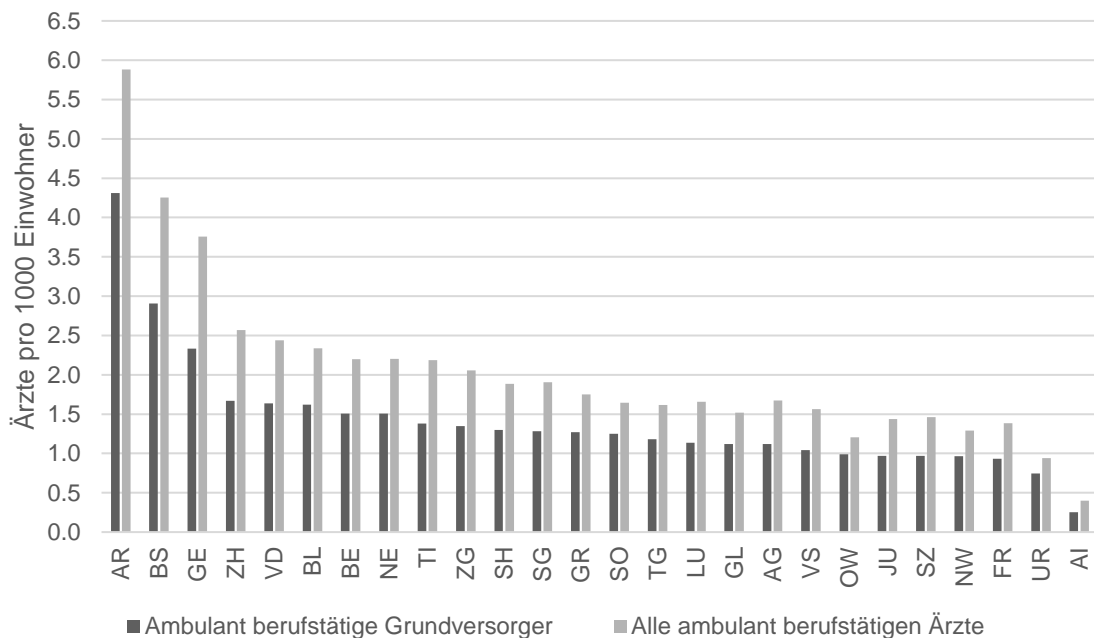
<sup>5</sup> Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die FMH-Ärzttestatistik. Die Statistik ist unter <https://www.fmh.ch/services/statistik/aerzttestatistik.html> verfügbar.

Abbildung 2. Verteilung der berufstätigen Ärzte nach Sektor<sup>6</sup>



Durchschnittlich arbeiten 4,3 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Menschen in der Schweiz, womit die Schweiz über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 3,4 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohner liegt. Deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte stehen in den städtischen als in den ländlichen Gebieten zur Verfügung. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Spitäler vorwiegend in städtischen Gebieten angesiedelt sind. Aber auch im ambulanten Sektor sind die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte über die Kantone hinweg sehr unterschiedlich verteilt (s. Abbildung 3). Der Kanton Glarus liegt dabei mit einer Ärztedichte von 1,1 Grundversorger pro 1000 Einwohner ( $\bar{\text{Ø}}$  CH: 1,5) bzw. 1,5 Ambulant tätigen Ärzten pro 1000 Einwohner ( $\bar{\text{Ø}}$  CH: 2,2) auf Rang 17 bzw. 19 aller Kantone.

Abbildung 3. Ambulante Ärztedichte nach Kantone 2016<sup>7</sup>



<sup>6</sup> FMH-Ärzttestatistik 2017. Als Grundversorger gelten Ärztinnen und Ärzte mit Hauptfachgebiet Allgemeine Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Praktischer Arzt / Ärztin.

<sup>7</sup> FMH-Ärzttestatistik 2016

Im Hinblick auf die künftige Versorgung ist einerseits auf das hohe und steigende Durchschnittsalter der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen. Betrug das Durchschnittsalter im Jahr 2008 noch 53,0 Jahre, lag es 2017 schon bei 54,8 Jahren. Andererseits ist ein zunehmender Trend zur Teilzeitarbeit feststellbar. Arbeiteten ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2008 noch durchschnittlich 8,7 Halbtage pro Woche, sank dieser Wert bis 2017 auf 8,1 Halbtage pro Woche. Einen grossen Einfluss hat der steigende Frauenanteil von aktuell 38,1 Prozent im ambulanten Sektor gegenüber 33,6 Prozent im 2008, zumal das Arbeitspensum der Frauen bei "nur" 6,9 Halbtagen pro Woche lag. Dieser Trend hat ferner auch Auswirkungen auf die Praxisstruktur. So waren im 2017 nur noch 53,7 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor in Einzelpraxen tätig, womit dieser Anteil seit 2008 um gut 8 Prozent abgenommen hat.

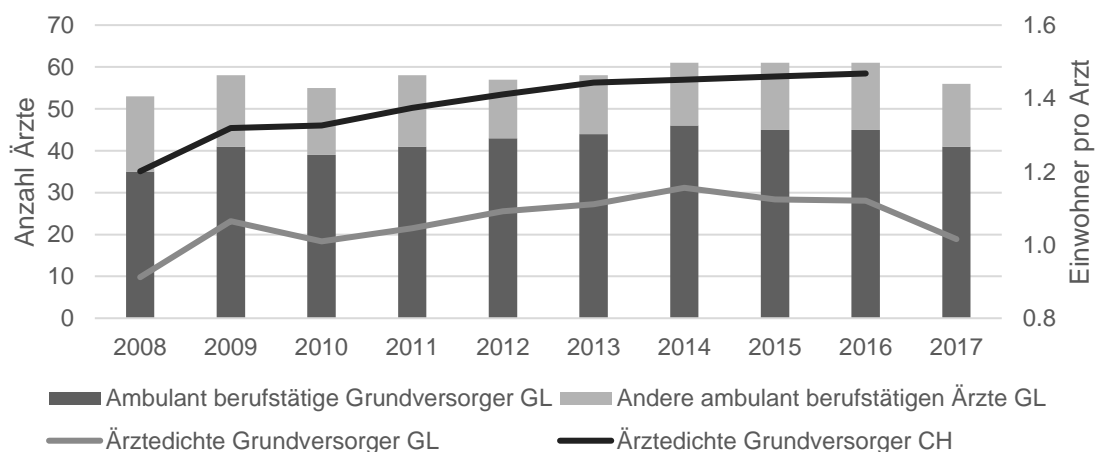
Diese Entwicklungen zeigen, dass es künftig mehr Ärztinnen und Ärzte brauchen wird, um die ambulante Versorgung bei einer stabilen Demografie auf dem heutigen Niveau halten zu können. Werden zudem das Bevölkerungswachstum und insbesondere die Alterung der Bevölkerung berücksichtigt, steigt der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten noch stärker an. Schliesslich wird ein erheblicher Teil der angehenden Ärztinnen und Ärzte auf Teilzeitbasis arbeiten, was ebenfalls zu berücksichtigen ist.

### 3.4.2. Ärztliche Versorgungssituation im Kanton Glarus

Im Kanton Glarus waren 2017 gemäss der FMH-Ärzttestatistik 41 Ärztinnen und Ärzte als Grundversorgerinnen und Grundversorger im ambulanten Sektor tätig. Dies entspricht einer theoretischen Ärztedichte von einem Arzt pro 1000 Einwohner. Gemäss einer Umfrage der Glarner Ärztesgesellschaft im Herbst 2017 belief sich das Arbeitspensum der Grundversorgerinnen und Grundversorger dabei auf 31,55 Vollzeitstellen. Grundversorgerinnen und Grundversorger mit Hauptfachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie und Psychotherapie sind in diese Zahlen nicht berücksichtigt.

Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, erhöhte sich die Anzahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger wie auch die Ärztedichte von 2009 bis 2014 mit Ausnahme eines Einbruchs im Jahr 2010. Seit 2015 ist nun aber wieder ein Rückgang feststellbar. Insbesondere im Jahr 2017 war ein Rückgang von fünf Grundversorgerinnen und Grundversorger zu verzeichnen, was zu einer stark rückläufigen Ärztedichte führte.

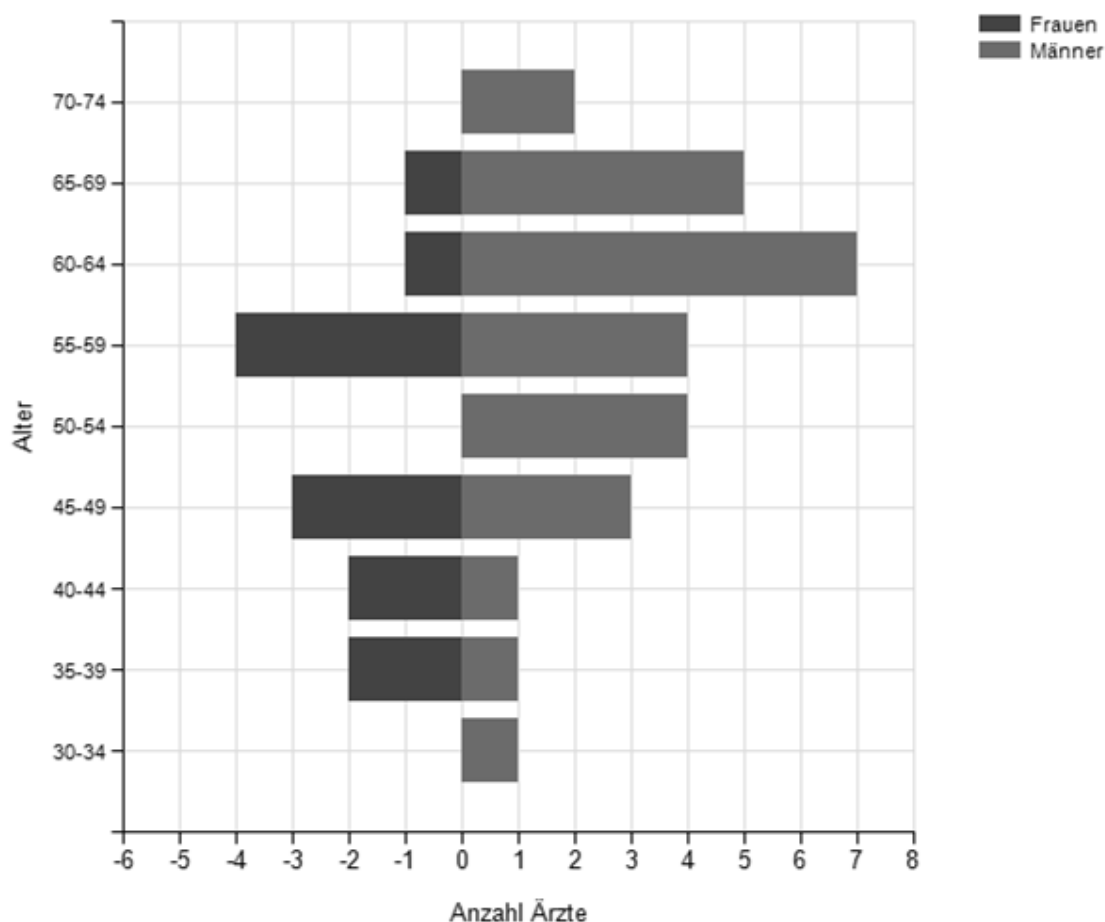
Abbildung 4. Entwicklung Grundversorger 2008–2017<sup>8</sup>



Kritisch ist – gerade auch mit Blick auf die anderen Kantone (s. Abbildung 3) – weniger die aktuelle absolute Anzahl an Grundversorger, sondern einerseits deren Altersstruktur und andererseits deren regionale Verteilung über den Kanton.

<sup>8</sup> FMH-Ärzttestatistik 2017

Abbildung 5. Grundversorger Kanton Glarus nach Altersgruppe 2017<sup>9</sup>



So sind bereits heute acht der 41 Grundversorgerinnen und Grundversorger älter als 65 Jahre (s. Abbildung 5). Weitere 16 Grundversorgerinnen und Grundversorger werden dieses Alter in den nächsten zehn Jahren erreichen.

Eine aktuelle Erhebung von Mitte 2018 unter Berücksichtigung von Ärztinnen und Ärzten mit Hauptfachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie und Psychotherapie (gemäss gängiger Definition gehören diese ebenfalls zur Grundversorgung), zeigt die Verteilung nach Region. Demnach ist die Versorgung in der Gemeinde Glarus am komfortabelsten, gefolgt von der Gemeinde Glarus Nord. Wie erwartet ist die Situation in Glarus Süd hinsichtlich Grundversorgung am prekärsten. In dieser Gemeinde ist ein Arzt zuständig für rund 1374 Personen, während im kantonalen Durchschnitt ein Grundversorger rund 872 Personen abdeckt.

Tabelle 1. Anzahl und Dichte der Ärztinnen und Ärzte nach Gemeinden per Mitte 2018

	Aktive Grundversorger	davon >60 Jahre	VZÄ <sup>10</sup>	Ärztedichte <sup>11</sup>
Glarus Nord	19	4	12,65	1.060
Glarus	20	6	12,90	1.595
Glarus Süd	7	3	6,00	0.728
Kanton	46	12	31,55	1.147

<sup>9</sup> FMH-Ärztestatistik 2017

<sup>10</sup> Angaben gemäss Umfrage der Glarner Ärztesgesellschaft, betreffen der Abschlüsse mit FMH Allgemein Innere Medizin und Med.Prakt.

<sup>11</sup> Entspricht Grundversorger /1000 Einwohner

### **3.5. Trends in der Hausarztmedizin**

Das traditionelle Modell der Hausarztpraxis mit einem Mediziner, der praktisch rund um die Uhr für die Patientinnen und Patienten da ist, ist vom Aussterben bedroht. Diese zeigen verschiedene Daten und Umfragen, die im folgenden kurz vorgestellt werden. Die kommende Generation von Hausärzten wird mehrheitlich im Teilzeitpensum arbeiten und in einer Gruppenpraxis als Angestellter tätig sein.

Gemäss der Schweizerischen Ärztezeitung waren im Jahr 2017 36'900 Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz berufstätig (15'497 Frauen, 21'403 Männer). Die Männer sind derzeit noch in der Mehrheit. Seit 2005 schliessen aber konstant mehr Frauen als Männer ein Medizinstudium erfolgreich ab. Die Anzahl der Vollzeitstellen beträgt 32'586, d.h. sehr viele arbeiten im Teilzeitpensum. Das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte betrug 2017 durchschnittlich 8,8 Halbtage pro Woche. Im ambulanten Sektor belief sich das durchschnittliche Arbeitspensum gar nur auf 8,1 Halbtage. Die Frauen arbeiten durchschnittlich an 6.9 Halbtagen, bei den Männern beträgt der entsprechende Wert 8,8 Halbtage.

Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte nimmt zwar von Jahr zu Jahr zu, was aber aufgrund der Teilzeitarbeit nicht dazu führt, dass pro ärztliche Fachperson eine neue Vollzeitstelle entsteht. Gemäss einer Umfrage des Verbands junger Ärzte Schweiz unter ihren Mitgliedern wünschen sich Frauen ein Arbeitspensum von 60 bis 70 Prozent, Männer ein solches von 80 Prozent. Als Faustregel gilt darum, dass es 1,7 Medizinabsolventen braucht, um einen "traditionellen" Hausarzt zu ersetzen. Die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit hat bei den angehenden Ärzten eine hohe Priorität. Das Familienmodell, bei dem beide Partner arbeiten und sich um die Familie kümmern, ist speziell unter Akademikern weit verbreitet. Insbesondere junge Mediziner wünschen sich eine stärkere Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf. Im Sinne einer familiengerechten Work-Life-Balance entscheiden sich immer mehr gegen eine Vollzeitstelle. Aber auch bei den Ärzten mit einem Vollzeitpensum besteht das Bedürfnis, durch flexible, planbare Arbeitszeiten mit einem – zumindest begrenzt – eigenverantwortlichen Gestaltungsspielraum hinsichtlich Arbeitszeit, Beruf und private Interessen besser in Einklang zu bringen. Sehr gesucht und beliebt sind darum Stellen mit geregelten Arbeitszeiten oder mit wenig Bereitschaftsdiensten.

Die Ärzte sind nach der Ausbildung meist finanziell nicht in der Lage, eine bestehende Praxis zu übernehmen. Sie meiden das unternehmerische Risiko, das mit der finanziellen Last verbunden ist. Noch knapp die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor ist inzwischen noch in Einzelpraxen tätig (53,7 Prozent). Dieser Anteil hat seit 2008 um gut 8 Prozent abgenommen. Frauen arbeiten etwas weniger in einer Einzelpraxis (45,6 Prozent) als in Gruppenpraxen/Gesundheitszentren (54,4 Prozent). Bei den Männern ist der Anteil an Ärzten mit einer Einzelpraxis mit 58,4 Prozent leicht höher. Gemäss Selbstdeklaration sind 51,6 Prozent der ambulant tätigen Ärzte einem Ärztenetzwerk angeschlossen. Bei diesen liegt der Männeranteil bei 64,6 Prozent, der Frauenanteil bei 35,4 Prozent. In einer Gruppenpraxis arbeiten durchschnittlich 4,2 Ärzte.

## **4. Zielvorgaben**

Im Leitbild Gesundheit definierte der Landrat im 2014 gestützt auf die anstehenden Herausforderungen die strategischen Ziele und Schwerpunkte des Gesundheitswesens im Kanton bis ins Jahr 2030, um eine langfristige Planung der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die definierten Ziele in Form von sieben Leitsätzen sind:

1. Erhaltung der nahen und bedarfsgerechten Grundversorgung
2. Stärkung der Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung
3. Gesundheitsförderung und Prävention findet in angemessenem Kosten-Nutzen-Verhältnis statt, ist wirtschaftlich und zweckmässig



4. Sicherstellung der Versorgung chronisch kranker Menschen und Förderung der Gesundheit im Alter
5. Stärkung der ambulanten Versorgung
6. Sicherstellung von genügend Gesundheitspersonal und Förderung der unternehmerischen Perspektiven
7. Der einzelne Mensch nimmt seine Eigenverantwortung wahr

Im Hinblick auf die medizinische Grundversorgung stehen insbesondere die Leitsätze 1 und 6 im Vordergrund. Aber auch die anderen Leitsätze sind bedeutsam, um dieses Ziel zugunsten der Glarner Bevölkerung erreichen zu können.

Bei der Umsetzung der strategischen Ziele ist der Kanton an die allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätze (Gesetzesmässigkeit, Rechtsgleichheit und Willkürverbot, öffentliches Interesse, Verhältnismässigkeit) gebunden.

## **5. Ergriffene Massnahmen für die medizinische Grundversorgung**

### **5.1. Massnahmen des Bundes**

#### *5.1.1. Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung<sup>12</sup>*

Am 18. Mai 2014 wurde die Schweizerische Bundesverfassung mit dem Artikel 117a zur medizinischen Grundversorgung ergänzt. Dieser verpflichtet Bund und Kantone, für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Dabei bleiben die bisherigen Kompetenzen von Bund und Kantonen bestehen.

Die Bestimmung bildet die Grundlage, um die bestehenden und sich abzeichnenden Probleme in der Grundversorgung anzugehen. Dabei stehen die demografische Entwicklung und die damit einhergehende Zunahme von älteren Personen mit teils chronischen und mehrfachen Erkrankungen im Vordergrund.

Auch soll dem absehbaren Mangel an Gesundheitsfachpersonen begegnet werden. Bei der medizinischen Grundversorgung spielt zudem die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen eine zentrale Rolle. Sichergestellt muss sein, dass auch in Zukunft jeder und jede in der Schweiz überall rasch und gut versorgt wird.

#### *5.1.2. Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung<sup>13</sup>*

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) lancierten im Juni 2012 in Absprache mit weiteren Partnern den Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung». Damit sollten die Hauptforderungen der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» erfüllt werden.

Der Masterplan verfolgte zwei Ziele:

1. Die anerkannten Probleme im Bereich der medizinischen Grundversorgung sollen im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten rasch angegangen und gelöst werden.
2. Die Initiantinnen bzw. Initianten sollen aufgrund der erzielten und absehbaren Fortschritte mit Bezug auf die festgestellten Problembereiche ihre Volksinitiative zurückziehen.

Die Hauptelemente des Masterplans sind: gesetzliche Grundlagen, Aus- und Weiterbildung, Forschung, Versorgung und Finanzierung, z. B.:

<sup>12</sup> s. Bundesamt für Gesundheit: Faktenblatt "Medizinische Grundversorgung" vom 24. Februar 2014

<sup>13</sup> Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/masterplan-hausarzt-med-grundversorgung.html>

- *Weiterbildung*: unter anderem Ergänzung des Weiterbildungsprogramms «Allgemeine Innere Medizin» mit hausarztspezifischen Lernzielen, Verankerung der Praxisassistenten im Weiterbildungsprogramm (Obligatorium) und Sicherung von deren Finanzierung;
- *Versorgung*: Förderung neuer Versorgungsmodelle, Anreize für regional ausgewogene Versorgung, Unterstützung neuer Notfalldienstmodelle (inkl. adäquater Abgeltung);
- *Finanzierung*: revidieren Praxislaboratarife, einfügen eines Kapitels in die Analyseliste zu Gunsten besserer Abgeltung der Schnellanalysen von Hausärztinnen / -ärzten (Übergangszuschlag als Übergangsregelung bereits verlängert);
- *Gesamtrevision Abgeltung ärztlicher Leistungen im Tarifvertragswerk (TARMED)*: unter anderem separates Kapitel für Grundversorgerinnen / -versorger (Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie), technische Leistungen von medizinischen Praxisassistentinnen sachgerecht abbilden.

Mit dem Masterplan wurden anerkannte Probleme im Bereich der medizinischen Grundversorgung rasch angegangen und gelöst. In verschiedenen Projektgruppen wurde vieles erreicht: Im Bereich Bildung und Forschung wurden kurzfristig Gelder bereitgestellt, um die Hausarztmedizin an den Universitäten zu fördern. Zudem wurden Anpassungen im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) vorgenommen, welche die Stellung der Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung verbessern und ihr damit mehr Anerkennung verschaffen sollten.

Im Bereich der Laboratarife wurde eine bessere Abgeltung für Schnellanalysen vereinbart. Durch eine Revision des Ärztetarifs TARMED wurden die Leistungen der Grundversorger besser abgegolten.

### 5.1.3. Strategie gegen den Ärztemangel<sup>14</sup>

Im September 2011 hat der Bundesrat in Erfüllung der Motion 08.3608 von Jacqueline Fehr den Bericht «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» veröffentlicht.

Demnach hätte die Schweiz rund 1200–1300 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr ausbilden müssen, um das im Jahr 2010 verfügbare ärztliche Arbeitsvolumen ohne Fachkräfte aus dem Ausland bewältigen zu können. Dies bedeutet eine Steigerung der Ausbildungsabschlüsse gegenüber den heutigen Abschlusszahlen von 800–900 pro Jahr um 300–400 pro Jahr. Mit einem anreizorientierten Sonderprogramm in der Höhe von 100 Millionen Franken will der Bundesrat die Kantone unterstützen, ihre Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin zwischen 2017–2020 weiter zu erhöhen. Damit sollen bis 2025 insgesamt 1300 Ausbildungsabschlüsse erreicht und die Auslandabhängigkeit verringert werden.

Neben der Ausbildung von zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte fordert die Strategie ferner, dass die Verluste an ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte minimiert und die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Wahl der Spezialisierung verbessert werden. Ebenfalls sind neue Versorgungsmodelle, die nicht nur dem Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung, sondern auch den Berufsvorstellungen der Gesundheitsfachpersonen besser gerecht werden zu entwickeln. Schliesslich sind auch andere Gesundheitsberufe– zur Entlastung und Ergänzung der Ärztinnen und Ärzte - vermehrt in die Versorgung einzubeziehen sind.

Der Bericht des Bundesrates enthält eine Reihe von Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung, zur Berufsausübung und zum Tarmed. Bei verschiedenen Empfehlungen liegt der Lead bei den Kantonen:

<sup>14</sup> Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/strategie-gegen-aerztemangel.html#-880824825>

- Es sollten vermehrt Anreize zur Schaffung von Teilzeit-Weiterbildungsplätzen gesetzt werden (z.B. mittels Leistungsverträgen zwischen Kantonen und Weiterbildungsstätten/Spitäler oder ambulanten Praxen).
- Die Praxisassistenzen (Weiterbildung in Hausarztpraxen) sollten gefördert und deren Finanzierung durch die Kantone langfristig sichergestellt werden. Dazu sind geeignete Finanzierungsmodelle vorzusehen, wie sie beispielsweise bereits in der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ diskutiert und empfohlen werden (z.B. in Form des PEP-Modells: pauschal, einfach, pragmatisch).
- Die Kantone sollten eine Bestandsaufnahme und ein Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen (Einzelpraxen, Gruppenpraxen, Ambulatorien etc.) erarbeiten. Darauf basierend können von medizinischer Unterversorgung bedrohte Regionen frühzeitig identifiziert werden.
- Zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung in diesen Regionen sollte nicht Strukturerhaltung um jeden Preis, sondern auch innovative Lösungen in Betracht gezogen werden. (z.B. gemeindenahere Projekte unter verstärktem Einbezug der Spitex)
- Der Einbezug nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen in der medizinischen Grundversorgung muss im Sinne einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Leistungen, die nicht zwingend durch sie erbracht werden müssen, verstärkt werden (z.B. spezialisierte Pflegende, spezialisierte medizinische Praxisassistentinnen, Ernährungsberatung, Apothekerinnen und -apotheker).

## 5.2. Massnahmen des Kantons Glarus

### 5.2.1. Finanzierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

#### 5.2.1.1. Projekt Praxisassistentenz

Die Praxisassistentenz erlaubt Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin und Pädiatrie eine Weiterbildung bei erfahrenen Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Pädiatern in der Praxis. Während der Praxisassistentenz werden nicht nur die erforderlichen Kompetenzen für den Hausarztberuf erworben, sondern die angehenden Ärztinnen und Ärzte werden dank konkreter Erfahrung auch für dieses Berufsfeld motiviert, was wiederum einen positiven Einfluss auf das Berufsbild "Grundversorger" hat.

Mit dem Ziel, den Nachwuchs bei den Hausärztinnen und Hausärzten zu fördern, wurden ab 2007 entsprechende Programme geschaffen und von den Kantonen mitfinanziert. Eine Praxisassistentenz dauert in der Regel 6 Monate. Sowohl die Anzahl angebotene Stellen wie auch der Beitrag des Kantons variiert je nach Kanton (s. Tabelle 2).

Tabelle 2. Praxisassistentenz in den Kantonen<sup>15</sup>

Kanton	Dauer (in Monaten)	Stellen pro Jahr (Anzahl)	Beitrag des Kantons (in % des Lohnes)
AG	12	10	75
AI	6	0.4	50
AR	6	1	100
BE	6	21	75
BL	6	5	75
BS	6–12 (je nach Pensum)	3–6 (je nach Pensum)	75
FR	6	-	80
GE	6	4	75
GL	6	2	75
GR	6	8	75
JU	6	2	75

<sup>15</sup> <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1130>

Kanton	Dauer (in Monaten)	Stellen pro Jahr (Anzahl)	Beitrag des Kantons (in % des Lohnes)
LU	6	20	66
NE	n. a.	5	80
NW	6	2	66
OW	6	2	50
SG	6	20	80
SH	6	2	100
SO	6	9	80
SZ	6	5	70
TG	3–6 (je nach Pensum)	5-8 (je nach Pensum)	50–67
TI	Kein Praxisassistenten-Programm		
UR	6	3	75
VD	6–12 (je nach Pensum)	25	80
VS	6	Offen	60
ZG	6	4	33
ZH	6	30	100

Der Landrat gewährte am 26. September 2007 einen Projektkredit von 234'000 Franken zur Förderung der Praxisassistenten in der ärztlichen Grundversorgung über fünf Jahre ab 2008. In seiner Berichterstattung zum Projekt vom 18. Dezember 2012 zog der Regierungsrat eine positive Bilanz. Das Projektziel konnte erreicht und in Glarner Hausarztpraxen in Praxisassistentensequenzen von insgesamt 24 Monaten vier Assistentenärztinnen und -ärzte ausgebildet werden. Aufgrund der Berichterstattung beschloss der Landrat die unbefristete Weiterführung des Projekts (LRB § 376/2013).

Bis Ende 2017 absolvierten 13 Personen das Programm Praxisassistenten. 5 Personen haben inzwischen eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zur selbständigen Tätigkeit als Arzt im Kanton Glarus. 2 davon befinden sich allerdings zur Zeit im Ausland. 3 weitere Personen arbeiten als unselbständige Ärzte in einer Hausarztpraxis oder am Kantonsspital. 4 Personen waren oder sind in der Grundversorgung von Glarus Süd tätig. Das Programm darf als Erfolg bezeichnet werden. Es ist gelungen, Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im Kanton zu begeistern.

Tabelle 3. Überblick Praxisassistenten im Kanton Glarus 2008–2017

Jahr	Anzahl PA	Anzahl Mt.	Standortgemeinde Lehrpraktikerpraxis	Kosten Kanton (75 %)
2008	-	-	-	0
2009	-	-	-	0
2010	1	6	Glarus Nord	33'705 Fr.
2011	2	12	Glarus Nord / Glarus	91'311 Fr.
2012	1	6	Glarus Süd	48'776 Fr.
2013	1	6	Glarus Nord	42'188 Fr.
2014	2	12	Glarus Nord / Glarus	87'770 Fr.
2015	2	18 <sup>16</sup>	Glarus Nord / Glarus	87'630 Fr.
2016	2	12	Glarus / Glarus Süd	14'577 Fr.
2017	2	18	Glarus / Glarus Süd	89'873 Fr.
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>90</b>		<b>495'830 Fr.</b>

<sup>16</sup> Es ist möglich, die Praxisassistentenzeit während 12 Monaten mit einer 50% Arbeitszeit zu absolvieren.

Derzeit verfügen sieben Hausärztinnen und Hausärzte über einen Lehrpraktikerkurs der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) zur Betreuung von Praxisassistenten (Glarus Nord 4, Glarus 2, Glarus Süd 1). Sechs weitere Hausärztinnen und Hausärzte beabsichtigen, den Kurs zu absolvieren oder sind dafür angemeldet (Glarus Nord 1, Glarus 4, Glarus Süd 1). Das zunehmende Interesse der Hausärzte ist ein klares Indiz dafür, dass das Projekt Praxisassistentenz sinnvoll und zweckmässig ist.

#### 5.2.1.2. Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung

Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels und aufgrund der Entscheide des Bundes, der Kantone und der Universitäten, das Ausbildungsengagement in der Schweiz diesbezüglich zu verstärken, ist es unabdingbar, die Stellen für Ärzte in Weiterbildung an den Spitälern finanziell angemessen abzusichern und eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung sicherzustellen.

Gestützt auf die Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 besteht in der Ostschweiz seit 2012 ein interkantonaler Ausgleich für die Aufwendungen an die universitäre Lehre und Forschung der drei Ostschweizer Universitätsspitäler (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich und Universitätsklinik Balgrist) und der Ostschweizer Zentrumsspitäler (Kantonsspitäler Graubünden, Frauenfeld, Münsterlingen, St. Gallen, Schaffhausen und Winterthur, Ostschweizer Kinderspital sowie Stadtspital Triemli). Der Kanton Glarus beteiligt sich an diesen Kosten mit anfänglich 402'000 Franken (2012 und 2013) bzw. seit 2014 mit 201'000 Franken. 2019 wird der Betrag auf 170'000 Franken sinken.

Bereits beim Erlass der Ostschweizer Spitalvereinbarung wurde davon ausgegangen, dass diese von einer nationalen Vereinbarung abgelöst werden wird. Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) beschloss denn auch am 20. November 2014 eine interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung; WFV). Die Vereinbarung hat zum einen die kantonale Unterstützung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und zum anderen eine gerechte Verteilung der hieraus resultierenden finanziellen Belastung unter den Kantonen zum Gegenstand. Sie verpflichtet die Standortkantone, sich an den Kosten ihrer Spitäler für die erteilte strukturierte Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gemäss Medizinalberufegesetz pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) mit mindestens 15'000 Franken zu beteiligen. Kantone, die aufgrund einer höheren Ausbildungstätigkeit pro Kopf zudem einen höheren Kostenaufwand haben, erhalten einen Ausgleichbeitrag von Kantonen mit einem unterdurchschnittlichen Ausbildungsaufwand.

Die Landgemeinde 2016 beschloss den Beitritt des Kantons Glarus zur WFV. Da das erforderliche Quorum von 18 Kantonen aber noch nicht erreicht wurde, konnte die Vereinbarung bisher nicht in Kraft treten (Stand Februar 2018: 14 beigetretene Kantone).

#### 5.2.2. Zulassung Selbstdispensation

Die Zulassung der Medikamentenabgabe durch Ärzte hat in Glarus Tradition. Bereits im Memorial für die ordentliche Landgemeinde des Kantons Glarus vom Jahre 1920 findet sich ein Hinweis, dass es einen einzigen diplomierten Apotheker gab und dass es undenkbar sei, einem (diplomierten) Arzt die Medikamentenabgabe nicht zu gestatten. Die Medikamentenabgabe durch die Hausärzte begründet sich zum einen durch die Tatsache, dass es im Kanton wenige Apotheken gibt, die sich zudem auf die Zentren konzentrieren. Zum anderen ist die Medikamentenabgabe in der Praxis ein Dienst an den Patientinnen und Patienten. Die Selbstdispensation ist für die Ärzte lukrativ. Gemäss einer Studie des Krankenversicherers Helsana beträgt der Reingewinn für die Grundversorger aus der Medikamentenabgabe

72'000 Franken und für die Spezialisten 21'000 Franken pro Jahr.<sup>17</sup> Bei der Selbstdispensation handelt sich somit um ein willkommenes Zusatzeinkommen für die Hausärzte, was den Kanton Glarus attraktiv macht gegenüber den Kantonen, in welchen die Ärzte keine Medikamente abgeben dürfen.

### 5.2.3. *Ärztlicher Notfalldienst*

Der Landsgemeinde 2014 wurde eine Änderung des Gesundheitsgesetzes unterbreitet mit dem Ziel, die Attraktivität des Hausarztberufes weiter zu stärken. Die im Kanton tätigen Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich per Gesetz zum Notfalldienst am Abend und in der Nacht sowie an den Wochenenden verpflichtet. Die Ärzteschaft organisiert diesen Dienst in eigener Verantwortung. Die angehenden und jüngeren Ärzte sind aber immer weniger bereit, diesen Dienst zu leisten. Das Obligatorium schmälert die Attraktivität, als Hausarzt tätig zu werden. Hinzu kommt, dass mit zunehmenden Alter der Notfalldienst aus gesundheitlichen Überlegungen mehr Mühe bereitet.

Die Änderung des Gesundheitsgesetzes verpflichtete die Verantwortlichen zur Koordination zwischen Notfalldienst der freiberuflichen Ärzteschaft und der Notfallstation des Kantonsspitals. Neu geschaffen wurde zudem eine gesetzliche Grundlage für die Befreiung vom Notfalldienst gegen Entrichtung einer Ersatzabgabe. Damit können sich Ärztinnen und Ärzte, welche ihrer Notfalldienstpflicht nicht nachkommen können oder wollen, gegen Leistung einer Ersatzabgabe vom Notfalldienst generell oder im Einzelfall befreien. Die Erträge aus den geleisteten Ersatzabgaben müssen zweckgebunden – also für die Organisation und die Durchführung des Notfalldienstes – verwendet werden, kommen folglich also den notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten zugute.

Die Änderungen waren in der parlamentarischen Beratung unbestritten. Die Landsgemeinde stimmte ebenfalls zu, wobei der Notfalldienst zu reden gab. Der Antrag, wonach Ärztinnen und Ärzte, welche keinen Notfalldienst leisten können keine Ersatzabgabe zahlen müssen, wurde abgelehnt. Die Koordination des Notfalldienstes der Hausärzte mit dem Kantonsspital mündete in einem Pilotprojekt, wonach die Hausärzte ihren Notfalldienst an den Wochenenden zusammenlegten und in einer vorgelagerten Praxis am Kantonsspital leisten (vgl. dazu auch Kapitel 6.2.5).

### 5.2.4. *Kinderarztpraxis am Kantonsspital Glarus*

Mit der Pensionierung von einem der zwei Pädiater im Kanton Glarus per Ende November 2017 verschlechterte sich die pädiatrische Versorgung erheblich. Um der Unterversorgung zu begegnen, hat der Regierungsrat dem KSGL einen Leistungsauftrag für eine pädiatrische Praxis im Kantonsspital erteilt. Die Leistungsvereinbarung sieht dafür eine Abgeltung von 160 000 Franken vor. Sie ist im Augenblick auf drei Jahre befristet. Nach dieser Pilotphase soll die Situation mit den gemachten Erfahrungen neu evaluiert werden.

Die Kinderarztpraxis am KSGL soll das bestehende Betreuungs- und Behandlungsangebot für erkrankte Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren ausbauen und qualitativ verbessern. Ziel ist es, Kinder und Jugendliche bei allgemeinpädiatrischen Krankheitsbildern und/oder bei chirurgischen Problemen ambulant oder stationär wohnortnah versorgen zu können. Die Behandlung erfolgt durch einen am KSGL angestellten Facharzt Pädiatrie (Kinderarzt). Er wird tagsüber von Montag bis Freitag ambulante Behandlungen und tägliche Visiten bei den stationären Kindern durchführen. Zudem wird er wie bis anhin auch die Neugeborenen routinemässig untersuchen.

---

<sup>17</sup> Helsana Standpunkt, Magazin zur Gesundheits- und Unternehmenspolitik der Helsana Gruppe, "Margen immer noch zu hoch", S. 10 – 11, Nr. 1/2012.

Das stark erweiterte Behandlungsangebot kann als Frühintervention zur Vermeidung von länger dauernden Erkrankungen oder Rückfällen verstanden werden. Es trägt dazu bei, kostenintensive Hospitalisationen zu verhindern oder diese zu verkürzen. Notfälle bei Abwesenheit des spitaleigenen Pädiaters werden wie bis anhin in Kooperation mit der Pädiatrie des Kantonsspitals Graubünden (KSGR) betreut. Ebenso stellt das KSGR als Kooperationspartner auch die Stellvertretung sicher.

Für die Umsetzung musste das KSGL im Wesentlichen zwei Voraussetzungen schaffen. Zum einen baute das Spital im Erdgeschoss des Hauses 1 eine in sich abgeschlossene Pädiatrie-Praxis mit eigenem Eingang. Zum anderen musste das notwendige Personal rekrutiert werden, was sich wie erwartet als schwierig erwies. Die grossen Bemühungen des KSGL zeigten Früchte und Ende März 2018 konnte man die Anstellung einer Kinderärztin und eines Kinderarztes mit einem Pensum von zusammen 180 Prozent vermelden. Die Kinderarztpraxis öffnete am 1. Juni 2018 ihre Türen.

#### 5.2.5. *Sofortmassnahmen Sernftal*

Das Departement Finanzen und Gesundheit (Departement) wurde von Dr. med. Thomas Zimmermann, Matt, im September 2017 schriftlich orientiert, dass er seine berufliche Tätigkeit per 1. August 2018 einstellen werde und dass er keine Nachfolgerin oder keinen Nachfolger für seine Praxis gefunden habe. Damit verbunden stellen sich für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung im Sernftal namentlich folgende Herausforderungen:

- ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner des Alters- und Pflegeheims Sernftal;
- Hausbesuche immobiler Patientinnen und Patienten;
- Versorgung von 60–80 Personen pro Woche in der Arztpraxis;
- ärztliche Notfallversorgung in Glarus Süd;
- Übernahme schulärztlicher Untersuchungen.

Um die medizinische Grundversorgung im Sernftal ab dem 1. August 2018 weiterhin gewährleisten zu können, hat das Departement in Zusammenarbeit mit der Glarner Ärztesgesellschaft und dem Kantonsspital Glarus (KSGL) folgende aufeinander abgestimmte Sofortmassnahmen ausgearbeitet:

- *Sicherstellung der ärztlichen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner des Alters- und Pflegeheims Sernftal und Sicherstellung der Hausbesuche immobiler Patienten:* Auf Anfrage der Glarner Ärztesgesellschaft erklärte sich Dr. med. Martin Bendel, der seine Praxis in Niederurnen per Ende Januar 2016 schloss, bereit, diese Aufgabe für eine Dauer von maximal einem Jahr zu übernehmen.
- *Sicherstellung der medizinischen Versorgung von 60–80 Personen pro Woche in der Praxis:* Das KSGL entlastet die Hausärzte Dr. med. Renato Kamm und Dr. med. Cornelia Hefti, Schwanden, in dem es eine Oberärztin oder einen Oberarzt sowie eine Advanced Practice Nurse (APN; Pflegexpertin) im Umfang von je 20 Prozent anstellt, die an zwei Nachmittagen in der Woche in den Praxen der beiden Hausärzte Patienten betreuen.
- *Sicherstellung der ärztlichen Notfallversorgung in Glarus Süd:* Der ärztliche Notfalldienst in Glarus Süd wird in der Nacht jeweils bereits ab 19.30 Uhr (und nicht erst ab 22.30 Uhr) durch das KSGL übernommen.
- *Sicherstellung der Übernahme der schulärztlichen Untersuchungen:* Das KSGL hat gegenüber der Gemeinde Glarus Süd seine Bereitschaft bekundet, bei Bedarf die schulärztlichen Untersuchungen der bisher von Dr. Zimmermann, Dr. Kamm und Dr. Hefti betreuten Klassen zu übernehmen.

Die Kosten für diese befristeten Sofortmassnahmen dürften sich auf rund 30'000–50'000 Franken einmalig und rund 80'000 Franken wiederkehrend belaufen.

### 5.3. Massnahmen in anderen Kantonen

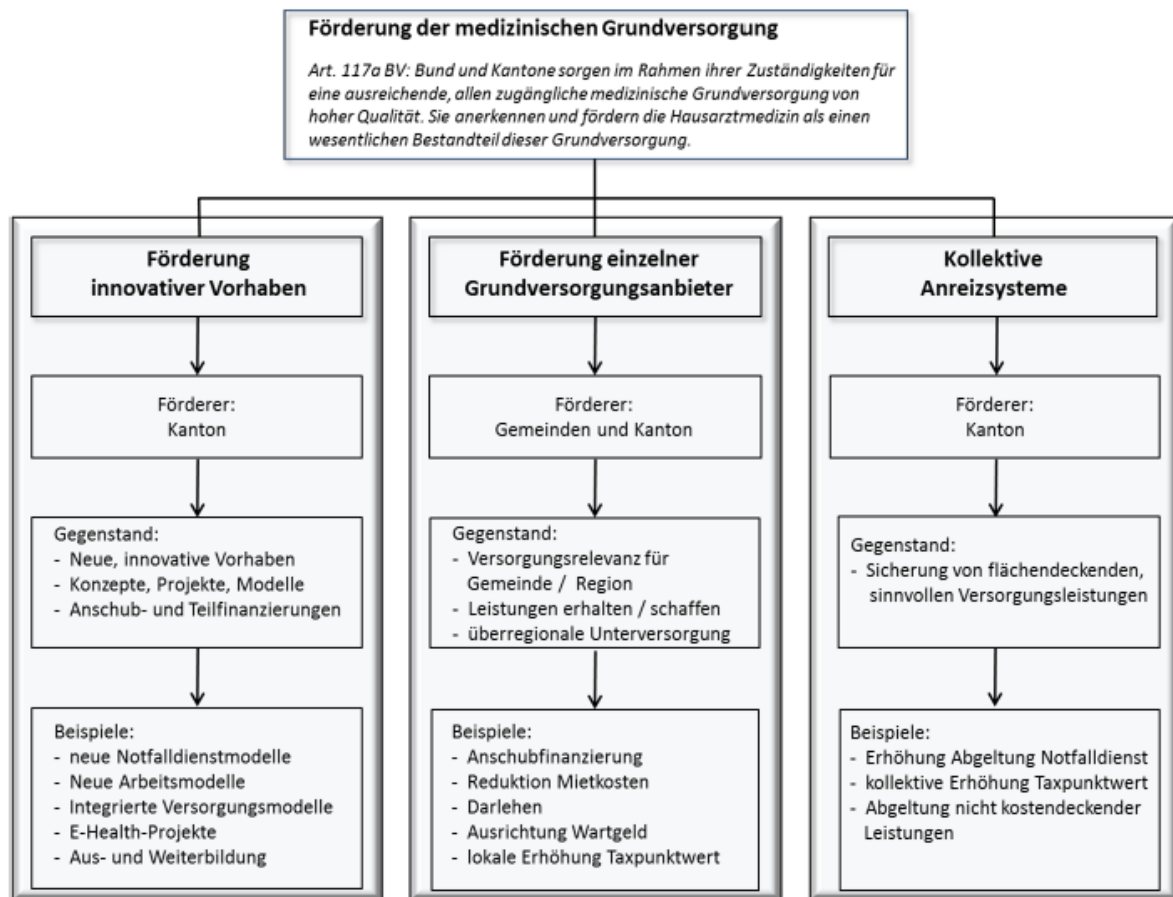
Im Folgenden werden verschiedene Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung in anderen Kantonen aufgeführt. Die beispielhafte Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

#### 5.3.1. Kanton Uri<sup>18</sup>

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung ist auch im Kanton Uri ein zentrales gesundheitspolitisches Thema. Im Vergleich zum Kanton Glarus weist der Kanton Uri aber eine nochmals deutlich tiefere Ärztedichte auf, die zudem seit Jahren massiv abnimmt. Auch im Kanton Uri wird die Mehrheit aller praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter erreichen.

Vor diesem Hintergrund stimmte die Bevölkerung des Kantons Uri im Juni 2016 eine Ergänzung des Gesundheitsgesetzes zu, die neue Instrumente im kantonalen Recht schuf. So ist es dem Kanton und den Gemeinden möglich, via Förder- und Anreizsysteme einer Unterversorgung entgegenzuwirken bzw. die Grundversorgung zu erhalten und zu verbessern. Das Urner Modell basiert auf drei Stossrichtungen:

Abbildung 6. Konzeption der Massnahmen gemäss Urner Gesundheitsgesetz<sup>19</sup>



<sup>18</sup> s. Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Uri an den Landrat vom 9. Juni 2015 i. S. Nr. 2015-338 R-630-11 Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat zur Änderung des Gesundheitsgesetzes (Förderung der medizinischen Grundversorgung)

<sup>19</sup> s. Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Uri an den Landrat vom 9. Juni 2015 i. S. Nr. 2015-338 R-630-11 Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat zur Änderung des Gesundheitsgesetzes (Förderung der medizinischen Grundversorgung), S. 14



1. *Förderung innovativer Vorhaben:* Der Kanton kann von sich aus Förderbeiträge an neue und innovative Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle auf kantonaler Ebene leisten. Beispiele für kantonale Förderbeiträge sind e-Health-Projekte, neue und innovative Versorgungsmodelle oder neue Notfalldienst-Modelle.
2. *Förderung einzelner Grundversorger:* Die Gemeinden können unter gewissen Voraussetzungen Beiträge an einzelne Leistungserbringer der ambulanten Grundversorgung auf kommunaler Ebene gewähren. Der Kanton beteiligt sich in der Folge im gleichen Umfang wie die betroffene Gemeinde. Mögliche Beispiele sind die lokale Erhöhung des Taxpunkt-werts, die Anschubfinanzierung für eine Praxis oder Inkonvenienzentschädigungen.
3. *Kollektive Anreizsysteme:* Der Kanton kann kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorger schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinn-vollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Denkbar wäre etwa die generelle Erhö-hung des Taxpunkt-werts für eine Gruppe von Leistungserbringern, und zwar auf dem ganzen Kantonsgebiet

Abbildung 6 zeigt die Konzeption der Urner Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung.

### 5.3.2. Kanton Graubünden<sup>20</sup>

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung vor Ort und in der Region ist im Kanton Graubünden Aufgabe der Gemeinden und damit von ihnen im Zusammenwirken mit der Region anzugehen. Den Gemeinden stehen Massnahmen wie die Einbindung in Ge-sundheitszentren, die finanzielle und organisatorische Unterstützung von Interessenten bei der Übernahme einer Hausarztpraxis und die Anstellung von Hausärzten durch die Gemein-den oder die Gesundheitsversorgungsregionen zur Verfügung. Auch könnten die Gemeinden ihr Regionalspital mit der ambulanten medizinischen Versorgung beauftragen.

Unterstützend für die Gemeinden führt der Kanton die folgenden Massnahmen durch:

- Ausrichtung von Beiträgen zur Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes
- Abgeltung des Notfalldienstes für Ärzte mit überdurchschnittlicher Notfallbelastung
- Finanzielle Unterstützung des Praxisassistentenprojektes
- Finanzielle Unterstützung des Weiterbildungscurriculums für Hausärzte des Kantonsspitals Graubünden
- Engagement auf schweizerischer Ebene für die Ausbildung von mehr Ärzten und gegen die zunehmenden, den Gegebenheiten der kleineren Spitäler nicht Rechnung tragenden Anforderungen der ärztlichen Fachgesellschaften an die Ausbildung und an die Tätigkei-ten im medizinischen Bereich.

### 5.3.3. Kanton Obwalden

Im Kanton Obwalden kann der Kanton zur Gewährleistung der ambulanten und stationären Versorgung einschliesslich der Rettungsdienste finanzielle Beiträge sprechen für Massnah-men Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung von im Gesundheitswesen tätigen Personen, für integrierte Versorgungsstrukturen sowie für die Organisation des ambulanten Notfalldienstes. Der Regierungsrat kann entsprechende Vereinbarungen bis zu einem Betrag von insgesamt 500'000 Franken bzw. 100'000 Franken pro Jahr abschliessen. Für darüberhinausgehende Vereinbarungen ist das Parlament abschliessend zuständig. (Art. 5 Abs. 2 und 3 Gesund-heitsgesetz des Kantons Obwalden; GS 810.1.).

Ferner bietet auch der Kanton Obwalden ein Praxisassistenzprogramm in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin, Luzern (IHAM CC) an. Anders als im Kanton Glarus

<sup>20</sup> s. Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden. (2013). Leitbild zur Organisa-tion der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden, S. 14

wird das Programm seit kurzem aber nicht mehr administrativ über das Kantonsspital, sondern durch das Gesundheitsamt geführt.

#### 5.3.4. *Kanton Nidwalden*

Das Gesundheitsamt des Kantons Nidwalden erarbeitet zurzeit eine Teilrevision des Gesundheitsgesetzes. In diesem Rahmen ist ebenfalls angedacht die medizinische Grundversorgung mit Beiträgen oder anderen geeigneten Massnahmen zu fördern.

#### 5.3.5. *Kanton Aargau*

Der Kanton Aargau verfolgt zwei Stossrichtungen. Einerseits wird die Ausbildung stark gefördert (Projekt Praxisassistenten und Curriculum Hausarztmedizin). Andererseits greift der Kanton den Gemeinden mit Wissen unter die Arme. Im Aargau existieren noch viele Einzelpraxen und nur wenige Gruppenpraxen oder Ärztezentren. Der Kantonsärztliche Dienst des Departementes Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau hat mit Blick auf diese Ausgangslage und den Trends in der Hausarztmedizin zusammen mit dem Aargauischen Ärzteverband (AAV), der Argomed Ärzte AG (Argomed) und der Vereinigung Aargauischer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA) ein Projekt gestartet, um die Gemeinden für dieses Thema zu sensibilisieren, Hinweise und Empfehlungen abzugeben sowie Organisationen und Institutionen zu vermitteln, die als Ansprechpartner dienen.<sup>21</sup>

## **6. Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung im Kanton Glarus**

Die Gesetzgebung des Bundes macht Vorgaben bezüglich der Kompetenzen der Kantone in der Gesundheitsversorgung. Vereinfachend gesagt spielen die Kantone im stationären Bereich eine grosse Rolle, während im ambulanten Bereich eine Tätigkeit der Kantone weder erwünscht noch rechtlich vorgesehen ist. Entsprechend engagieren sich der Kanton und die Gemeinden bisher grundsätzlich nur dort, in denen sie kraft Bundesgesetzgebung aktiv sein müssen. So hat der Kanton gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung eine kantonale Spitalplanung vorzunehmen, die Spitalliste ist mit den anderen Kantonen zu koordinieren (Art. 39 KVG). Ferner übernehmen die Kantone mindestens 55 Prozent der Vergütungen für stationäre Behandlungen in einem Spital zu übernehmen (Art. 49a KVG). Ebenfalls haben die Kantone die Restfinanzierung der Pflegekosten zu regeln (Art. 25a Abs. 5 KVG). Im Kanton Glarus sind dafür gemäss Artikel 23 EG KVG die Gemeinden zuständig. Die Ausgaben des Kantons für die Spitalbehandlungen der Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner belaufen sich auf nahezu 40 Millionen Franken pro Jahr.

Hingegen erfolgten bei der ambulanten medizinischen Grundversorgung bisher Förder- und Unterstützungsmassnahmen durch den Kanton oder die Gemeinden aufgrund der Vorgaben der Bundesgesetzgebung und mit Blick auf den freien Wettbewerb mit grösster Zurückhaltung und nur punktuell. Der Kanton fokussierte sich auf die Ausbildung der angehenden Ärzte. Der Landrat stimmte 2007 dem Projekt "Praxisassistenten" zu. Dieses hat zum Ziel, den angehenden Medizinerinnen eine Ausbildung bei den Hausärzten im Kanton zu ermöglichen und sie auf diese Weise für eine Tätigkeit in der Grundversorgung zu motivieren. Das Projekt Praxisassistenten beläuft sich auf maximal 90'000 Franken pro Jahr (2017). Die Landsgemeinde stimmte 2016 der Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen zu. Das Konkordat soll sicherstellen, dass Kantone mit einer Universität nicht aus Kostengründen zu wenig Ärzte ausbilden. Das Konkordat ist noch nicht in Kraft getreten, der Kanton müsste mit Kosten von rund 275'000 Franken pro Jahr rechnen.

Der Regierungsrat bekennt sich zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung. Die Landsgemeinde 2014 stimmte einer entsprechenden Gesetzesänderung zu. Der Kanton

---

<sup>21</sup> Leitfaden Kanton Aargau: Förderung der Medizinischen Grundversorgung in den Gemeinden.

übernimmt dann im ambulanten Bereich entgegen der Bundesgesetzgebung eine Mitfinanzierung, wo ein kantonales Angebot sinnvoll ist, die Tarife aber nicht kostendeckend sind. Dies betrifft momentan zwei Bereiche. So subventioniert der Kanton ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen durch den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst mit rund 350'000 Franken pro Jahr sowie den Betrieb einer psychiatrischen Tagesklinik am Kantonsspital Glarus mit 330'000 Franken pro Jahr.

Seit kurzem kamen aufgrund der erwähnten Versorgungsengpässe neue Aufgaben und Ausgaben auf den Kanton zu. So unterstützt der Kanton eine Kinderarztpraxis am Kantonsspital Glarus mit einem Beitrag von jährlich maximal 160'000 Franken. Neu hinzu kommen ab Sommer 2018 rund 80'000 Franken pro Jahr. Damit soll die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung des Sernftals verbessert und sichergestellt werden.

### **6.1. Vorgehensweise**

Das Departement Finanzen und Gesundheit gründete im Herbst 2017 eine Task Force bestehend aus Vertretern der kantonalen Verwaltung, des Kantonsspitals Glarus (KSGL) sowie der Glarner Ärztesgesellschaft (Glaeg). Die Arbeitsgruppe hatte zur Aufgabe, primär Sofortmassnahmen zur Sicherstellung der Grundversorgung im Sernftal zu definieren. Andererseits mussten Überlegungen angestellt werden, wie diese Sofortmassnahmen in eine langfristig nachhaltige Lösung überführt werden können. Die Problematik der drohenden Unterversorgung betrifft nicht nur das Sernftal. Der Kanton muss darum die Frage klären, wie in ähnlichen Fällen vorzugehen ist. Die Kantonsverfassung verpflichtet den Regierungsrat, alle Regionen respektive Gemeinden gleich zu behandeln.

Die Gefahr einer drohenden Unterversorgung ist in Glarus Süd am akutesten. Dies zeigt sich auch darin, dass die Hausärzte von Glarus Süd in einem Brief an das zuständige Departement ihre Besorgnis über die Versorgung in der Gemeinde Ausdruck verliehen. In Gesprächen mit den Hausärzten von Glarus Süd kristallisierten sich folgende Massnahmen zur Unterstützung und Entlastung der Hausarztmedizin heraus:

1. Übernahme Notfalldienst/Notfallnummer durch das Kantonsspital ab 19.30 Uhr
2. Verbesserung der Organisation des Notfalldienstes an den Wochenenden (z.B. durch die Errichtung einer hausärztlichen Notfallpraxis am Kantonsspital)
3. Errichten einer pädiatrischen Sprechstunde am Kantonsspital
4. Kontaktaufnahme / Netzwerk mit Studienabgängern Medizin aus dem Kanton Glarus
5. Finanzielle Unterstützung bei Praxiseröffnung und/oder Praxisübernahme eines Grundversorgers (z.B. in Form Steuererlass von 2 Jahren)
6. Abschaffung des schulärztlichen Dienstes
7. Taxipunktwert-Anpassung für die Grundversorger

Die Massnahmen 1 und 3 wurden bereits umgesetzt. Bezüglich Massnahme 2 läuft ein Pilotprojekt, um Erfahrungen zu sammeln. Das Kantonsspital hat zudem den Grundversorgern in Glarus Süd angeboten, den schulärztlichen Dienst bei Bedarf zu übernehmen (Massnahme 6). Eine Anpassung des Tarifs liegt nicht in der direkten Kompetenz des Kantons (Massnahme 7). Die Tarife werden zwischen der Ärztesgesellschaft und den Krankenkassen ausgehandelt. Findet keine Einigung statt, hat der Kanton den Tarif festzusetzen, der Entscheid kann von beiden Parteien juristisch überprüft werden. Somit verbleiben noch die Massnahmen 4 und 5, die einer genaueren Prüfung zu unterziehen sind.

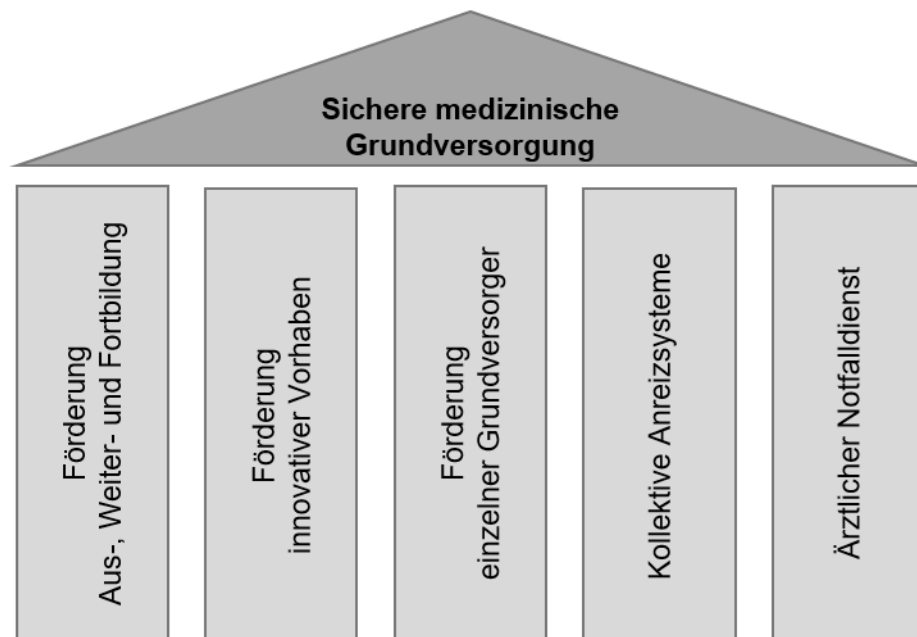
### **6.2. 5 Säulen-Strategie**

Die kantonale Strategie zur medizinischen Grundversorgung zielt darauf ab, diese langfristig und damit nachhaltig sicherzustellen. Sie kann jedoch keine Garantie sein, dass es zu keiner Unterversorgung kommt. Der Hausärztemangel betrifft die ganze Schweiz. Der Kanton kann allerdings Massnahmen in die Wege leiten, um die Gefahr einer drohenden Unterversorgung zu minimieren. Er orientiert sich dabei an den anderen Kantonen, wobei das Urner Modell im Vordergrund steht. Dieses soll auf die Glarner Verhältnisse adaptiert werden. In Ergänzung

zu diesem sieht das Glarner Modell eine 5-Säulen Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung vor. Der Kanton stellt finanzielle Mittel bereit zur:

1. Förderung der Ausbildung
2. Errichtung von (Gruppen-)Praxen und Gesundheitszentren
3. Unterstützung von innovativen Vorhaben
4. Schaffung von kollektiven Anreizsystemen
5. Sicherstellung der Notfallversorgung

Abbildung 7. 5-Säulen-Strategie des Regierungsrates zur Förderung der medizinischen Grundversorgung



#### 6.2.1. 1. Säule: Förderung der Ausbildung zukünftiger Grundversorger

Wie bereits dargelegt liegt das Schwergewicht des Kantons bis anhin bei der Ausbildung der Grundversorger. Einerseits gibt es das Projekt Praxisassistenten, andererseits die interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen. Das Projekt Praxisassistenten darf als erfolgreich bezeichnet (vgl. Kapitel 5.2.1.1). Es führt dazu, dass immer wieder junge Hausärzte sich in einer Praxis im Kanton niederlassen. Die Bemühungen sollen deshalb intensiviert werden, indem die Mittel gemäss Empfehlung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verdoppelt werden.

Der Kanton prüft in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Glarus, ein Curriculum Hausarztmedizin einzurichten. Die jungen Ärzte könnten mit einem solchen Curriculum (Liste und Organisation von Assistenzstellen zur Erlangung der notwendigen Erfahrungen für ein FMH-Titel in Allgemein-Inneren Medizin) noch stärker motiviert werden, im Kanton tätig zu werden. Benachbarte Kantone wie Graubünden oder St. Gallen bieten über ihre Kantonsspitäler solche Programme an, wobei der Kanton 50 Prozent der Kosten übernimmt. Die angehenden Ärzte nehmen dieses Programm, wie die Erfahrungen in Graubünden zeigen, eher zurückhaltend in Anspruch. Sie stellen sich ihr Curriculum lieber selber zusammen. Aufgrund der verfügbaren Erfahrungswerte darf damit gerechnet werden, dass durchschnittlich alle 4 Jahre ein solches Curriculum am Kantonsspital Glarus in Angriff genommen würde.

#### 6.2.2. 2. Säule: Errichten von (Gruppen-)Praxen / Förderung einzelner Grundversorger

Die Trends in der Hausarztmedizin (vgl. Kapitel 3.5) zeigen, dass die angehenden Hausärzte drei Anforderungen haben: sie möchten gern angestellt sein, nicht zuletzt um das wirtschaftliche Risiko zu minimieren. Sie suchen vielfach ein Teilzeitpensum zwecks Vereinbarkeit von

Beruf und Familie. Schliesslich wünschen sie sich geregelte Arbeitszeiten, Nacht- und Wochenenddienst wird als nicht attraktiv wahrgenommen. Eine Gruppenpraxis respektive ein Gesundheitszentrum kann diesen Anforderungen gerecht werden, was bei einer Einzelpraxis nicht der Fall ist. Die Einzelpraxis ist ein Auslaufmodell, wie ein Blick auf die aktuelle Situation zeigt. In Glarus Nord arbeiten mehr Hausärzte in einer Gruppenpraxis als in einer Einzelpraxis. Dies gilt auch für Glarus, wobei hier der Trend nicht so ausgeprägt ist. Einzig in Glarus Süd dominieren die Einzelpraxen, hier gibt es erst ein Gesundheitszentrum.

Der Kanton soll sich auf die Entwicklung fokussieren, die zukunftssträftig sind. Er soll, wie von Ärzten gewünscht, bei der Errichtung von Gesundheitszentren und Gruppenpraxen eine finanzielle Anschubfinanzierung leisten. Diese Strategiemassnahme ist ein klarer Eingriff des Kantons in die Marktfreiheit und muss deshalb an konkrete Bedingungen und Auflagen geknüpft werden. Es ist zu berücksichtigen, dass verschiedene Ärzte aus eigener Kraft ihre Praxen in Gesundheitszentren und Gruppenpraxen umgestaltet haben. Eine rückwirkende Ausgestaltung dieser Massnahme würde zu erheblichen Vollzugsproblemen führen und kommt deshalb nicht in Frage. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass diese Massnahme nur mit grosser Zurückhaltung zur Anwendung gelangen wird, um die rechtsgleiche Behandlung der verschiedenen Akteure zu gewährleisten. Sie kommt dann in Frage, wenn eine offensichtliche Unterversorgung im innerkantonalen Vergleich festzustellen oder die Eigeninitiative nicht erfolgreich ist (zum Beispiel infolge fehlender oder ungenügender Fremdfinanzierung). Die Unterstützung einer Einzelpraxis ist grundsätzlich nicht vorgesehen, ausser die Situation lässt dies als opportun erscheinen im Vergleich mit einer Lösung mit einer Gruppenpraxis.

### 6.2.3. 3. Säule: Unterstützung von innovativen Vorhaben

Wie die Erfahrung der jüngeren Vergangenheit zeigt, reicht eine rein auf Marktmechanismen ausgerichtete Gesundheitspolitik nicht aus, um die notwendige medizinische Grundversorgung flächendeckend gewährleisten zu können oder um den Rückgang an Versorgungsangeboten in gewissen Regionen aufzufangen. Unternehmerisches Denken und Handeln, Innovationsfähigkeit, die Ausschöpfung bestehender Potenziale und der Aufbau sowie die Optimierung und Verbesserung von Versorgungssystemen sind elementare Bestimmungsfaktoren für die künftige Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung und damit für Glarus als attraktiven Wirtschafts- und Wohnkanton. Aus diesen Gründen soll eine Säule zur Förderung der Grundversorgung auf Initiativen, Programme oder Projekte fokussieren, welche die Versorgungsvoraussetzungen verbessern.

Ein Pilotprojekt betreffend Unterstützung von innovativen Vorhaben, um ein konkretes Beispiel zu nennen, ist im Bereich Advanced Nurse Practitioner (ANP) bereits gestartet. Eine ANP unterstützt die Ärzte bei der medizinischen Versorgung des Sernftals, sowohl was mobile als auch immobile Patientinnen und Patienten betrifft. ANP's sind klinische Pflegeexpertinnen und -experten, welche so ausgebildet werden, um eine Entlastung der Hausärzte zu erreichen. Ihr Aufgabengebiet umfasst die Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten inklusive Visiten in Alters- und Pflegeheimen, Sprechstunden für komplexe Patienten (Multimorbidität, sozial schwierige Situationen, viel Abklärungs-, Beratungs- und Koordinationsbedarf) sowie die Übernahme gewisser Aufgaben im Bereich der Schulgesundheit oder von Schwangerschaftskontrollen. Sie arbeiten Hand in Hand mit Hausärzten zusammen und entlasten sie in klar definierten Fällen. Sie sind eingebunden in eine Hausarztpraxis und unterstehen der Aufsicht des Arztes.

Innovative Versorgungsmodelle sind auf eine gute Vernetzung angewiesen. Eine Chance zur Steigerung der Effektivität und Senkung der Kosten im Gesundheitswesen bietet die digitale Vernetzung zum Wohle der Patienten. Digitale Lösungen beinhalten insbesondere aber auch das Potential, die Gesundheitsversorgung zu verbessern (eHealth, elektronisches Patientendossier). Der Kanton soll diese Entwicklungen finanziell unterstützen können, wenn sie der Förderung der medizinischen Grundversorgung dienlich sind.



Der Notfalldienst im Kanton Glarus ist zur Zeit sehr gut aufgestellt. Er ist auf einer qualitativ hohen Stufe organisiert mit allseits vollumfänglicher Erreichbarkeit und Zugänglichkeit für alle Patientinnen und Patienten. Es bestehen einheitliche Notfallnummern, welche der Bevölkerung regelmässig in Erinnerung gerufen werden. Die Koordination zwischen dem Kantonsspital und den Grundversorgern funktioniert bestens, die Übergaben in der Nacht führen zu einer deutlichen Entlastung der Hausärzte. Unterstützend stehen die Einsatzzentral 144, die Ambulanz und insbesondere auch die REGA zur Verfügung.

Ein Handlungsbedarf wird sich dennoch früher oder später einstellen. Die Glarner Ärztesgesellschaft weist in einem Schreiben darauf hin, dass die Bereitschaft sinkt, Notfalldienst zu leisten. Die Gründe dafür seien vielfältig. Einerseits arbeiteten viele jüngere Medizinalpersonen nicht mehr in einer eigenen Praxis und zudem auf Teilzeitbasis. Der Dienst sei infolge mangelnder Auslastung insbesondere in den Abendstunden und in der Nacht finanziell wenig attraktiv. Hinzu komme ein stark verändertes Patientenverhalten. Immer weniger Patientinnen und Patienten verfügten über einen eigenen Hausarzt. Dies führe dazu, dass zunehmend der Spitalnotfall aufgesucht werde selbst für Bagatellfälle, die diese Infrastruktur nicht benötigen und das Gesundheitssystem unnötig belasten würden.

Die Ärztesgesellschaft testet im Rahmen eines laufenden Pilotprojektes, eine Notfallpraxis am Spital durch die Hausärzte zu betreiben. Es liegen noch keine Schlussfolgerungen vor. Ob sich Änderungen in der Notfallversorgung aufdrängen, kann nach Evaluation des Pilotprojektes beurteilt werden. Weitere Synergien könnten sich über eine vertiefte Zusammenarbeit mit der REGA Basis in Mollis ergeben. Hierzu laufen momentan ebenfalls entsprechende Abklärungen. Die Strategie zur Förderung der Hausarztmedizin muss in Anbetracht des veränderten Umfeldes als Ziel definieren, dass Synergien genutzt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. So soll die Notfallversorgung auf lange Frist sichergestellt werden.

### **6.3. *Postulat Andrea Bernhard, Glarus, und Unterzeichnende „Schaffung eines Anreizsystems für die Förderung der zukünftigen Allgemein- und Kinder- und Jugendmediziner im Kanton Glarus“***

Am 10. August 2018 reichten Landrat Andrea Bernhard und Unterzeichnende im Namen der grünliberalen Partei (GLP) ein Postulat ein, indem sie den Regierungsrat um Prüfung eines Anreizsystems für die Förderung der zukünftigen Allgemein- und Kinder- und Jugendmediziner im Kanton Glarus und einen entsprechenden Bericht an den Landrat ersuchen [Exkurs: der Landrat hat das Postulat noch nicht behandelt. Es soll an dieser Stelle im Sinne der Einheit der Materie (gesamtheitliche Perspektive) behandelt werden]. Die Glarner Medizinstudenten sollen mit einem wandelbaren Stipendium ans Glarnerland gebunden werden. Die Studierenden sollen ab Beginn ein Studiendarlehen für das ganze Medizinstudium erhalten. Falls diese eine Ausbildung als Haus- oder Kinderarzt erfolgreich abschliessen und sich im Kanton niederlassen, wird das Studiendarlehen nachträglich in ein Stipendium umgewandelt und muss entsprechend nicht zurückbezahlt werden. Dieser Vorschlag geht noch etwas weiter als der Vorschlag der Glarner Ärztesgesellschaft, wonach ein Netzwerk mit Studienabgängern Medizin aus dem Kanton Glarus zu errichten ist.

Mit dieser Vorlage präsentiert der Regierungsrat seine entsprechende Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung, die auf die Hausarztmedizin fokussiert. Neben den bisherigen Massnahmen (s. Ziff. 5.2), schlägt der Regierungsrat eine Reihe von neuen Massnahmen vor, mit denen Anreize für eine bessere Versorgung durch Allgemein-, Kinder- und Jugendmediziner gesetzt werden sollen.

Die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung spielte dabei bisher und spielt auch künftig eine wichtige Rolle. So hat sich insbesondere das Praxisassistentenprogramm bewährt und soll ausgebaut werden. Weitere Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin auf gesamtschweizerischer Ebene werden vom Kanton Glarus unterstützt.

Die Idee von wandelbaren Darlehen für Glarner Medizinstudenten, die nach einer bestimmten Tätigkeitsdauer als Allgemein-, Kinder- und Jugendmediziner im Kanton Glarus erlassen werden können, erachtet der Regierungsrat als wertvollen Diskussionsbeitrag. Grundsätzlich wäre eine solche Massnahme unter dem neuen Artikel 22c möglich. Allerdings erachtet der Regierungsrat die Umsetzung dieser Idee als schwierig. Soweit sich einzelne Medizinstudenten eine Ausbildung nicht oder nur begrenzt leisten können und tatsächlich ein Bedarf an Stipendien oder Darlehen besteht, können sie diese bereits heute gestützt auf das Gesetz über die Ausbildungs- und Schulgeldbeiträge (Stipendiengesetz) geltend machen. Die Maximalansätze sind dabei mit 16'000 Franken pro Jahr für Stipendien (Art. 12 Stipendiengesetz) bzw. 15'000 Franken pro Jahr für Darlehen (Art. 31 Stipendienverordnung) wesentlich tiefer als die rund 30'000 Franken pro Jahr, welche die Postulanten vorschlagen. Die Beiträge an die Ausbildungs- und Lebenshaltungskosten der Medizinstudenten lägen damit – neben den ohnehin schon durch die Steuerzahler zu finanzierenden hohen Ausbildungskosten von Medizinstudenten – rund doppelt so hoch wie bei anderen Studienrichtungen. Diese hohen Beiträge lassen sich nicht durch einen spezifisch höheren Bedarf begründen – es fehlen in der Schweiz auch in anderen Branchen Fachkräfte – und sind auch mit Blick auf die künftigen Verdienstmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzte gegenüber anderen Berufsgattungen nur begrenzt zu rechtfertigen. Zudem dürfte zu Beginn eines Medizinstudiums oftmals noch nicht klar sein, welchen Weiterbildungstitel die angehenden Ärztinnen und Ärzte letztlich anstreben. Würden aber alle Medizinstudenten unabhängig von deren zukünftigen Weiterbildungsrichtung unterstützt, wäre die Massnahme wenig zielgerichtet, zumal in Weiterbildungsbereichen ausserhalb der medizinischen Grundversorgung kein Ärztemangel besteht und sich folglich eine stärkere Unterstützung durch die öffentliche Hand nicht aufdrängt. Schliesslich wäre das Controlling der Rückzahlung der Darlehen über einen solch langen Zeitraum (6 Jahre Studium, 5–6 Jahre Weiterbildung, mehrjährige Praxistätigkeit im Kanton, Folgen bei Abbruch des Studiums) anspruchsvoll umzusetzen. Der Vorschlag ist trotz Umsetzungsschwierigkeiten näher zu prüfen. Der neu zu schaffende Artikel (22c) bietet die Rechtsgrundlage für ein solches finanzielles Anreizsystem.

## **7. Weitere Änderungen**

### **7.1. Bestimmungen zur Berufsausübung**

Das neue Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 30. September 2016 (Gesundheitsberufegesetz, GesBG) regelt unter anderem die Berufsausübung verschiedener nicht universitärer Gesundheitsberufe in eigener fachlicher Verantwortung. In Übereinstimmung mit den neuen Bestimmungen des GesBG wird mit dessen Inkrafttreten auch der Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) sowie des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81) auf die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung ausgedehnt. Neu ist somit nicht mehr nur die privatwirtschaftliche Berufsausübung, sondern auch die Berufsausübung im öffentlichen Dienst nach Bundesrecht bewilligungspflichtig. In Übereinstimmung mit dieser bundesrechtlichen Neuerung wird der Begriff „privatwirtschaftlich“ auch aus dem kantonalen Gesundheitsgesetz gestrichen und dadurch die allgemeine Bewilligungspflicht für eine Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung eingeführt.

Im Hinblick auf die Bewilligungspflicht einer Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht einer Berufskollegin oder eines Berufskollegen erfolgt hingegen ein Paradigmenwechsel: Die Bewilligungspflicht für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit stellt einen schweren Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar, welcher nach dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit auf das zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der öffentlichen Gesundheit notwendige Minimum beschränkt werden muss. Nach bisherigem Recht war auch die Tätigkeit unter Aufsicht für gewisse Berufsgruppen, sofern deren Tätigkeit länger als ein Jahr dauerte, bewilligungspflichtig. Diese Bewilligungspflicht wird nun mit der vorliegenden Änderung im



Sinne der obigen Ausführungen aufgehoben. Bei einer Person, die unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht einer entsprechenden Fachperson tätig ist, ist davon auszugehen, dass diese Kontrolle ausreicht, um die Patientensicherheit sowie die Qualität der Leistungen zu gewährleisten. Anstelle der Bewilligungspflicht treten nun Auskunftspflicht und Meldepflichten der Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber, welche die fachliche Verantwortung und Aufsicht für Berufskolleginnen und Berufskollegen übernehmen. Weiter werden auch konkrete Voraussetzungen definiert, die erfüllt sein müssen, damit die Inhaberin beziehungsweise der Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung die fachliche Verantwortung und Aufsicht für eine andere Gesundheitsfachperson übernehmen kann und was die mit dieser Übernahme verbundenen Konsequenzen für die Bewilligungsinhaberin oder den Bewilligungsinhaber sind.

Sodann wird eine Lücke im kantonalen Recht geschlossen. Das Gesundheitsgesetz enthielt bisher keine Bestimmungen, welche die im Gesundheitsbereich zulässigen Auskündigungen regelten. Während sich für Medizinalpersonen oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestimmte Werbeeinschränkungen aus dem MedBG beziehungsweise aus dem PsyG ergeben, gab es für Personen, welche einen anderen bewilligungspflichtigen oder auch bewilligungsfreien Gesundheitsberuf ausübten, keine derartigen Einschränkungen. Neu wird deshalb der Verzicht auf irreführende oder unwahre Auskündigungen als Berufspflicht für sämtliche Bewilligungsinhaberinnen oder Bewilligungsinhaber normiert. Diese gilt sinngemäss auch für alle Personen, welche bewilligungspflichtige Tätigkeiten unter der fachlichen Verantwortung und Aufsicht einer Bewilligungsinhaberin oder eines Bewilligungsinhabers ausüben. Darüber hinaus gibt es künftig auch Einschränkungen bei der Auskündigung von nicht bewilligungspflichtigen Tätigkeiten, sofern diese zu Täuschungen Anlass geben könnten sowie geschützte Bezeichnungen im Bereich der bewilligungspflichtigen Einrichtungen.

Weitere Änderungen im Bereich der bewilligungspflichtigen Einrichtungen betreffen die Bewilligungspflicht für Einrichtungen zur ambulanten Gesundheitsversorgung, welche neu auf Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause beschränkt wird, sowie die allgemeinen Voraussetzungen zur Erteilung einer Betriebsbewilligung. Die Umschreibung dieser Bewilligungsvoraussetzungen war bisher auf Gesetzesstufe äusserst abstrakt. Durch die Konkretisierung der Voraussetzungen wird dem Legalitätsprinzip Rechnung getragen.

## **7.2. *Aufhebung von Erlassen***

Mit Inkrafttreten des totalrevidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (Epidemiengesetz; EpG) auf den 1. Januar 2016 hob der Bund nicht nur das Epidemiengesetz vom 18. Dezember 1970, sondern auch das Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose auf.

Damit sind auch das kantonale Vollziehungsgesetz vom 6. Mai 1934 (VIII A/62/1) sowie die landrätliche Vollziehungsverordnung zum Epidemiengesetz vom 2. Dezember 1987 (VIII A/61/1) und die landrätliche Verordnung über das Desinfektionswesen vom 16. Dezember 1963 (VIII A/63/1) gegenstandslos, zumal das neue Epidemiengesetz die Materie abschliessend regelt. Die Kantone verfügen ausser im Falle einer Kompetenzdelegation über keine eigene Gesetzgebungskompetenz. Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b Bundesverfassung schafft eine umfassende, nachträglich derogatorische Regelungskompetenz (vgl. Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen, BBl 2011 311, S. 328). Die erwähnten Erlasse sind daher im Rahmen der Änderung des Gesundheitsgesetzes noch formell aufzuheben.

## 8. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

### *Ziffer I*

#### *Artikel 5; Aufgaben Gemeinden*

Gemäss Artikel 32 der Kantonsverfassung fördern der Kanton und die Gemeinden die Volksgesundheit, die Gesundheitsvorsorge und die Krankenpflege. Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Gesundheitsgesetz sieht vor, dass die Gemeinden für die ambulante und stationäre Langzeitpflege sowie das Bestattungswesen zuständig sind, während der Kanton alle übrigen Aufgaben wahrnimmt. Insbesondere liegen damit die Gesundheitspolizei und die Gesundheitsförderung in der alleinigen Zuständigkeit des Kantons.

Mit den nun vorgeschlagenen Gesetzesänderungen erfolgt hinsichtlich der bisherigen, zurückhaltend angewandten Förder- und Unterstützungsmassnahmen wie skizziert ein klarer Paradigmenwechsel hin zu einer umfassenderen öffentlichen Mitfinanzierung der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Da sich die Situation hinsichtlich der medizinischen Grundversorgung in den einzelnen Gemeinden unterscheiden (s. Ziff. 3.4.2) und sie die Situation vor Ort am besten kennen, sollen sie in die Förderung einzelner Grundversorgungsangebote miteinbezogen werden. Der neue Buchstabe d von Artikel 5 bezieht sich dabei auf den ebenfalls neu zu schaffenden Artikel 22e, der eine Mitfinanzierungsmöglichkeit (keine Mitfinanzierungspflicht!) von einzelnen Grundversorgungsangeboten durch die Standortgemeinde vorsieht.

#### *Artikel 9; Weitere kantonale Verwaltungsbehörden*

Die Massnahme "B.11 Bewilligungspflichtige Gesundheitsberufe 2" der Effizienzanalyse "light" empfahl zur Entlastung des Departementsvorstehers, die Unterschriftsberechtigung für die Erteilung und Verweigerung von gesundheitspolizeilichen Berufsausübungsbewilligungen an die Hauptabteilung Gesundheit zu delegieren. Das Entlastungspotenzial beträgt aufgrund der Erfahrungen in den Jahren 2014–2017 rund 20–30 Entscheide pro Jahr. Mit RRB 261/2015 beschloss der Regierungsrat, die Umsetzung der Massnahme bei einer nächsten Änderung des Gesundheitsgesetzes vertieft zu prüfen.

Mit dem neuen Absatz 2 wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, damit der Regierungsrat den Erlass von Verwaltungsentscheiden, für die im Gesetz grundsätzlich eine Zuständigkeit des Departements vorgesehen ist, nachgeordneten Verwaltungseinheiten delegieren kann. Eine solche Regelung ist nämlich gemäss Artikel 23 Absatz 2 RVOG nur zulässig, wenn eine Delegation in der massgebenden Zuständigkeitsvorschrift vorgesehen ist. Die Delegation muss im Nachgang zur Änderung des Gesundheitsgesetzes in einer regierungsrätlichen Verordnung verankert werden.

#### *Artikel 22a; Wohnortnahe oder innovative Angebote und Versorgungsmodelle*

Der Artikel 22a, der bisher unter bestimmten Bedingungen eine öffentliche Mitfinanzierung von innovativen oder wohnortnahen ambulanten Angeboten beziehungsweise Versorgungsmodellen ermöglichte, kann aufgehoben werden. Insbesondere die neuen Artikel 22d und 22e decken dessen Stossrichtung präziser ab.

#### *4.1a Förderung der medizinischen Grundversorgung*

Es wird eine neue Kapitelüberschrift "Förderung der medizinischen Grundversorgung" eingefügt. Die folgenden Artikel 22b–22h sind folglich zusammen zu betrachten.

#### *Artikel 22b; Ziele und Grundsätze*

Die Bestimmung hält die Ziele und Grundsätze fest. Nach Absatz 1 sollen der Kanton und die Gemeinden sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung einsetzen. Unter medizinischer

Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie weitere Gesundheitsfachpersonen bzw. Institutionen verstanden. Zu den ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde sowie praktische Ärztin/praktischer Arzt als einzige Weiterbildungstitel. Unter die weiteren Gesundheitsberufe fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Nach Absatz 2 ergreifen der Kanton und die Gemeinden Massnahmen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken, um strukturellen Versorgungsproblemen zu begegnen und um attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Rahmenbedingungen sind insbesondere für die zukünftige Grundversorgungsgeneration wenn immer möglich so zu gestalten, dass der Nachwuchs Glarus als attraktives Betätigungsfeld wahrnimmt. Das gilt insbesondere mit Blick auf die von der Nachfolgegeneration bevorzugte Teilzeittätigkeit und den von ihr vielfach als unattraktiv erachteten Notfalldienst mit Abend- und Nachteinsätzen bzw. Wochenendarbeit.

Die Förderung von Kanton und Gemeinden zielt auf diejenigen medizinischen Grundversorgungsangebote, die ohne Unterstützung nicht oder nicht ausreichend bereitgestellt werden können. Zudem ist bei der Förderung der medizinischen Grundversorgung auf die Aufgabe und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals Glarus Rücksicht zu nehmen. Die Absätze 3 und 4 verankern damit das Subsidiaritätsprinzip. Damit ist auch klar, dass bestehende Anbieter bzw. Betriebe nicht konkurrenziert werden sollen. Wettbewerbsverzerrungen sind möglichst zu vermeiden. Dem Verweis auf die Aufgabe und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals in Absatz 4 kommt auch koordinierende Funktion zu. Wo möglich und sinnvoll sollen (innovative) Projekte gemeinsam bzw. in enger Abstimmung mit dem Spital angegangen werden.

Zudem besteht kein Rechtsanspruch auf die Förderungsmassnahmen, was Absatz 5 ausdrücklich klarstellt. Der Kanton muss eine Steuerungsfunktion im ambulanten Bereich wahrnehmen. Die Fördermassnahmen dürfen nicht zu einem Überangebot führen. Dies würde das Gesundheitswesen erheblich verteuern.

#### *Artikel 22c; Förderung der Aus- und Weiterbildung*

Die bereits bisher praktizierte Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Berufen der medizinischen Grundversorgung, z. B. mit dem Projekt Praxisassistenz oder dem Beitritt zur WFV wird als kantonale Aufgabe verankert. Die Umsetzung des Postulates der GLP Partei bedingt, dass für die Umsetzung des vorgeschlagenen Anreizsystems eine Verordnung durch den Regierungsrat zu erlassen wäre, um die Beiträge des Kantons und insbesondere auch die Rechte und Pflichten der Begünstigten detailliert zu regeln.

#### *Artikel 22d; Förderung innovativer Vorhaben*

Als innovative Vorhaben werden neue oder zukunftsgerichtete Formen der Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle in der medizinischen Grundversorgung verstanden. Je nachdem werden dabei neue Formen der Leistungserbringung oder Betriebsstrukturen in den Fokus gerückt. Für derartige Projekte, Modellversuche oder Modelle kann der Kanton Beiträge gewähren. Angesichts der bestehenden Problematik handelt es sich bei der Förderung auch um "weiche" Versorgungsfaktoren, wie z. B. "Arbeitsmodelle" oder "Kooperationen" und "Netzwerke" (z. B. integrierte und interdisziplinäre Versorgungsmodelle). Der Vorschlag der Ärzteschaft, einen regelmässigen Kontakt mit den Glarner Medizinstudentinnen und -studenten zu etablieren, ist ebenfalls als innovatives Vorhaben zu qualifizieren. Mit relativ bescheidenem finanziellen Aufwand soll ein solches Modell der Kontaktpflege institutionalisiert werden.

Ferner sollen betriebsübergreifende Innovationsvorhaben unterstützt werden. Gerade im Bereich eHealth bietet der Kanton Glarus ideale Voraussetzungen (Überschaubarkeit der Versorgungsregion), um innovative und zukunftsgerichtete IT-Lösungen zu realisieren (z. B. für die elektronische Vernetzung unter den Glarner Leistungsanbietern). Mit solchen Projekten könnte Glarus eine Vorreiterrolle in der Schweiz übernehmen und damit auch attraktiv für die Ansiedlung neuer medizinischer Grundversorgerinnen und Grundversorger werden.

Die Unterstützung schliesst Vorhaben überbetrieblicher Zusammenarbeit in der Notfallversorgung mit ein. Dabei soll prioritär die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen der Glarner Ärztesgesellschaft und dem Kantonsspital Glarus verfolgt werden. Eine Notfallpraxis der Hausärzte am Kantonsspital dürfte – in Abhängigkeit der Auslastung – wohl v.a. zu Beginn defizitär sein, das erwähnte Pilotprojekt wird entsprechende Antworten liefern.

Familienkompatible Arbeits- und Rahmenbedingungen sowohl in der Weiterbildung als auch in der Praxistätigkeit fallen ebenfalls unter den Begriff von förderungswürdigen innovativen Vorhaben. Der Kanton hat ein Interesse daran, dass Ärztinnen oder Ärzte mit Kindern nach einer Familienpause wieder in den Beruf zurückkehren. Dieses Potenzial gilt es zu nutzen, um Lücken in der medizinischen Grundversorgung zu vermeiden oder zu schliessen. Davon abgesehen ist in Anbetracht der hohen Ausbildungskosten für ein Studium der Humanmedizin ein beruflicher Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten unbedingt anzustreben.

Absatz 2 gibt vor, welche Vorhaben in erster Linie gefördert werden sollen. Allen Vorhaben ist gemeinsam, dass sie Wirkung auf Angebote der medizinischen Grundversorgung haben müssen, an denen ein Mangel besteht. Das ergibt sich aus der Zielsetzung gemäss Artikel 22b. Das Gesetz nennt ausdrücklich überbetriebliche und interdisziplinäre Kooperations- und Gemeinschaftsprojekte; Konzepte und Lösungsansätze mit Wirkung für medizinische Grundversorgungsleistungen, die im Kantonsgebiet nicht ausreichend angeboten werden; Modelle der integrierten Versorgung sowie von Netzwerken.

#### *Artikel 22e; Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter*

Die Absätze 1 und 2 sehen vor, dass Kanton und Gemeinden neue Grundversorgungsanbieter fördern können. Handelt es sich um ein Angebot kantonalen Interesse, ist der Kanton zuständig. Liegt vorwiegend ein kommunales Interesse vor, ist die Förderung in erster Linie Sache der Standortgemeinde. Die Gemeinden sind in diesem Fall die direkten Ansprechpartner für die Grundversorger. Bei der Unterscheidung zwischen (gesamt-)kantonalem und kommunalem Interesse ist unter anderem darauf abzustellen, ob sich das Angebot an die gesamte kantonale Bevölkerung richtet oder vorwiegend nur an die Bevölkerung einer Gemeinde bzw. eines Dorfes. Ein Indiz für ein vorwiegend kommunales Interesse dürfte sein, wenn es pro Gemeinde mindestens ein entsprechendes Angebot gibt. Folglich liegt beispielsweise die Förderung der Akutpsychiatrischen Tagesklinik oder der Kinderarztpraxis am Kantonsspital im kantonalen Interesse und damit im Zuständigkeitsbereich des Kantons. Die Unterstützung einzelner Hausärzte ist hingegen Sache der Gemeinden.

Kanton und Gemeinden können unter den in Absatz 3 umschriebenen Voraussetzungen den Grundversorgungsanbietern Beiträge gewähren. Die Bestimmung dient ihnen als Rechtsgrundlage für entsprechende Ausgaben. Mit dieser Konstruktion belässt das Gesetz den einzelnen Gemeinden Raum für Unterscheidungen, die sich aufgrund der konkreten Verhältnisse und Bedürfnisse aufdrängen. Zudem verletzt eine unterschiedliche Behandlung von Versorgungsanbietern in den verschiedenen Gemeinden das Rechtsgleichheitsgebot in der Regel nicht. Denn ein Anspruch auf materielle Gleichbehandlung einzelner Grundversorgungsanbieter über die Gemeindegrenzen hinaus besteht grundsätzlich nicht. Dies ist eine Konsequenz der Eigenständigkeit und Autonomie der Gemeinden in diesem Bereich, auch wenn der Kanton sich bei der Förderung durch die Gemeinden finanziell gleichwertig beteiligt (vgl. dazu unten).

Wie erwähnt ist es dem Kanton und den Gemeinden (einzeln oder gemeinsam) freigestellt, ob und mit welchem Beitrag sie die medizinische Grundversorgung fördern wollen. Damit können sie ihren Handlungsspielraum optimal nutzen. Es wird zudem ermöglicht, dass die Gemeinden auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnittene Lösungen erarbeiten und sicherstellen können. Ein Anspruch auf Förderung besteht jedenfalls sowohl gegenüber dem Kanton wie auch der Gemeinde nicht.

Absatz 4 sieht vor, dass sich der Kanton unter gewissen Voraussetzungen ebenfalls finanziell beteiligen kann. Konkret soll der Kanton die Standortgemeinden unterstützen können, indem er maximal einen paritätischen Beitrag leistet, wenn mit dem Angebot die Versorgung einer Region verbessert wird oder dem Versorgungsangebot aus kantonaler Sicht strategische Bedeutung zukommt. Die Unterstützungstätigkeit des Kantons ist als "kann"-Vorschrift formuliert. Angesichts der Steuermöglichkeiten der Gemeinden wäre es verfehlt, wenn der Kanton sich an den Leistungen der Gemeinden zwingend mit demselben Beitrag finanziell zu beteiligen hätte. Unerwünschte externe Effekte wären die Folge. Sollte der Kanton einen fixen Beitrag leisten müssen, so müsste er unter 50 Prozent ausfallen.

Ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen im Einzelnen erfüllt sind, darüber hat der Kanton selbstständig zu befinden. Mit den an den paritätischen Beitrag des Kantons geknüpften Bedingungen wird verhindert, dass der Kanton Finanzhilfen an gemeindliche Förderungen leisten muss, die einzig dazu dienen, überholte Strukturen zu erhalten. Kantonsseitig sollen nur Projekte unterstützt werden, sofern eine nachweisliche Unterversorgung im innerkantonalen Vergleich vorliegt oder dem Versorgungsangebot strategische Bedeutung zukommt. Zu letzterem gehört die Errichtung einer Gruppenpraxis oder eines Gesundheitszentrums. Hingegen sind Einzelpraxen aufgrund der Entwicklungen in der Ärzteschaft wenig zukunftsweisend und würden damit die Bedingung gemäss Artikel 22h Absatz 1 nicht erfüllen.

#### *Artikel 22f; Kollektive Anreizsysteme*

Der Landrat kann durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für Grundversorgende schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Die Situation und Problematik des tiefen Taxpunktwertes (Tarmed) wurde eingehend erläutert (vgl. Kapitel 6.2.4). Die Idee der Verbesserung des kollektiven Anreizsystems durch einen "Glarner Taxpunktwert" hätte grössere finanzielle Auswirkungen. Die Tragweite einer solchen Entscheidung rechtfertigt einen Gesetzesartikel mit einer Delegationsnorm an den Landrat. Er wird befugt, eine Verordnung zu erlassen und damit dann auch die finanziellen Mittel zu bewilligen.

#### *Artikel 22g; Beitragsart und Beitragshöhe*

Die Bestimmung listet die Palette an verschiedenen Förderinstrumenten auf. Konkret können die finanziellen Beiträge als Anschub- und Teilfinanzierung (nicht rückzahlbar), Darlehen, Zinsvergünstigungen, Bürgschaften, Vermittlung und Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen oder andere geldwerte Leistungen erbracht werden. Andere geldwerte Leistungen für juristische Personen (Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren) könnten auch Steuererleichterungen sein, die der Regierungsrat im volkswirtschaftlichen Interesse gestützt auf Artikel 61 Steuergesetz gewähren kann. Entsprechende Gesuche wären im Einzelfall zu prüfen.

Absatz 2 stellt klar, dass die finanziellen Unterstützungsmassnahmen zeitlich befristet sein sollen. Anschub- und Teilfinanzierungsbeiträge sind ein geeignetes Mittel für Projekte, damit neue und zeitgemässe Versorgungsstrukturen aufgebaut werden können. Darlehen, Zinsvergünstigungen und Bürgschaften sind zur Förderung von Infrastruktureinrichtungen dienlich, wenn es um Praxisübernahmen geht. Infolge des langen Studiums fehlen in der Regel die Vermögenswerte, um die Eigenfinanzierung sicherzustellen. Das Gleiche gilt für die Errichtung neuer Gemeinschafts- und Gruppenpraxen. Die Investitionen sind sehr hoch, sie können oftmals nicht über eine reine Fremdfinanzierung durch Banken oder andere Gläubiger

sichergestellt werden. Nicht rückzahlbare Mitfinanzierungen sind zurückhaltend anzuwenden.

Die Höhe der finanziellen Beiträge und deren Art richtet sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung, wie Absatz 2 klarstellt. Als weitere Anhaltspunkte für die Höhe des Beitrags können und sollen Kanton und Gemeinden bei der Festsetzung der Beitragshöhe freilich auch ihre eigene finanzielle Lage sowie Entwicklungsmöglichkeiten und -ziele als sachliche Kriterien heranziehen.

#### *Artikel 22h; Bedingungen, Auflagen und Kriterien*

Unterstützt werden nur Vorhaben, die erfolgversprechend und den Zielen dieses Kapitels förderlich sind (Abs. 1).

Bei den durch die öffentliche Hand (mit)finanzierten Massnahmen und Projekten soll es sich um zeitlich befristete Unterstützungen und Interventionen handeln. Die Interventionen des Staates sollen nur so lange wie notwendig dauern. Zudem müssen die Beiträge mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder mit einer Vereinbarung gekoppelt werden. Je nachdem wird der Beitrag durch einen hoheitlichen Akt verfügt bzw. verordnet (z. B. bei kollektiven Anreizen, die der Landrat zugunsten einer Versorgergruppe beschliesst) oder vertraglich mit einem Anbieter vereinbart. Hier wie dort können die Beiträge namentlich von Eigenleistungen oder von Beiträgen Dritter abhängig gemacht werden.

#### *Artikel 23; Betriebsbewilligung*

Im Bereich der Einrichtungen zur ambulanten Gesundheitsversorgung wird die Bewilligungspflicht in Absatz 1 Buchstabe c neu auf Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause beschränkt. Andere Einrichtungen zur ambulanten Gesundheitsversorgung wie beispielsweise ärztliche oder therapeutische Praxen bedürfen hingegen keiner Betriebsbewilligung mehr. Eine genügende Aufsicht wird in diesen Fällen bereits durch die Aufsicht über die einzelnen Berufspersonen gewährleistet. Die Bewilligungspflicht für Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause besteht neu hingegen unabhängig von der Grösse der Organisation. Vom Begriff der Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause abzugrenzen sind Pflegefachpersonen mit Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung, welche ihre Leistungen als Einzelpersonen erbringen. Diese gelten nicht als Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause und bedürfen somit auch keiner Betriebsbewilligung.

Absatz 3a konkretisiert die in Absatz 3 normierte Bewilligungsvoraussetzung der Sicherstellung der medizinischen Betreuung. Demnach muss ein Betrieb pro von ihm angebotenen Fachbereich eine fachverantwortliche Person, welche über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verfügt, bezeichnen, damit eine Betriebsbewilligung erteilt werden kann. In einem Spital müssen somit beispielsweise nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische und allenfalls auch therapeutische Leitungspersonen bezeichnet werden. Die fachverantwortlichen Leitungspersonen übernehmen die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die ihnen unterstellten Personen. Die unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht einer Leitungsperson tätigen Gesundheitsfachpersonen benötigen demnach keine eigene Berufsausübungsbewilligung. Die Bestimmungen von Artikel 30a und Artikel 31 gelangen sinngemäss zur Anwendung. Unter anderem haben die fachverantwortlichen Leitungspersonen dafür zu sorgen, dass die ihnen unterstellten Personen die Berufspflichten einhalten.

#### *Artikel 24a; Auskündigung*

In der Vergangenheit war es der Aufsichtsbehörde mangels gesetzlicher Grundlage nicht möglich, irreführende Auskündigungen zu unterbinden. Artikel 24a hält nun fest, dass die Verwendung von Bezeichnungen oder Begriffsteilen wie Spital, Klinik und dergleichen den entsprechend bewilligten Einrichtungen vorbehalten ist. Eine irreführende Verwendung dieser Begriffe durch nicht bewilligte Einrichtungen kann dadurch künftig unterbunden werden.

### *Artikel 25; Bewilligungspflicht*

Der Begriff „privatwirtschaftlich“ wird gestrichen. Demnach ist neu sowohl die privatwirtschaftliche Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung als auch die Ausübung einer solchen Tätigkeit im öffentlichen Dienst bewilligungspflichtig. Diese Änderung erfolgt in Übereinstimmung mit den Neuerungen im Bundesrecht.

Sodann wird die Auflistung der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten angepasst. Im Zuge dessen erfolgt die Aufhebung von Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe a. Zweck dieser Bestimmung war es, die Verwendung von irreführenden Titeln durch Gesundheitsfachpersonen zu verhindern. Dieser Zweck wird nun durch Artikel 31 Absatz 1 Buchstabe f sowie durch Artikel 37 Absatz 2 umfassend verwirklicht, wodurch Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe a obsolet wird. Buchstabe a1 dehnt den Umfang der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten aus: Einer Bewilligung bedarf, wer Krankheiten, Verletzungen oder sonstige Störungen der psychischen und physischen Gesundheit feststellt, behandelt oder diesen vorbeugt. Ziel dieser Ausdehnung ist es, dass jeder bewilligungspflichtige Gesundheitsberuf, der vom Regierungsrat gestützt auf Artikel 26 auf Verordnungsstufe festgelegt wird, mindestens einer nach Artikel 25 bewilligungspflichtigen Tätigkeit zugeordnet werden kann. Zum einen kann dadurch die Bewilligungspflicht für einzelne Berufe besser legitimiert werden, und zum anderen wird so eine bessere Abgrenzung zwischen bewilligungspflichtigen und bewilligungsfreien Tätigkeiten ermöglicht.

Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben. Daraus folgt, dass die Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit nach Absatz 1 Buchstabe a1–h, welche nicht in eigener fachlicher Verantwortung, sondern unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht einer Bewilligungsinhaberin oder eines Bewilligungsinhabers erfolgt, künftig bewilligungsfrei möglich ist. Die Rahmenbedingungen für die bewilligungsfreie Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht werden in Artikel 30a festgelegt.

### *Artikel 29; Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung; Stellvertretung*

Infolge der Streichung des Begriffs „privatwirtschaftlich“ ist neu sowohl die privatwirtschaftliche Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung als auch die Ausübung einer solchen Tätigkeit im öffentlichen Dienst bewilligungspflichtig.

Die Definition der Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung erfolgt in Übereinstimmung mit derjenigen des Bundesrechts. Demnach ist in eigener fachlicher Verantwortung tätig, wer nicht der Aufsicht einer Berufskollegin oder eines Berufskollegen untersteht.

### *Artikel 30a; Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht*

Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung können gemäss Absatz 1 die fachliche Verantwortung und Aufsicht für Personen übernehmen, die in derselben Einrichtung wie sie tätig sind. Voraussetzung für die Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht ist, dass die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber sowie die Person, die unter ihrer beziehungsweise seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätig werden soll, demselben Beruf und Fachbereich angehören. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt zwar die fachliche Verantwortung und Aufsicht für eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt übernehmen kann, nicht aber für eine Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker. Diese sind bei der Ausübung ihres Berufes in eigener fachlicher Verantwortung tätig und können lediglich von einer anderen Dentalhygienikerin oder einem anderen Dentalhygieniker beaufsichtigt werden. Bei Ärztinnen oder Ärzten ist es sogar notwendig, dass die Ärztin oder der Arzt, welche beziehungsweise welcher die fachliche Verantwortung und Aufsicht übernimmt, über denselben Facharztstitel verfügt, wie die beaufsichtigte Person. So kann beispielsweise eine Fachärztin oder ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nur die fachliche Verantwortung und Aufsicht für eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin wahrnehmen, nicht aber für eine Fachärztin oder einen Facharzt für Dermatologie. Die Übernahme

der fachlichen Verantwortung und Aufsicht bedeutet, dass die fachliche Leitung, die Überwachung sowie die Gesamtverantwortung für die Diagnose und Behandlung bei der BewilligungsinhaberIn oder dem Bewilligungsinhaber liegen.

Gemäss Absatz 2 hat die BewilligungsinhaberIn oder der Bewilligungsinhaber, welche beziehungsweise welcher die fachliche Verantwortung und Aufsicht für eine BerufskollegIn oder einen Berufskollegen wahrnimmt, sicherzustellen, dass diese beziehungsweise dieser die fachlichen Anforderungen, welche gestützt auf Artikel 26 Absatz 1 auf Verordnungsstufe konkretisiert sind, sowie die persönlichen Voraussetzungen nach Artikel 27 Absatz 1 Buchstaben a, b, c und e erfüllt. Das Erfordernis der Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen schliesst zum Beispiel eine Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht aus, wenn der Person, für welche die fachliche Verantwortung und Aufsicht übernommen werden soll, in einem anderen Kanton oder in einem anderen Land die Berufsausübungsbewilligung entzogen wurde oder ihr gegenüber ein Berufsausübungsverbot ausgesprochen wurde, da es der Person in diesem Falle an einem guten Leumund im Sinne von Artikel 27 Absatz 1 Buchstabe b mangeln würde. Anders als bei der Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen gibt es in Bezug auf die Erfüllung der fachlichen Anforderungen eine Ausnahme: Personen, welche sich in Aus- oder Weiterbildung befinden, sind von der vollständigen Erfüllung der fachlichen Anforderungen ausgenommen. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine Medizinalperson, welche zwar über den nach Bundesrecht geforderten Ausbildungstitel verfügt, sich jedoch noch in Weiterbildung zur Erlangung eines eidgenössischen Weiterbildungstitels befindet, trotzdem unter fachlicher Aufsicht und Verantwortung einer anderen Medizinalperson (desselben Fachgebiets) tätig sein kann.

Absatz 3 legt fest, dass die BewilligungsinhaberIn oder der Bewilligungsinhaber, welche beziehungsweise welcher die fachliche Verantwortung und Aufsicht für andere Gesundheitsfachperson übernimmt, die Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht vorgängig der zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörde zu melden hat. Der Regierungsrat regelt die Modalitäten dieser Meldung. Insbesondere kann er regeln, ob diese einmalig oder für jede einzelne Übernahme gesondert erfolgen muss.

Gemäss Absatz 4 kann die zuständige kantonale Verwaltungsbehörde bei der BewilligungsinhaberIn oder dem Bewilligungsinhaber Auskünfte über die unter ihrer beziehungsweise seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätigen Gesundheitsfachpersonen einholen. Die Auskunftspflicht dient insbesondere der Sicherstellung der Grundversorgung.

#### *Artikel 31; Pflichten im Allgemeinen*

Die in Absatz 1 enthaltenen Berufspflichten werden um zwei weitere Pflichten ergänzt und somit der eidgenössischen Gesetzgebung angeglichen. Buchstabe f hält die Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber dazu an, auf irreführende oder unwahre Auskündigungen zu verzichten. Des Weiteren verpflichtet Buchstabe g die Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber, über eine ausreichende, dem zu erwartenden Risiko entsprechende Berufshaftpflichtversicherung zu verfügen.

Gemäss Absatz 2 gelten die in Absatz 1 normierten Berufspflichten sinngemäss auch für Gesundheitsfachpersonen, die unter der fachlichen Verantwortung und Aufsicht einer BewilligungsinhaberIn oder eines Bewilligungsinhabers tätig sind. Die BewilligungsinhaberIn oder der Bewilligungsinhaber ist verpflichtet, für die Einhaltung dieser Pflichten durch die unter ihrer beziehungsweise seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätigen Personen zu sorgen. Für die BewilligungsinhaberIn oder den Bewilligungsinhaber stellt dies eine weitere Berufspflicht dar, deren Verletzung gestützt auf Artikel 61 Absatz 1 Buchstabe b bestraft wird. Somit ist es die BewilligungsinhaberIn oder der Bewilligungsinhaber, die beziehungsweise der für Verfehlungen und nicht eingehaltene Berufspflichten durch die unter seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätigen Gesundheitsfachpersonen zur Rechenschaft gezogen wird. Aufgrund dieser weitreichenden Konsequenzen, die für Bewilligungsinhaberinnen und



Bewilligungsinhaber mit der Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht verbunden sind, sollten diese die Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht in jedem Fall genau prüfen.

*Artikel 31a; Berufspflichten gemäss Medizinal- und Psychologieberufegesetz; Anwendung auf die Berufsausübung gemäss Artikel 25 Absatz 2*

Die Bestimmung kann im Sinne einer Verwesentlichung aufgehoben werden, da der Vorbehalt zugunsten des Bundesrechts nicht explizit festgeschrieben werden muss, sondern aufgrund von Artikel 49 der Bundesverfassung (BV, SR 101) ohnehin gilt.

Die in Absatz 1 Satz 2 normierte sinngemässe Anwendung der im Bundesrecht verankerten Berufspflichten auf unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht tätige Medizinalpersonen und Psychotherapeuten beziehungsweise Psychotherapeutinnen wird aufgehoben, da die Geltung der Berufspflichten für alle unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht tätigen Gesundheitsfachpersonen nun abschliessend durch Artikel 31 Absatz 2 geregelt wird.

*Artikel 34; Notfalldienst*

Die Notfalldienstpflicht soll sich nicht nur für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, gelten, sondern sie soll auch die unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte erfassen.

*Artikel 34b; Ärztliche Notfalldienstorganisation*

Das Gesetz verpflichtet die Ärzte zur Organisation und Leistung des Notfalldienstes. Die Erfüllung dieser staatlichen Aufgabe ist mit verschiedenen Kosten verbunden. So müssen sich die notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten regelmässig in der Notfallmedizin aus- und weiterbilden und spezifische Materialien und Geräte für den Notfalldiensteinsatz, insbesondere schnell ablaufende Verbrauchsmaterialien, Medikamente und Ampullen, beschaffen. Zudem fällt ein administrativer Aufwand auf Ebene der Glarner Ärztegesellschaft für die Koordination und Organisation des Notfalldienstes wie Sitzungen oder den Betrieb der bekannten Telefonnummern an.

Diese Kosten werden von den Ärztinnen und Ärzten getragen. Sie sind zu einem kleinen Teil durch Ersatzabgaben gedeckt, gegen welche sich Ärztinnen und Ärzte von ihrer Notfalldienstpflicht generell oder im Einzelfall befreien lassen können. Diese Abgaben vermögen die Kosten nicht vollumfänglich zu decken. Es ist zu betonen, dass es sich bei dieser Betrachtungsweise um Vorhalteleistungen handelt. Diese fallen unabhängig von der Anzahl Patientinnen und Patienten an, welche den Notfalldienst beanspruchen. Selbst im extremen und völlig unrealistischen Fall, dass der Notfalldienst überhaupt nicht nachgefragt wird, entstehen ungedeckte Restkosten von 60'000 Franken. Die Leistungserbringung am Notfallpatienten / an der Notfallpatientin wird durch die Vergütung der Krankenkasse abgedeckt.

*Tabelle 4. Kosten Vorhalteleistung Notfalldienst*

	<i>Aus- und Weiterbildung</i>	<i>Material-/Gerätekosten</i>	<i>Ausstehende Honorare</i>	<i>Total</i>
Pro Arzt	2000	300	100	2'400
26 Ärzte	52000	7800	2610	62'400
Notfalldienstorganisation	Pro Jahr	Teilnehmer	Pauschale/Sitzung	
Kommissionssitzung	4	4	150	1'200
Notfalldienstkreis				
GL-Nord	2	11		1'500
GL-Mitte/Süd	2	15		1'500

	<i>Aus- und Weiterbildung</i>	<i>Material-/Gerätekosten</i>	<i>Ausstehende Honorare</i>	<i>Total</i>
Docbox	1		4'500	4'500
Total Ausgaben				71'100
Einnahmen				
Ersatzabgabe			8'000-10'500	10'500
Differenz				60'600

Die Glarner Ärztesgesellschaft beantragte im Mai 2018 beim Departement Finanzen und Gesundheit eine kantonale Mitfinanzierung für die Vorhalteleistungen des ärztlichen Notfalldienstes im Umfang von einem Franken pro Einwohner. Dafür soll vorliegend eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. So soll der Kanton neu einen Beitrag an die mit der Organisation des ärztlichen Notfalldienstes verbundenen Kosten leisten können. Weiterhin nicht abgegolten werden allfällige Kosten für die Durchführung des Notfalldienstes wie der erforderliche Zeitaufwand der einzelnen notfalldienstleistenden Ärztin oder des einzelnen notfalldienstleistenden Arztes, da diese Aufgabe zu den Berufspflichten gehört (Art. 40 Bst. g MedBG) und wie dargelegt von den Versicherern abgedeckt wird.

#### *Artikel 37; Anforderungen an weitere gewerbliche Tätigkeiten*

Absatz 2 verbietet es Personen, welche einen Beruf der gewerbsmässigen Körper- und Schönheitspflege oder einen Beruf des Gesundheitswesens, welcher nicht bewilligungspflichtig im Sinne von Artikel 25 und 26 ist, irreführende oder unwahre Auskündigungen zu machen. Insbesondere ist es ihnen nicht erlaubt, Titel oder Berufsbezeichnungen zu verwenden, die zu Täuschung über ihre Ausbildung oder ihre Kompetenzen Anlass geben können. Wer beispielsweise nicht als medizinische Masseurin oder nicht medizinischer Masseur tätig ist, sich in seinen Auskündigungen aber als medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur bezeichnet, erweckt gegenüber potenziellen Patienten den Anschein, dass sie beziehungsweise er über die entsprechende Ausbildung verfügt, welche sie beziehungsweise ihn zur Ausübung des bewilligungspflichtigen Berufes der medizinischen Masseurin oder des medizinischen Masseurs befähigen würde. Derartige Irreführungen sind im Sinne des öffentlichen Gesundheitsschutzes zu unterbinden.

#### **Ziffer III**

Mit Inkrafttreten des totalrevidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (Epidemiengesetz; EpG) auf den 1. Januar 2016 wurde auch das Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose aufgehoben. In der Folge ist nun auch das kantonale Vollziehungsgesetz zum Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (GS VIII A/62/1) aufzuheben.

#### **Ziffer IV**

Die Änderungen sollen weitestgehend per 1. Juli 2019 in Kraft treten. Einzig das Inkrafttreten der Änderungen von Bestimmungen zur Berufsausübung soll gleichzeitig mit dem Gesundheitsberufegesetz erfolgen (voraussichtlich per 1.1.2020), weshalb dem Regierungsrat die Kompetenz zur Inkraftsetzung der diesbezüglichen Artikel übertragen werden soll.

### **9. Vernehmlassung**

Der Regierungsrat führte bei den Gemeinden, den interessierten Verbänden, Organisationen und Fachpersonen, den politischen Parteien und den Departementen der kantonalen Verwaltung eine Vernehmlassung zur Änderung des Gesundheitsgesetzes durch.

[Vernehmlassungsergebnisse]

## 10. Finanzielle Auswirkungen

Die Änderung des Gesundheitsgesetzes schafft die Rechtsgrundlagen, um den in der Bundesverfassung enthaltenen Auftrag für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität erfüllen zu können. Kanton und Gemeinden müssen attraktive Rahmenbedingungen bieten und ein besonderes Engagement leisten. Dafür sind zusätzlich zu den bisherigen Aufwänden (s. Tabelle 5) weitere finanzielle Mittel notwendig.

Tabelle 5. Aktueller Aufwand im Zusammenhang mit der Förderung der medizinischen Grundversorgung<sup>22</sup>

Massnahme	Kosten pro Jahr
Projekt Praxisassistenz	90 000 Fr.
Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung bzw. Ostschweizer Spitalvereinbarung	201 000 Fr.
Akutpsychiatrische Tagesklinik	330 000 Fr.
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	350 000 Fr.
Kinderarztpraxis	160 000 Fr.
Sofortmassnahmen Sernftal	80 000 Fr.
<b>Total aktueller Aufwand</b>	<b>1 211 000 Fr.</b>

Die Änderung des Gesundheitsgesetzes enthält keine Pflicht für Beiträge der öffentlichen Hand zugunsten der medizinischen Grundversorgung ("Kann"-Bestimmungen). Es besteht m.a.W. kein Rechtsanspruch, dass ein angehender Hausarzt beim Kanton finanzielle Mittel reklamieren kann. Die ambulante Versorgung muss – wie es im Bereich der stationären Versorgung bereits längstens der Fall ist – gesteuert werden. Handlungsbedarf besteht nur bei einer (drohenden) Unterversorgung. Verschiedene Studien belegen, dass neue Leistungserbringer eine angebotsinduzierte Nachfrage nach sich ziehen. Das Gesundheitswesen wird dadurch weiter verteuert.

Mittelbar wird die Förderung der medizinischen Grundversorgung finanzielle Auswirkungen für den Kanton und die Gemeinden haben. So beabsichtigt der Regierungsrat einerseits das Projekt Praxisassistenz zu verdoppeln (24 anstatt 12 Monate pro Jahr). Die Nachfrage nach Praxisassistenzstellen ist laufend gewachsen, nachdem der Start etwas harzig verlief. In den letzten Jahren mussten gelegentlich mögliche Kandidaten abgewiesen werden. Wird die Erhöhung effektiv in Anspruch genommen, wäre dies mit zusätzlichen Kosten von rund 90 000 Franken pro Jahr verbunden. Der Notfalldienst soll gemäss Anliegen der Glarner Ärztesellschaft mit einem Beitrag von 1 Franken pro Kantonseinwohner unterstützt werden. Die genaue Form ist noch offen (vgl. dazu Kapitel 8), sie muss auf jeden Fall im Rahmen einer Leistungsvereinbarung mit der Glarner Ärztesellschaft genauer definiert werden.

Das Curriculum Hausarztmedizin am Kantonsspital Glarus dürfte im Durchschnitt 20'000 Franken pro Jahr kosten. Orientiert man sich an den Erfahrungswerten des Kantonsspitals Graubünden (KSGR), so darf mit einer Absolventin / einem Absolventen alle 4 Jahre gerechnet werden, wobei alle 16 Jahre eine Glarnerin / ein Glarner darunter sein dürfte. Am Kantonsspital Graubünden wird das Angebot durch eine Person pro Jahr in Anspruch genommen, alle 4 Jahre handelt es sich um eine einheimische Person. Das KSGR ist etwa um den Faktor 4 grösser, weshalb dieser als Bereinigungswert dient. Die Erwartungen an diese Massnahme dürfen nicht allzu hoch ausfallen. Wie erwähnt stellen sich die angehenden Ärzte ihr Curriculum lieber selber zusammen.

<sup>22</sup> Der Aufwand bezieht sich mit Ausnahme der Kinderarztpraxis und den Sofortmassnahmen Sernftal auf das Jahr 2017. Die Kinderarztpraxis bzw. die Sofortmassnahmen Sernftal wurden erst 2018 gestartet.

Tabelle 6. Zusätzlicher Aufwand im Zusammenhang mit der Förderung der medizinischen Grundversorgung

<i>Massnahme</i>	<i>Kosten pro Jahr</i>
Ausbau Projekt Praxisassistenz	90 000 Fr.
Unterstützung Notfalldienst	40 000 Fr.
Curriculum Hausarztmedizin	20 000 Fr.
Weitere Massnahmen (Schätzung)	200 000 Fr.
<b>Total neuer Aufwand</b>	<b>350 000 Fr.</b>
Total aktueller Aufwand	1 211 000 Fr.
Total Gesamtaufwand Kanton für Förderung med. Grundversorgung	1 556 000 Fr.

Die weiteren Ausgaben lassen sich finanziell nicht quantifizieren, hängen sie doch im Wesentlichen davon ab, wie stark Kanton und Gemeinden gezwungen sind, aktiv in den Markt einzugreifen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips werden Kanton und Gemeinden nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen. Es ist eine Annahme zu treffen, wonach sich die Ausgaben im Durchschnitt über die Jahre auf 200'000 Franken belaufen im Bewusstsein, dass es Jahre geben wird, wo dieser Wert überschritten wird und vice versa. Die Bevölkerung des Kantons Uri hat im Jahre 2016 einer Änderung des Gesundheitsgesetzes mit einer fast identischen Stossrichtung wie die Glarner Vorlage mit einem JA-Stimmenanteil von 63 Prozent zugestimmt. Die bisher gemachten Erfahrungen des Kantons Uri deuten darauf hin, dass die Annahme von 200'000 Franken pro Jahr grosszügig bemessen ist.

Abschliessend ist bei der finanziellen Beurteilung darauf hinzuweisen, dass immer Versorgungsoptimierungen erreicht werden sollen und im Gegenzug gegebenenfalls auch Ausgabenoptimierungen an anderen Stellen zu erwarten sind. Zu berücksichtigen im Sinne einer Kosten-Nutzen-Betrachtung ist, dass mit einer funktionierenden ambulanten Versorgung auch Verlagerungen in den stationären Bereich verhindert werden können. Dank besseren ambulanten Betreuungen vor Ort sollen Rückfälle minimiert werden. Zudem ist zu verhindern, dass medizinische Leistungen vermehrt in Nachbarkantonen nachgesucht werden, damit die Wertschöpfung innerhalb des Kantons anfällt und die innerkantonale Spitalversorgung nicht geschwächt wird. Denn ausserkantonale Grundversorger überweisen ihre Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäss eher in ausserkantonale Spitäler. Dadurch würden am Kantonsspital Glarus weniger Fälle behandelt und somit weniger Erträge generiert, dem Kanton drohen bei einem solchen Szenario höhere Kosten. Schliesslich sind ambulante Behandlungen in der Regel nicht nur absolut günstiger, sondern sehen – anders als die stationäre Behandlung – auch keine zwingende Mitfinanzierung des Kantons vor.

## 11. Personelle Auswirkungen

Die Änderung des Gesundheitsgesetzes kann mit den vorhandenen personellen Ressourcen umgesetzt werden.

## 12. Antrag

*Der Regierungsrat beantragt dem Landrat:*

1. *Die beiliegende Gesetzesänderung der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten.*
2. *Die Vollziehungsverordnung zum Epidemiengesetz vom 2. Dezember 1987 (VIII A/61/1) und die Verordnung über das Desinfektionswesen vom 16. Dezember 1963 (VIII A/63/1) aufzuheben.*
3. *Das Postulat Andrea Bernhard, Glarus, und Unterzeichnende „Schaffung eines Anreizsystems für die Förderung der zukünftigen Allgemein- und Kinder- und Jugendmediziner im Kanton Glarus“ zu überweisen und mit der vorliegenden Änderung des Gesundheitsgesetzes als erledigt abzuschreiben.*

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

**Im Namen des Regierungsrates**

*Dr. Andrea Bettiga, Landammann  
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilagen:

- SBE GesG
- Synopse GesG
- SBE Aufhebung landrätliche Verordnungen
- Postulat