

§ 5 Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Förderung der medizinischen Grundversorgung)

Die Vorlage im Überblick

Der Landsgemeinde wird eine Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) unterbreitet. Mit dieser soll die medizinische Grundversorgung im Kanton Glarus stärker gefördert werden.

Ausgangslage

Der Kanton Glarus hat in der Vergangenheit verschiedenste Massnahmen unternommen, um die ambulante medizinische Grundversorgung zu fördern. Diese wird insbesondere – aber nicht nur – durch Hausärztinnen und -ärzte sichergestellt. Im Vordergrund stand dabei die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen: Seit 2008 läuft das Projekt Praxisassistent mit beachtlichem Erfolg. 2016 hat die Landsgemeinde einer interkantonalen Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zugestimmt. Hinzu kamen kantonale Aufträge, das Angebot der ambulanten medizinischen Grundversorgung auszubauen, um die Unterversorgung in bestimmten Bereichen auszumerzen. So entstanden am Kantonsspital Glarus (KSGL) eine alltagspsychiatrische Tagesklinik, der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst und eine Kinderarztpraxis. Dieser grosse Aufwand reicht jedoch nicht aus, um den Herausforderungen der Zukunft gewachsen zu sein.

Strategie zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung

Der Regierungsrat hat vor diesem Hintergrund eine Strategie zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erarbeitet. Sie basiert auf fünf Säulen. Der Kanton fördert:

1. Aus-, Weiter- und Fortbildung;
2. innovative Vorhaben;
3. einzelne Grundversorger;
4. sogenannte kollektive Anreizsysteme; und
5. den ärztlichen Notfalldienst.

Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen

Mit der Änderung des Gesundheitsgesetzes werden die rechtlichen Grundlagen geschaffen, um diese Strategie umzusetzen. Sie verpflichtet den Kanton, die medizinische Grundversorgung im Kanton zu fördern und gibt ihm die Möglichkeit (nicht aber die Pflicht), diese mit finanziellen Beiträgen zu stützen. Zudem wird eine Grundlage geschaffen, dass auch die Gemeinden in Absprache mit dem Kanton einzelne Grundversorgungsangebote von lokalem Interesse fördern können. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips werden Kanton und Gemeinden allerdings nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen. In den Artikeln 22b–22h des Gesundheitsgesetzes werden die gesetzlichen Grundlagen für folgende Stützungsmaßnahmen geschaffen:

- Aus- und Weiterbildung: Mittel dazu sind das Projekt Praxisassistent sowie die Vereinbarung zur Finanzierung der Weiterbildung. Das Projekt Praxisassistent ist erfolgreich gestartet. Es führt dazu, dass sich immer wieder junge Hausärztinnen und -ärzte in einer Praxis im Kanton niederlassen. Die Bemühungen sollen deshalb intensiviert werden, indem die Anzahl Praxisassistentenstellen verdoppelt wird. Der Kanton prüft zudem in Zusammenarbeit mit dem KSGL, ein Curriculum Hausarztmedizin einzurichten. Junge Ärzte und Ärztinnen könnten mit einem solchen Curriculum noch stärker motiviert werden, im Kanton tätig zu werden.
- Förderung innovativer Vorhaben: Zur Förderung der Grundversorgung sollen Initiativen, Programme oder Projekte gefördert werden können, welche die Grundversorgung verbessern. Ein Pilotprojekt ist im Bereich Advanced Practice Nurse (APN) bereits gestartet. APN sind klinische Pflegeexpertinnen und -experten, die dank ihrer Ausbildung die Hausärzte entlasten können. Ihr Aufgabengebiet umfasst die Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten inklusive Visiten in Alters- und Pflegeheimen, Sprechstunden für Patienten mit komplexen gesundheitlichen Problemen sowie die Übernahme von Aufgaben im Bereich der Schulgesundheit oder von Schwangerschaftskontrollen. Sie arbeiten Hand in Hand mit Hausärztinnen und -ärzten und entlasten diese in klar definierten Fällen. Sie sind eingebunden in eine Hausarztpraxis und unterstehen der Aufsicht des Arztes bzw. der Ärztin. Eine APN unterstützt aktuell die Ärzte bei der

medizinischen Versorgung des Sernftals, sowohl was mobile als auch immobile Patientinnen und Patienten betrifft. Der Kanton soll solche Vorhaben finanziell unterstützen können, wenn sie der Förderung der medizinischen Grundversorgung dienlich sind.

- Förderung einzelner Grundversorger: Gruppenpraxen bzw. Gesundheitszentren ersetzen immer mehr Einzelpraxen. Ärzte und Ärztinnen möchten gerne angestellt sein, nicht zuletzt, um das wirtschaftliche Risiko zu minimieren. Auch möchten sie zwecks Vereinbarkeit von Beruf und Familie vermehrt in einem Teilzeitpensum arbeiten. Zudem wünschen sie sich geregelte Arbeitszeiten; Nacht- und Wochenenddienst sind nicht attraktiv. Die Einzelpraxis ist ein Auslaufmodell. Der Kanton und die Gemeinden sollen neu bei der Errichtung von Gesundheitszentren und Gruppenpraxen eine Unterstützung leisten können, wobei dieses Engagement an Bedingungen und Auflagen geknüpft wird. Sie kommt dann in Frage, wenn eine offensichtliche Unterversorgung festzustellen oder die Eigeninitiative nicht erfolgreich ist.
- Schaffung von kollektiven Anreizsystemen: Kollektive Anreizsysteme für Grundversorger können helfen, den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Ein grosses Problem ist der tiefe TARMED-Taxpunktwert (Tarif), mit dem die Arbeit der Hausärzte in der Ostschweiz abgegolten wird. Falls der Taxpunktwert weiterhin auf diesem tiefen Niveau verharren sollte, könnte als ein möglicher Beitrag zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung allenfalls ein leicht höherer Taxpunktwert in Betracht gezogen werden. Die Erhöhung müsste aber über kantonale (Steuer-)Mittel finanziert werden.
- Unterstützung ärztlicher Notfalldienst: Immer weniger Patientinnen und Patienten verfügen über einen eigenen Hausarzt. Dies führt dazu, dass zunehmend der Spitalnotfall aufgesucht wird. Die Ärztesgesellschaft testete im Rahmen eines Pilotprojekts, 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 Pilotprojekts beurteilt werden. Weitere Synergien könnten sich über eine vertiefte Zusammenarbeit mit der REGA-Basis in Mollis ergeben. So soll der ärztliche Notfalldienst, der zurzeit sehr gut funktioniert, langfristig sichergestellt werden.

Anpassung an Bundesrecht

Die Änderung des Gesundheitsgesetzes wird zudem genutzt, um die Bestimmungen über die Berufe im Gesundheitswesen an geänderte bundesrechtliche Vorgaben anzupassen. Das neue Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) regelt unter anderem die Berufsausübung verschiedener nicht universitärer Gesundheitsberufe in eigener fachlicher Verantwortung, die sich bisher nach kantonalem Recht gerichtet hat. Die Kantone können hier keine abweichenden Regelungen mehr vorsehen. Nach kantonalem Recht bleiben folgende nichtuniversitären Gesundheitsberufe bewilligungspflichtig:

- Dentalhygienikerin und Dentalhygieniker
- Drogistin und Drogist
- Heilpraktikerin und Heilpraktiker
- Logopädin und Logopäde
- Medizinische Masseurin und Medizinischer Masseur
- Podologin und Podologe

Der Landrat nahm an der regierungsrätlichen Vorlage nur wenige Änderungen vor. Insbesondere soll dem Kanton die Hauptverantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung zukommen. Der Landrat beantragt der Landsgemeinde einstimmig, der entsprechend bereinigten Vorlage zuzustimmen.

1. 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. 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
3. Die bereits beschleunigte Veränderung von Ansprüchen und Angebotsstrukturen

Um die Gesundheitsversorgung angesichts dieser Herausforderungen langfristig gewährleisten und finanzieren zu können, definierte der Landrat im Leitbild Gesundheit 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.

In Bezug auf die ärztliche Grundversorgung zeichnet sich im Kanton Glarus ein Versorgungssengpass – 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 Ärztinnen und Ärzte erfolgreich um eine Nachfolge 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 per Ende Juli 2018 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 war bisher aufgrund des Bundesrechts lediglich verpflichtet, die stationären Spitalaufenthalte der Glarner Bevölkerung mit mindestens 55 Prozent zu finanzieren. Die jährlichen Ausgaben belaufen sich auf rund 40 Millionen Franken (2018). Hinzu kommen gemeinwirtschaftliche Leistungen für das KSGL 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 Aus- und Weiterbildung der angehenden Ärztinnen und 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. Der Landrat stimmte bereits im Jahr 2007 der Einführung des Projekts Praxisassistenten zu.

Mit der Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) sollen nun einerseits die Rolle des Kantons hinsichtlich der Sicherstellung der ambulanten 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 Akteure 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 die Bestimmungen über die Berufsausübung an die geänderten bundesrechtlichen Vorgaben anzupassen. Kein Gegenstand der Gesetzesänderung ist die Stärkung der Langzeitpflege. Diese erfolgt in Zusammenhang mit dem Pflegegesetz, das der Landsgemeinde 2020 unterbreitet werden soll.

2. Medizinische Grundversorgung

2.1. 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.

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». Unter die weiteren Gesundheitsfachpersonen fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Pflegefachpersonen, 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 des Gesundheitssystems – und damit schlicht unverzichtbar.

Die stationäre medizinische Grundversorgung wird durch das KSGL und die Alters- und Pflegeheime gewährleistet. Sie funktioniert heute gut und ist daher nicht Gegenstand der Vorlage.

2.2. 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 wahr, soweit dafür nicht die Gemeinden oder Dritte zuständig sind. Die Gemeinden sind gemäss Gesundheitsgesetz insbesondere für die Sicherstellung der stationären und ambulanten Langzeitpflege zuständig. Soweit nicht andere Organe zuständig sind, obliegt die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung dabei dem Regierungsrat.

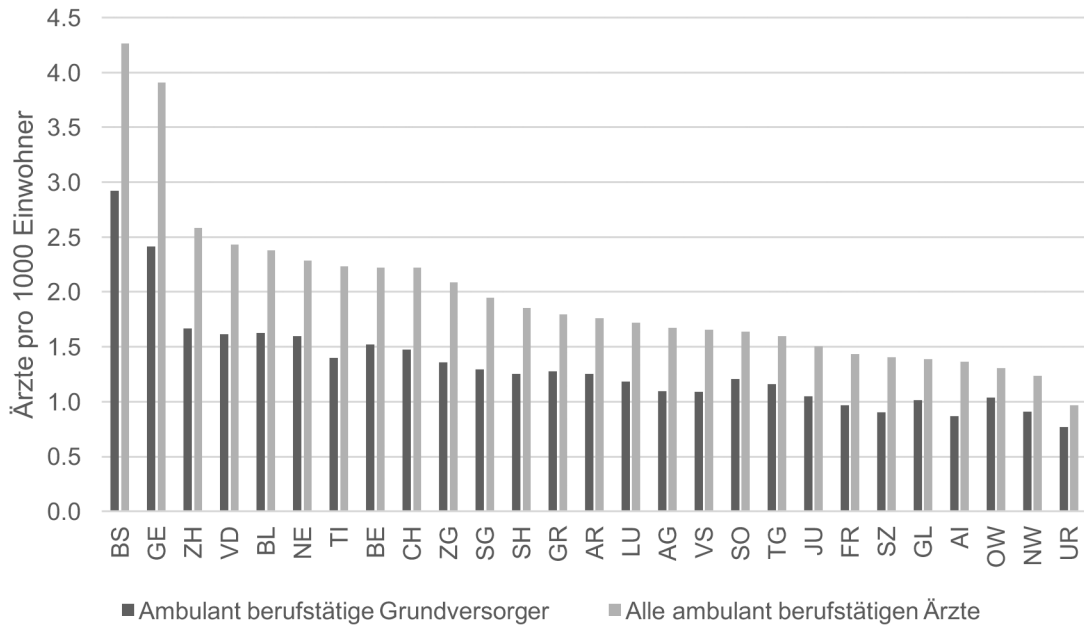
Auch wenn der Kanton für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – mit Ausnahme der Langzeitpflege – zuständig ist, benötigt er für sein Handeln aufgrund des Gesetzesmässigkeitsprinzips weitere generell-abstrakte Rechtsnormen, die genügend bestimmt sind. Das Gesundheitsgesetz definiert daher in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

2.3. Versorgungssituation

2.3.1. Ärztliche Versorgungssituation in der Schweiz

2017 waren 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 ab. Die Anzahl der Vollzeitstellen beträgt 32 586, was auf ein durchschnittliches Pensum von 89 Prozent schliessen lässt. 51 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind ambulant tätig, davon sind beinahe zwei Drittel Grundversorger. 47 Prozent arbeiten im stationären Bereich bzw. in einem Spital.

Durchschnittlich arbeiten 4,3 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Menschen in der Schweiz. Damit liegt die Schweiz über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 3,4 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohner. In den städtischen Gebieten stehen deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung als in den ländlichen. 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. nachfolgende Abbildung). Der Kanton Glarus liegt dabei mit einer Ärztedichte von 1,0 Grundversorger pro 1000 Einwohner (CH: 1,5) bzw. 1,4 ambulant tätigen Ärzten pro 1000 Einwohner (CH: 2,2) auf Rang 21 bzw. 22 aller Kantone.



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.

2.3.2. Ärztliche Versorgungssituation im Kanton Glarus

Im Kanton Glarus waren 2017 gemäss der FMH-Ärztestatistik 41 Ärztinnen und Ärzte als Grundversorgerinnen und Grundversorger im ambulanten Sektor tätig. Dies entspricht einer Ärztedichte von einem Arzt pro 1000 Einwohner. Gemäss einer Umfrage der Glarner Ärztegesellschaft belief sich das Arbeitspensum der Grundversorgerinnen und Grundversorger per Mitte 2018 auf 31,55 Vollzeitstellen. Grundversorgerinnen und Grundversorger mit Hauptfachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie und Psychotherapie sind in diesen Zahlen nicht berücksichtigt.

Die Anzahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger erhöhte sich wie auch die Ärztedichte von 2009 bis 2014 mit Ausnahme eines Einbruchs im Jahr 2010. Seither ist nun aber wieder ein Rückgang feststellbar. Insbesondere im Jahr 2017 war ein Rückgang um fünf Grundversorgerinnen und Grundversorger zu verzeichnen, was zu einer stark rückläufigen Ärztedichte führte. Kritisch ist nicht nur die sinkende absolute Anzahl an Grundversorger, sondern auch deren Altersstruktur und regionale Verteilung über den Kanton. So sind bereits heute acht der 41 Grundversorgerinnen und Grundversorger älter als 65 Jahre. Weitere 16 Grundversorgerinnen und Grundversorger werden dieses Alter in den nächsten zehn Jahren erreichen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung nach Gemeinden (Stand 2016). Demnach liegt die Ärztedichte in der Gemeinde Glarus über dem schweizerischen Durchschnitt. In Glarus Nord liegt die Ärztedichte auf dem kantonalen Durchschnittsniveau, während sie in Glarus Süd deutlich unter dem Durchschnitt liegt.

	Aktive Grundversorger	davon >60 Jahre	Vollzeitäquivalent	Ärztedichte (Grundversorger / 1000 Einwohner)
Glarus Nord	19	4	12,65	1,1
Glarus	20	6	12,90	1,6
Glarus Süd	7	3	6,00	0,7
Kanton	46	13	31,55	1,1

2.4. Trends in der Hausarztmedizin

Das traditionelle Modell der Hausarztpraxis mit einem Mediziner, der praktisch rund um die Uhr für die Patientinnen und Patienten erreichbar ist, ist vom Aussterben bedroht. Die kommende Generation von Grundversorgern wird mehrheitlich im Teilzeitpensum arbeiten und in einer Gruppenpraxis angestellt sein.

Gemäss einer Umfrage des Verbands der jungen Ärzte Schweiz unter seinen 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, der oft mehr als 100 Prozent arbeitet, zu ersetzen. Die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit hat bei den angehenden Ärztinnen und 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, Beruf und Freizeit. Im Sinne einer familiengerechten Work-Life-Balance entscheiden sich immer mehr gegen eine Vollzeitstelle. Aber auch bei den Ärztinnen und Ärzten mit einem Vollzeitpensum besteht das Bedürfnis, durch flexible, planbare Arbeitszeiten mit einem – zumindest begrenzt – eigenverantwortlichen Gestaltungsspielraum hinsichtlich Arbeitszeit, berufliche und private Interessen besser in Einklang zu bringen. Sehr gesucht und beliebt sind darum Stellen mit geregelten Arbeitszeiten oder mit wenig Bereitschaftsdiensten.

Die Ärztinnen und 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.

3. Zielvorgaben

Im Leitbild Gesundheit definierte der Landrat im 2014 die strategischen Ziele und Schwerpunkte des Gesundheitswesens im Kanton bis ins Jahr 2030. Dadurch soll eine langfristige Planung der Gesundheitsversorgung ermöglicht werden. 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 diese Ziele zugunsten der Glarner Bevölkerung erreichen zu können.

4. Ergriffene Massnahmen für die medizinische Grundversorgung

Im Folgenden werden die bereits ergriffenen Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung auf nationaler und kantonaler Ebene stichwortartig wiedergegeben.

4.1. Massnahmen des Bundes

Der 2014 in die Bundesverfassung aufgenommene Artikel 117a verpflichtet Bund und Kantone, für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Dabei bleiben die bisherigen Kompetenzen von Bund und Kantonen erhalten. Die Bestimmung bildet die Grundlage, um die bestehenden und sich abzeichnenden Probleme in der Grundversorgung anzugehen.

Der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Juni 2012 lancierte Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» wollte die anerkannten Probleme im Bereich der medizinischen Grundversorgung im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten rasch angehen und lösen. Hauptelemente sind unter anderem eine Verstärkung der Weiterbildung samt Sicherung ihrer Finanzierung sowie die Förderung neuer Versorgungsmodelle, Anreize für eine regional ausgewogene Versorgung und Unterstützung neuer Notfalldienstmodelle (inkl. adäquater Abgeltung). Auch sollte das Tarifwerk zur Abgeltung der ambulanten Leistungen umfassend revidiert werden. Der Masterplan war erfolgreich.

Mit der «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» unterstützte der Bund die Kantone mit einem Sonderprogramm von 100 Millionen Franken, damit diese ihre Ausbildungskapazitäten im Bereich der Humanmedizin zwischen 2017 und 2020 weiter erhöhen können. Damit sollen die Ausbildungsabschlüsse von heute rund 800–900 pro Jahr bis 2025 auf insgesamt 1300 erhöht und die Auslandsabhängigkeit verringert werden. Zudem sollen die Verluste an ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte minimiert und die Chancengleichheit 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. Der Bericht des Bundesrates enthält eine Reihe von Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung, zur Berufsausübung und zur Tarifstruktur. Bei verschiedenen Empfehlungen liegt der Lead bei den Kantonen.

4.2. Massnahmen des Kantons Glarus

Teilweise gestützt auf diese Massnahmen des Bundes blieb auch der Kanton Glarus nicht untätig. Bei der *Finanzierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung* wurden ab 2007 mit dem Projekt Praxisassistenz entsprechende Programme geschaffen und vom Kanton mitfinanziert. Es hat das Ziel, den Nachwuchs bei den Hausärztinnen und Hausärzten zu fördern. Eine Praxisassistenz dauert in der Regel sechs Monate. Sie 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 Praxisassistenz werden nicht nur die erforderlichen Kompetenzen für den Hausarztberuf erworben, sondern die angehenden Ärztinnen und Ärzte werden dank konkreter Erfahrungen auch für dieses Berufsfeld motiviert, was wiederum einen positiven Einfluss auf das Berufsbild des Grundversorgers hat. Aufgrund des Projekterfolgs beschloss der Landrat 2013, dieses unbefristet weiterzuführen. Bis Ende 2017 absolvierten 13 Personen das Programm Praxisassistenz. Fünf Personen haben inzwischen eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Arzt im Kanton Glarus. Die Landsgemeinde 2016 beschloss zudem den Beitritt des Kantons Glarus zur Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung. Da das erforderliche Quorum von 18 Kantonen aber noch nicht erreicht wurde, konnte die Vereinbarung bisher nicht in Kraft treten (Stand Oktober 2018: 14 beigetretene Kantone). Mit dieser soll die Weiterbildung an den Spitälern finanziell angemessen abgesichert und eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung sichergestellt werden.

Die *Zulassung der Medikamentenabgabe (Selbstdispensation)* durch Ärztinnen und Ärzte hat in Glarus Tradition. Zum einen ist die Medikamentenabgabe in der Praxis ein Dienst an den Patientinnen und Patienten, zum anderen ein willkommenes Zusatzeinkommen für die Hausärzte. Dies macht den Kanton Glarus attraktiv gegenüber den Kantonen, in welchen die Ärzte keine Medikamente abgeben dürfen.

Bezüglich Notfalldienst verpflichtet das Gesundheitsgesetz die Verantwortlichen seit 2014 zur Koordination zwischen Notfalldienst der freiberuflichen Ärzteschaft und der Notfallstation des KSGL. Neu geschaffen wurde zudem eine gesetzliche Grundlage für die Befreiung vom Notfalldienst gegen Entrichtung einer Ersatzabgabe. Die Koordination des Notfalldienstes der Hausärzte mit dem KSGL mündete in einem Pilotprojekt, wonach die Hausärzte ihren Notfalldienst an den Wochenenden zusammenlegen und in einer vorgelagerten Praxis am KSGL leisten.

Die Landsgemeinde führte bei der letzten Revision des Gesundheitsgesetzes im Jahr 2014 die Möglichkeit ein, dass der Regierungsrat mit anderen Kantonen oder Dritten *Vereinbarungen über innovative oder wohnortnahe ambulante Angebote* abschliessen kann, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen.

Gestützt auf diese Bestimmung leistet der Kanton u. a. Beiträge an die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste Graubünden am KSGL, an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Glarus, an die Kinderarztpraxis am KSGL oder an die Sofortmassnahmen im Sernftal. Letztere umfassen einerseits die Sicherstellung der ärztlichen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner des Alters- und Pflegeheims Sernftal und von Hausbesuchen bei immobilen Patienten sowie andererseits die Entlastung von Hausärzten in Schwanden.

4.3. Massnahmen in anderen Kantonen

Zu ähnlichen oder gar weitergehenden Massnahmen waren auch verschiedene andere Kantone gezwungen (u. a. UR, GR, OW, NW, AG).

5. Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung

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 zumindest bisher weder erwünscht noch rechtlich vorgesehen ist. Entsprechend engagieren sich der Kanton und die Gemeinden bisher grundsätzlich nur in Bereichen, in denen sie aufgrund der Bundesgesetzgebung aktiv sein müssen. So hat der Kanton gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) eine kantonale Spitalplanung vorzunehmen. Ferner übernehmen die Kantone mindestens 55 Prozent der Vergütungen für stationäre Behandlungen in einem Spital. Ebenfalls haben die Kantone die Restfinanzierung der Pflegekosten zu regeln. Im Kanton Glarus sind dafür die Gemeinden zuständig. Die Ausgaben des Kantons für die stationären Spitalbehandlungen der Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner belaufen sich auf rund 44 Millionen Franken pro Jahr (inkl. gemeinwirtschaftliche Leistungen). Die Gemeinden ihrerseits bezahlen rund 8,8 Millionen Franken pro Jahr in Zusammenhang mit der Langzeitpflege.

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 grosser Zurückhaltung und nur punktuell. Der Kanton fokussierte sich auf die Ausbildung der angehenden Ärztinnen und Ärzte.

5.1. Vorgehensweise

Das Departement Finanzen und Gesundheit gründete im Herbst 2017 eine Task Force bestehend aus Vertretern des Departements Finanzen und Gesundheit, des KSGL sowie der Glarner Ärztesgesellschaft. Die Arbeitsgruppe hatte die primäre Aufgabe, 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 Gefahr einer drohenden Unterversorgung im Bereich der Hausarztmedizin ist in Glarus Süd am akutesten. In Gesprächen mit den Hausärzten von Glarus Süd kristallisierten sich folgende Massnahmen zu ihrer Unterstützung und Entlastung heraus:

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

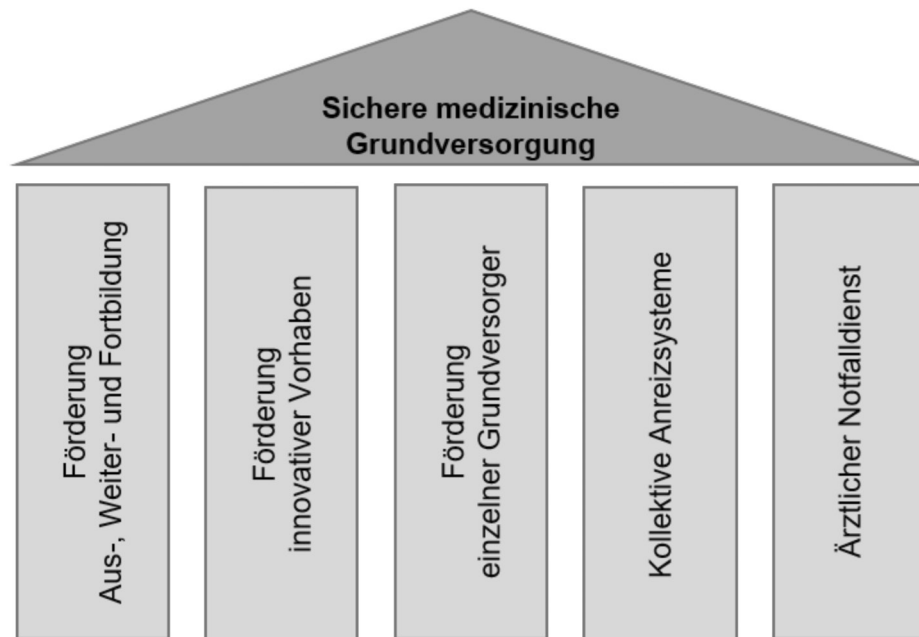
Die Massnahmen 1 und 3 wurden bereits umgesetzt. Bezüglich Massnahme 2 lief ein Pilotprojekt, um Erfahrungen zu sammeln. Das KSGL hat zudem den Grundversorgern in Glarus Süd angeboten, den schulärztlichen Dienst bei Bedarf zu übernehmen (Massnahme 6). Eine Anpassung des Tarifs liegt nicht in der Kompetenz des Kantons (Massnahme 7). Die Tarife werden zwischen der Ärztesgesellschaft und den Verbänden der Krankenversicherer ausgehandelt. Erfolgt keine Einigung, setzt der Kanton den Tarif fest, wobei sich der Regierungsrat an die entsprechenden bundesrechtlichen Vorgaben halten muss. Der Entscheid kann von beiden Parteien beim Bundesverwaltungsgericht juristisch überprüft werden. Somit verbleiben noch die Massnahmen 4 und 5, die einer genaueren Prüfung zu unterziehen sind.

5.2. 5-Säulen-Strategie

Die kantonale Strategie zur medizinischen Grundversorgung zielt darauf ab, diese langfristig und damit nachhaltig sicherzustellen. Sie bietet jedoch keine Garantie, um eine Unterversorgung zu vermeiden. 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 Ansätzen in anderen Kantonen (insb. UR). Das Glarner Modell sieht eine 5-Säulen-Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung vor (s. nachfolgende Abbildung). Der Kanton – und bei Ziffer 3 bei lokalem Bedarf die Gemeinden – fördert:

1. die Aus-, Weiter- und Fortbildung;
2. innovative Vorhaben;
3. einzelne Grundversorger (Errichtung von [Gruppen-]Praxen und Gesundheitszentren);
4. kollektive Anreizsysteme; und
5. den ärztlichen Notfalldienst.

Der Kanton soll an diese Projekte unter bestimmten Bedingungen finanzielle Beiträge gewähren können.



5.2.1. Erste Säule: Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Wie oben erwähnt, lag das Schwergewicht des Kantons bis anhin bei der Aus- bzw. Weiterbildung der Grundversorger (s. Ziff. 4.2). Einerseits gibt es das Projekt Praxisassistenten, andererseits die Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung. Das Projekt Praxisassistenten darf als erfolgreich bezeichnet werden. Es führt dazu, dass immer wieder junge Hausärzte sich in einer Praxis im Kanton niederlassen. Die Bemühungen sollen deshalb intensiviert werden, indem die Zahl der Praxisassistentenstellen verdoppelt wird.

Der Kanton prüft zudem in Zusammenarbeit mit dem KSGL, ein Curriculum Hausarztmedizin einzurichten. Die jungen Ärztinnen und Ärzte könnten mit einem solchen Curriculum (Liste und Organisation von Assistentenstellen zur Erlangung der notwendigen Erfahrungen für ein FMH-Titel in «Allgemeine Innere Medizin») 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. Wie die Erfahrungen in Graubünden zeigen, nehmen die angehenden Ärztinnen und Ärzte dieses Programm jedoch eher zurückhaltend in Anspruch. Sie stellen sich ihr Curriculum lieber selber zusammen. Aufgrund der verfügbaren Erfahrungswerte dürfte damit gerechnet werden, dass durchschnittlich alle vier Jahre ein solches Curriculum am Kantonsspital Glarus in Angriff genommen würde.

5.2.2. Zweite Säule: Förderung innovativer 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 Faktoren 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 Practice Nurse (APN) bereits gestartet. Eine APN unterstützt die Ärztinnen und Ärzte bei der medizinischen Versorgung des Sernftals, sowohl was mobile als auch immobile Patientinnen und Patienten betrifft. APN sind klinische Pflegeexpertinnen und -experten, die dank ihrer Ausbildung die Hausärzte entlasten können. 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 Schulgesundheits- 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 auch das Potenzial, die Gesundheitsversorgung zu verbessern (eHealth, elektronisches Patientendossier). Der Kanton soll diese Entwicklungen finanziell unterstützen können, wenn sie der Förderung der medizinischen Grundversorgung dienlich sind.

5.2.3. Dritte Säule: Förderung einzelner Grundversorger

Die Trends in der Hausarztmedizin (s. Ziff. 2.4) zeigen, dass die angehenden Hausärzte drei Anforderungen haben: Erstens möchten sie gerne angestellt sein, nicht zuletzt um das wirtschaftliche Risiko zu minimieren. Zweitens suchen sie vielfach ein Teilzeitpensum zwecks Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Drittens wünschen sie sich geregelte Arbeitszeiten, Nacht- und Wochenenddienst wird als nicht attraktiv wahrgenommen. Eine Gruppenpraxis bzw. ein Gesundheitszentrum kann diesen Anforderungen gerecht werden. Bei einer Einzelpraxis ist dies nicht der Fall. Die Einzelpraxis ist ein Auslaufmodell, wie 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. Dort gibt es erst ein Gesundheitszentrum.

Der Kanton soll sich auf die Entwicklungen fokussieren, die zukunftssträftig sind. Er soll, wie von Ärztinnen und Ärzten gewünscht, bei der Errichtung von Gesundheitszentren und Gruppenpraxen eine finanzielle Unterstützung leisten können. 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 bereits verschiedene Ärztinnen und 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.

5.2.4. Vierte Säule: Schaffung von kollektiven Anreizsystemen

Kollektive Anreizsysteme für Grundversorger können helfen, den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Ein grosses Problem ist der tiefe TARMED-Taxpunktwert (Tarif), den Hausärzte in der Ostschweiz für ihre Arbeit erhalten. Dieser beträgt 83 Rappen, während er im Kanton Jura – eine Region, die sich hinsichtlich Kostenstruktur für die Leistungserbringung mit dem Glarnerland vergleichen lässt – 97 Rappen beträgt. Ein Arzt im Jura verdient somit für die gleiche Arbeit rund 15 Prozent mehr als ein Hausarzt in der Ostschweiz.

Die Attraktivität des Kantons für die zukünftigen Hausärzte ist umso grösser, je höher der Taxpunktwert ist. Die finanzielle Situation der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger kann somit in erster Linie mit einer wirkungsvollen Gestaltung der Tarife verbessert werden. Dies liegt im Zuständigkeitsbereich der Tarifpartner bzw. des Bundes: Die Ärztesellschaften handeln mit den Krankenversicherern den Taxpunktwert aus. Dieser muss sich gemäss Bundesgesetzgebung an den sogenannten WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) orientieren. Der Tarif darf nur so hoch sein, dass die Kosten für eine effiziente Leistungserbringung gedeckt sind. Falls der Taxpunktwert auf diesem tiefen Niveau weiterhin verharren sollte, müsste als konkreter Beitrag zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung allenfalls ein leicht höherer Taxpunktwert in Betracht gezogen werden. Dieser könnte aber nicht zulasten der Krankenversicherer gehen, sondern müsste über kantonale (Steuer-) Mittel finanziert werden.

5.2.5. Fünfte Säule: Unterstützung ärztlicher Notfalldienst

Die Notfallversorgung ist ein zentraler Bestandteil einer funktionierenden Grundversorgung. Die Inhaber universitärer Medizinalberufe sind von Bundesrechts wegen verpflichtet, in dringenden Fällen Beistand zu leisten und nach Massgabe der kantonalen Vorschriften im Notfalldienst mitzuwirken. Im Kanton Glarus sind praktisch alle in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte in den Notfalldienst eingebunden. Die Standesorganisation organisiert den Notfalldienst in eigener Regie. Andererseits hat das KSGL den Auftrag, eine Notfallstation an 365 Tagen während 24 Stunden zu betreiben.

Der Notfalldienst im Kanton Glarus ist zurzeit 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 KSGL und den Grundversorgern funktioniert bestens, die Übergaben in der Nacht führen zu einer deutlichen Entlastung der Hausärzte. Unterstützend stehen die Einsatzzentrale (Tel. 144), die Ambulanz und insbesondere auch die REGA zur Verfügung.

Handlungsbedarf wird sich dennoch früher oder später einstellen. Die Glarner Ärztesgesellschaft weist 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. Dies gilt selbst für Bagatellfälle, die keine Spitalinfrastruktur erfordern und das Gesundheitssystem unnötig belasten würden.

Die Ärztesgesellschaft testete im Rahmen eines Pilotprojekts, 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 Pilotprojekts 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 der ärztliche Notfalldienst langfristig sichergestellt werden.

6. Weitere Änderungen

6.1. Bestimmungen zu den Berufen im Gesundheitswesen

Das neue Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG) regelt unter anderem die Berufsausübung verschiedener nicht universitärer Gesundheitsberufe in eigener fachlicher Verantwortung, die sich bisher nach kantonalem Recht gerichtet hat. In Übereinstimmung mit den neuen Bestimmungen des GesBG wird mit dessen Inkrafttreten auch der Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) sowie des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG) 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. Damit regelt das Bundesrecht die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Berufe abschliessend.

<i>Universitäre Medizinalberufe (MedBG)</i>	<i>Psychotherapieberufe (PsyG)</i>	<i>Gesundheitsberufe (GesBG)</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Ärztinnen/Ärzte – Zahnärztinnen/Zahnärzte – Chiropraktorerinnen/ Chiropraktoren – Apotheker/-innen – Tierärztinnen/Tierärzte 	<ul style="list-style-type: none"> – Psychologinnen/ Psychologen – Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegefachfrau/-mann – Physiotherapeut/in – Ergotherapeut/-in – Hebamme – Ernährungsberater/-in – Optometrist/-in – Osteopath/-in

Die Kantone können für diese Berufe keine abweichenden Regelungen vorsehen. Es steht ihnen aber frei, weitere Berufe oder, wenn sie es als notwendig und verhältnismässig erachten, auch die Ausübung unter fachlicher Aufsicht zu regeln.

Im Kanton Glarus verbleiben mit Inkrafttreten des GesBG noch die folgenden nichtuniversitären Gesundheitsberufe gemäss kantonalem Recht bewilligungspflichtig:

- Dentalhygienikerin und Dentalhygieniker
- Drogistin und Drogist
- Heilpraktikerin und Heilpraktiker
- Logopädin und Logopäde
- Medizinische Masseurin und Medizinischer Masseur
- Podologin und Podologe

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 auch bei den oben aufgelisteten nicht-universitären Gesundheitsberufen eingeführt. Die Voraussetzungen zur Erteilung und zum Entzug der Bewilligung sowie die beruflichen Pflichten, welche die Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber zu erfüllen haben, werden mit denjenigen des Bundesrechts harmonisiert. Somit gelten künftig für sämtliche bewilligungspflichtigen Berufe dieselben Bedingungen.

Bei der Berufsausübung unter Aufsicht wird zudem die heute bestehende Bewilligungspflicht für universitäre Medizinalpersonen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten aufgehoben. Dafür müssen alle Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber die Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht über Berufskolleginnen bzw. Berufskollegen vorgängig der zuständigen Verwaltungsbehörde melden und sind dieser gegenüber auch auskunftspflichtig.

Sodann werden weitere Lücken im kantonalen Recht geschlossen:

- Das Gesundheitsgesetz bot dem Departement bisher keine Handhabe, durch Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber begangene Verstösse gegen berufliche Pflichten oder gegen andere Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes in verhältnismässiger Art und Weise disziplinarrechtlich zu ahnden.
- Das Gesundheitsgesetz enthält bisher keine Bestimmungen zu den im Gesundheitsbereich zulässigen Auskündigungen.

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.

6.2. Aufhebung von Erlassen

Mit Inkrafttreten des totalrevidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen 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 sowie die landrätliche Vollziehungsverordnung zum Epidemiengesetz und die landrätliche Verordnung über das Desinfektionswesen gegenstandslos, zumal das neue Epidemiengesetz die Materie abschliessend regelt. Die Kantone verfügen ausser im Falle einer Kompetenzdelegation über keine eigene Gesetzgebungskompetenz.

Die erwähnten Erlasse sind daher im Rahmen der Änderung des Gesundheitsgesetzes formell aufzuheben. Der Landrat hob die beiden landrätlichen Verordnungen an seiner Sitzung vom 6. Februar 2019 auf. Die Landsgemeinde ist noch für die Aufhebung des kantonalen Vollziehungsgesetzes vom 6. Mai 1934 zuständig.

7. Vernehmlassung

Der Regierungsrat führte bei den Gemeinden, den interessierten Verbänden, Organisationen und Fachpersonen, den politischen Parteien, den Kantonen der GDK-Ost sowie Schwyz und Uri und den Departementen der kantonalen Verwaltung eine Vernehmlassung zur Änderung des Gesundheitsgesetzes durch.

7.1. Vernehmlassungsergebnis

Insgesamt gingen 18 Stellungnahmen zum Vernehmlassungsentwurf ein. Die Änderung des Gesundheitsgesetzes und die Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung werden im Grundsatz von allen Vernehmlassungsteilnehmern unterstützt. Sie wird als sinnvoll, notwendig und weitsichtig begrüsst. Einzelne Vernehmlassungsteilnehmer wiesen auf die Bedeutung der weiteren Berufsgruppen, insbesondere im Bereich der Pflege, für die medizinische Grundversorgung hin. Diese sollen ebenfalls verstärkt gefördert werden. Eine leicht modifizierte 5-Säulen-Strategie wurde dann auch vorgeschlagen: Auch die Pflege und die Angehörigen seien in der Strategie zu erwähnen. Vonseiten der Leistungserbringer wurde insbesondere eine Gleichbehandlung zwischen sich neu niederlassenden und bestehenden Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung gefordert. Die Gemeinden Glarus Nord und Glarus wünschten sich eine möglichst klare Abgrenzung zwischen Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung von kantonalem und von kommunalem Interesse. Die Gemeinde Glarus Süd lehnte die Möglichkeit für die Gemeinden, Beiträge an einzelne Grundversorger zu gewähren, ab. Der Spitex-Kantonalverband forderte anstatt der Mitfinanzierungsmöglichkeit (Kann-Bestimmung) eine Mitfinanzierungspflicht. Zwei Vernehmlassungsteilnehmer wiesen zudem auf die bestehende, hohe finanzielle Belastung der Gemeinden aufgrund der Pflegekosten hin. Die Änderungen der Bestimmungen über die Berufsausübung werden mit wenigen Hinweisen zur Kenntnis genommen.

7.2. Würdigung der Vernehmlassung

Die Vernehmlassung bestätigte die 5-Säulen-Strategie des Regierungsrates. Dieser hielt daher an den vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen grundsätzlich unverändert fest. Das Anliegen, die Pflege und die Angehörigen explizit in die Strategie aufzunehmen, erachtete der Regierungsrat zwar als gerechtfertigt. Gemäss den Erläuterungen gehören neben der Hausarztmedizin auch weitere Berufsgruppen, insbesondere die Pflege, zur medizinischen Grundversorgung. Wenngleich also der Fokus der Vorlage auf der hausärztlichen Versorgung liegt, können gestützt auf die neuen Gesetzesgrundlagen bei Bedarf auch andere Berufsgruppen der medizinischen Grundversorgung unterstützt werden. Es ist zudem geplant, dass der Landsgemeinde 2020 in Zusammenhang mit der Umsetzung des Konzepts zur Stärkung der Langzeitpflege weitere Massnahmen zur spezifischen Förderung der Pflege unterbreitet werden sollen. Der Fokus auf die hausärztliche Versorgung wurde deshalb beibehalten und darum auf eine Umbenennung der Säulen verzichtet.

Die grösste Änderung im Vergleich zur Vernehmlassungsvorlage ist die Umsetzung der Forderung nach einer Gleichbehandlung von bestehenden und neuen Grundversorgern, die ein Anliegen der Leistungserbringer war. Es sollen nicht nur sich neu niederlassende Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung, sondern grundsätzlich auch bestehende gefördert werden können (Art. 22e). Dies bedeutet aber nicht, dass die Unterstützung eines bestimmten (neuen oder bestehenden) Grundversorgers auch einen Anspruch für andere Grundversorger zur Folge hat. Es handelt sich unverändert um eine Mitfinanzierungsmöglichkeit und keine Mitfinanzierungspflicht der öffentlichen Hand. Weder Kanton noch Gemeinden sind verpflichtet, Beiträge zu leisten. Die Bestimmung entfaltet auch keine Rückwirkung. Daneben wurden verschiedene Präzisierungen im Gesetzestext und in den Erläuterungen vorgenommen. Die Abgrenzung der medizinischen Grundversorgung im kantonalen oder kommunalen Interesse wurde in den Erläuterungen nochmals geschärft.

8. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

8.1. Gesetz über das Gesundheitswesen

Artikel 5; Aufgaben Gemeinden

Im Grundsatz bleibt der Kanton alleine für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung im gesamten Kanton zuständig. Damit werden Abgrenzungsschwierigkeiten und Doppelspurigkeiten mit den Gemeinden vermieden. Es ist aber z. B. nicht Kantonsaufgabe, in einzelnen Dörfern eine Einzelpraxis mitzufinanzieren. Den Gemeinden steht es daher frei, auch von sich aus einzelne Grundversorgungsangebote von kommunalem Interesse zu fördern. Der neue Artikel 5 Absatz 2 bezieht sich dabei auf den ebenfalls neu zu schaffenden Artikel 22e, der eine Mitfinanzierungsmöglichkeit (keine Mitfinanzierungspflicht) von einzelnen Grundversorgungsangeboten von kommunalem Interesse durch die Standortgemeinde vorsieht. In diesen Fällen wäre aber zwingend eine Absprache mit dem Kanton erforderlich.

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. 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. Die Delegation muss im Nachgang zur Änderung des Gesundheitsgesetzes in einer regierungsrätlichen Verordnung verankert werden.

Artikel 22a; Wohnortnahe oder innovative Angebote und Versorgungsmodelle

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

Ziffer 4.1a; Förderung der medizinischen Grundversorgung

Es wird eine neue Kapitelüberschrift «Förderung der medizinischen Grundversorgung» eingefügt. Die folgenden Artikel 22b–22h sind folglich im Zusammenhang zu betrachten.

Artikel 22b; Ziele und Grundsätze

Die Bestimmung hält die Ziele und Grundsätze der Förderung der medizinischen Grundversorgung fest. Nach Absatz 1 setzt sich der Kanton für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung ein. 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». 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 ergreift der Kanton 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 Grundversorger-Generation, wenn immer möglich so zu gestalten, dass der Nachwuchs Glarus als attraktives Betätigungsfeld wahrnimmt. Das gilt insbesondere mit Blick auf die von dieser Generation bevorzugte Teilzeittätigkeit und den von ihr vielfach als unattraktiv erachteten Notfalldienst mit Abend- und Nachteinsätzen bzw. Wochenendarbeit.

Die Förderung durch den Kanton 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 KSG

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 KSGL 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 Förderungsmassnahmen 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 Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, wird als kantonale Aufgabe verankert.

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 Faktoren 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 finanziellem 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 Leistungserbringern). 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 KSGL verfolgt werden. Eine Notfallpraxis der Hausärzte am KSGL dürfte – in Abhängigkeit der Auslastung – wohl v. a. zu Beginn defizitär sein, das erwähnte Pilotprojekt wird entsprechende Antworten liefern.

Familienkompatible Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Weiterbildung wie auch in der Praxis-tätigkeit 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; Vorhaben der integrierten Versorgung sowie Netzwerke.

Artikel 22e; Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter

Absatz 1 sieht vor, dass der Kanton bestehende sowie sich neu niederlassende Grundversorger fördern kann. Er ist grundsätzlich für die Förderung der medizinischen Grundversorgung zuständig. Liegt nur ein kommunales Interesse vor, können aber auch die Standortgemeinden in Absprache mit dem Kanton solche Grundversorgungsangebote fördern (Abs. 2). Die Gemeinden sind in diesem Fall die direkten Ansprechpartner für die Leistungserbringer.

Kanton und Gemeinden können unter den in Absatz 3 umschriebenen Voraussetzungen den Grundversorgungsanbietern Beiträge gewähren. Die Bestimmung dient ihnen als Rechtsgrundlage für entsprechende Ausgaben, wobei die aufgeführten Bedingungen kumulativ erfüllt sein müssen, damit eine Beitragsgewährung überhaupt grundsätzlich möglich ist.

Wie erwähnt ist es dem Kanton (und den Gemeinden) aber 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.

Artikel 22f; Kollektive Anreizsysteme

Der Landrat kann kollektive Anreizsysteme für Grundversorger schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Die Situation und Problematik des tiefen TARMED-Taxpunktwertes wurde erläutert (s. Ziff. 5.2.4). Die Idee der Verbesserung des kollektiven Anreizsystems durch einen «Glerner Taxpunktwert» hätte grössere finanzielle Auswirkungen. Die Tragweite eines solchen Entscheides 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. Sie bezieht sich auf sämtliche vorstehenden Artikel des Kapitels. 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.

Anschub- und Teilfinanzierungsbeiträge sind ein geeignetes Mittel, um den Aufbau von neuen und zeitgemässen Versorgungsstrukturen fördern zu können. Darlehen, Zinsvergünstigungen und Bürgschaften sind zur Förderung von Infrastruktureinrichtungen dienlich, wenn es um Praxisübernahmen geht. Infolge des langen Studiums fehlen den Absolventen 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. Andere geldwerte Leistungen für juristische Personen (Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren) können auch Steuererleichterungen sein, die der Regierungsrat im volkswirtschaftlichen Interesse gestützt auf Artikel 15 oder 61 des Steuergesetzes gewähren kann. Entsprechende Gesuche wären im Einzelfall zu prüfen.

Absatz 2 stellt klar, dass Anschub- und Teilfinanzierungsbeiträge nur ausgerichtet werden sollen, wenn die übrigen Beitragsarten nicht zielführend sind. Nicht rückzahlbare Mitfinanzierungen sind entsprechend zurückhaltend anzuwenden.

Die Höhe der finanziellen Beiträge und deren Art richtet sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung, wie Absatz 3 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.

Gemäss Absatz 4 ist beim Kanton der Regierungsrat und bei den Gemeinden der Gemeinderat für die Gewährung von Beiträgen zuständig. Diese Delegation der verfassungsmässigen Ausgabenkompetenzen galt beim Kanton bereits unter dem bisherigen Artikel 22a. Bei den Gemeinden soll analog zum Kanton ebenfalls die Exekutive für die Beitragsgewährung zuständig sein. So können die entsprechenden Entscheide zeitnah gefällt werden.

Artikel 22h; Bedingungen, Auflagen und Kriterien

Unterstützt werden nur Vorhaben, die den Zielen dieses Kapitels förderlich sind (Abs. 1). Die durch die öffentliche Hand (mit)finanzierten Massnahmen und Projekte sind mit Bedingungen und Auflagen zu versehen. Oftmals dürften sie auch in einer (Leistungs-)Vereinbarung geregelt werden. Insbesondere soll es sich bei den Massnahmen grundsätzlich um zeitlich befristete Unterstützung 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 z. B. 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 z. B. nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische und allenfalls auch therapeutische Leitungspersonen bezeichnet werden. Der Begriff des Fachbereichs ist dabei weit zu verstehen und soll beispielsweise in einem Spital im ärztlichen Bereich zumindest die Chefarzte erfassen. Die fachverantwortlichen Leitungspersonen übernehmen die fachliche Verantwortung und Aufsicht über 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 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 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 die privatwirtschaftliche Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung wie 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 Buchstaben 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 27; Erteilung, Einschränkung und Entzug der Bewilligung

Die in Absatz 1 normierten Bewilligungsvoraussetzungen werden an diejenigen des Bundesrechts angeglichen. Die Angleichung erfolgt in terminologischer wie auch in materieller Hinsicht. Im Zuge dessen wird Buchstabe a aufgehoben. Eine Person, welche physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet, wird in aller Regel auch handlungsfähig sein. Die Voraussetzung muss deshalb nicht noch einmal gesondert aufgeführt werden. Sodann wird Buchstabe b terminologisch angepasst. Materiell bleibt die Bestimmung jedoch gleich. Ein guter Leumund ist nämlich gleichzusetzen mit einer allgemeinen Vertrauenswürdigkeit. Auch Buchstabe c wird lediglich begrifflich angepasst. Schliesslich wird Buchstabe d aufgehoben. Die Voraussetzungen für die Ausübung der bundesrechtlich geregelten Berufe sind abschliessend auf Bundesebene festgelegt. Die Kantone dürfen für diese Berufe keine weitergehenden Bewilligungsvoraussetzungen vorschreiben. Das Vorhandensein einer geeigneten Infrastruktur ist auf Bundesebene nicht als Bewilligungsvoraussetzung festgeschrieben. Aus diesem Grund dürfte dies nur bei den nach kantonalem Recht bewilligungspflichtigen Gesundheitsberufen vorausgesetzt werden. Weshalb diese aber strengeren Voraussetzungen unterliegen sollten, ist nicht ersichtlich. Hinzu kommt, dass die Erfüllung dieser Voraussetzung in der Praxis ohnehin nur schwer überprüfbar ist.

Absatz 2 wird begrifflich angepasst. Die Bestimmung erlaubt es dem Departement, die Bewilligung mit Einschränkungen und Auflagen zu versehen. Einschränkungen sind zulässig in fachlicher (z. B. Beschränkung auf einen bestimmten Tätigkeitsbereich), zeitlicher (insbesondere Befristung der Bewilligung) und räumlicher (z. B. Beschränkung auf ein bestimmtes Gebiet) Hinsicht. Demgegenüber können Auflagen z. B. die Räumlichkeiten oder die Ausstattung der Praxis, in der die Tätigkeit ausgeübt wird, betreffen.

Absatz 2a regelt neu den administrativen Entzug der Bewilligung. Dieser war bisher in Artikel 39 festgelegt (s. Ausführungen zu Art. 39). Der Entzug der Bewilligung erfolgt, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen nach Absatz 1 nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen bekannt werden, aufgrund derer die Bewilligung ursprünglich hätte verweigert werden müssen. Im Sinne der Verhältnismässigkeit ist anstelle eines Entzugs gegebenenfalls zuerst die Einschränkung der Bewilligung oder das Verfügen von Auflagen nach Absatz 2 zu prüfen.

Die in Absatz 3 verankerte Publikationsgrundlage wird aufgehoben. Die erteilten und entzogenen Bewilligungen sind grösstenteils in öffentlich zugänglichen Registern (Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, Nationales Register der Gesundheitsberufe) ersichtlich. Diese liefern der Bevölkerung eine aktuelle und umfassende Übersicht über die Leistungserbringer, die über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Glarus verfügen. Eine zusätzliche Publikation im Amtsblatt ist daher nicht nötig. Die Aufhebung von Absatz 3 ist auch in der Vorlage zur Änderung des Publikationsgesetzes vorgesehen. Eine doppelte Aufhebung ist aber erforderlich, da ungewiss ist, ob die beiden Vorlagen gleichzeitig oder zeitlich verschoben in Kraft treten werden.

Artikel 28; Bewilligungsvoraussetzungen bei universitären Medizinalberufen und beim Psychotherapieberuf

Wie bereits ausgeführt, sind die Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung zur Ausübung eines universitären Medizinalberufes oder des Psychotherapieberufes in eigener fachlicher Verantwortung abschliessend im Bundesrecht, in Artikel 36 MedBG bzw. Artikel 24 PsyG geregelt. Artikel 28 ist daher mangels Anwendbarkeit in der Praxis aufzuheben.

Artikel 29; Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung; Stellvertretung

Infolge der Streichung des Begriffs «privatwirtschaftlich» ist neu die privatwirtschaftliche Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung wie auch die Ausübung einer solchen Tätigkeit im öffentlichen Dienst bewilligungspflichtig.

Die in Absatz 1 enthaltene 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.

Absatz 2 wird aufgehoben. Das in Satz 1 verankerte Erfordernis, dass die bewilligte Tätigkeit persönlich und grundsätzlich unmittelbar am Patienten auszuüben ist, steht nämlich im Widerspruch zu der Möglichkeit, für Berufskolleginnen oder Berufskollegen die fachliche Verantwortung und Aufsicht zu übernehmen und diesen im Rahmen dessen gewisse Verrichtungen zu übertragen. Der Inhalt von Satz 2 ist sodann überflüssig, da dieser bereits über die in Artikel 31 Absatz 1 Buchstabe a enthaltene Berufspflicht, wonach sich Bewilligungsinhaber an die Grenzen ihrer Kompetenzen halten müssen, gewährleistet wird.

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 bzw. seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätig werden soll, demselben Beruf 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. 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 bzw. welcher die fachliche Verantwortung und Aufsicht für eine Berufskollegin oder einen Berufskollegen wahrnimmt, sicherzustellen, dass die unter Aufsicht tätige Person über eine ausreichende fachliche Qualifikation verfügt. Die im Einzelfall erforderliche fachliche Qualifikation bestimmt sich nach dem Tätigkeitsgebiet der unter Aufsicht tätigen Person und soll eine einwandfreie, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Absatz 3 legt fest, dass die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber, welche bzw. welcher die fachliche Verantwortung und Aufsicht für andere Gesundheitsfachpersonen 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 bzw. seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätigen Gesundheitsfachpersonen einholen. Die Auskunftspflicht dient insbesondere der Sicherstellung der Grundversorgung.

Artikel 31; Berufspflichten

Die in Absatz 1 enthaltenen Berufspflichten werden weitestgehend an jene in der eidgenössischen Gesetzgebung angeglichen. Die Angleichung erfolgt primär in terminologischer Hinsicht, vereinzelt werden aber auch materielle Änderungen vorgenommen. Durch die Vereinheitlichung mit dem Bundesrecht unterstehen künftig sämtliche bewilligungspflichtigen Berufe des Gesundheitswesens denselben Berufspflichten.

Die Buchstaben a–e werden lediglich begrifflich bzw. in ihrer systematischen Stellung verändert. Hingegen handelt es sich bei den Buchstaben f–h um eine materielle Erweiterung der bisherigen Berufspflichten. Den Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhabern ist es zwar grundsätzlich nicht untersagt, ihre Dienstleistungen zu bewerben, allerdings haben sie dabei die in Buchstabe f geregelten Einschränkungen zu beachten. Demnach dürfen sie nur Werbung machen, die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist. Gemäss Buchstabe g sind die Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber ausserdem verpflichtet, eine ausreichende, dem zu erwartenden Risiko entsprechende Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen, es sei denn, die Ausübung ihrer Tätigkeit unterliegt dem Staatshaftungsrecht. Dies gilt gemäss Artikel 16 Absatz 4 für Tätigkeiten im Kantonsspital, gemäss Artikel 39d Absatz 1 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe für Tätigkeiten in einer vom Gemeinwesen beauftragten Organisation der stationären Betagten- oder Behindertenhilfe und schliesslich gemäss Artikel 17 Absatz 1 der Verordnung über die ambulante Langzeit- und Gesundheitspflege für Tätigkeiten in einer vom Gemeinwesen beauftragten Organisation der ambulanten Langzeit- und Gesundheitspflege. Abgesehen von den Fällen, in denen die Ausübung der Tätigkeit dem Staatshaftungsrecht unterliegt, kann auf den Abschluss einer individuellen Berufshaftpflichtversicherung ebenfalls verzichtet werden, wenn die Person in einem Anstellungsverhältnis in einer Institution tätig ist, welche über eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung verfügt. Zuletzt wird in Buchstabe h neu die Pflicht statuiert, auch bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe immer das Interesse der zu behandelnden Person zu wahren, und zwar unabhängig von finanziellen Vorteilen.

Gemäss Absatz 2 gelten die in Absatz 1 geregelten 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, die Einhaltung dieser Pflichten durch die unter ihrer bzw. seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätigen Personen zu gewährleisten. Für die Verletzung dieser Gewährleistungspflicht kann die BewilligungsinhaberIn oder der Bewilligungsinhaber gestützt auf Artikel 39a Absatz 1 disziplinarisch bestraft werden. 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 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 bzw. 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

Absatz 2 Satz 1 wird verwesentlicht. Die absolute Höhe der Ersatzabgabe ist bereits in Artikel 34a Absatz 3 und die Verwendung in Artikel 34a Absatz 5 geregelt. Die Höhe und Verwendung innerhalb dieser Vorgaben fällt unter die Einzelheiten gemäss Satz 2.

Das Gesetz verpflichtet die Ärztinnen und 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 Notfalldienstesinsatz, insbesondere schnell ablaufende Verbrauchsmaterialien, Medikamente und Ampullen, beschaffen. Zudem fällt ein administrativer Aufwand auf Ebene der Glarner Ärztesgesellschaft 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 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 handelt sich um Vorhalteleistungen, die unabhängig von der Anzahl Patientinnen und Patienten anfallen, welche den Notfalldienst beanspruchen. Selbst im extremen und völlig unrealistischen Fall, dass der Notfalldienst überhaupt nicht nachgefragt wird, entstehen ungedeckte Restkosten von rund 65 000 Franken. Die Leistungserbringung am Notfallpatienten bzw. an der Notfallpatientin wird durch die Vergütungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckt.

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 (Abs. 4). Er wird diesen mit Bedingungen wie Koordination und Synergienutzung mit dem Notfalldienst des Kantonsspitals verknüpfen. 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).

Artikel 37; Anforderungen an weitere gewerbliche Tätigkeiten

Absatz 2 verbietet es Personen, die einen Beruf der gewerbsmässigen Körper- und Schönheitspflege oder einen Beruf des Gesundheitswesens, der 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 z. B. nicht als medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur tätig ist, sich in seinen Auskündigungen aber als medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur bezeichnet, erweckt gegenüber potenziellen Patienten den Anschein, dass sie bzw. er über die entsprechende Ausbildung verfügt, welche zur Ausübung des bewilligungspflichtigen Berufes der medizinischen Masseurin oder des medizinischen Masseurs befähigt. Derartige Irreführungen sind im Sinne des öffentlichen Gesundheitsschutzes zu unterbinden.

Artikel 39; Voraussetzungen des Bewilligungsentzugs und des Berufsausübungsverbots

Im Sinne einer Vereinheitlichung mit dem Bundesrecht sind die Administrativ- und Disziplinarmaßnahmen auch im kantonalen Recht zu separieren. Artikel 39 wird in diesem Sinne aufgehoben. Der bisherige Regelungsgegenstand wird in neue Bestimmungen überführt bzw. in bestehende Bestimmungen integriert.

Artikel 39a; Disziplinarmaßnahmen

Das GesG sah bisher keine Disziplinarmaßnahmen vor. Verletzungen von Berufspflichten oder anderer gesundheitspolizeilicher Vorschriften wurden daher nicht disziplinarrechtlich durch die Aufsichtsbehörde, sondern gestützt auf die in Artikel 61 verankerten Strafbestimmungen durch die Strafverfolgungsbehörde geahndet. Dieser Umstand ist insbesondere deshalb unbefriedigend, weil dadurch eine Divergenz zwischen der Sanktionierung von Berufspflichtverletzungen oder Verletzungen anderer gesundheitspolizeilicher Vorschriften durch Berufspersonen, die unter die bundesrechtliche Bewilligungspflicht fallen und solchen, die unter die kantonalrechtliche Bewilligungspflicht fallen, entsteht. Nach Artikel 43 MedBG liegt es nämlich in der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde, bei Verletzungen von Berufspflichten Disziplinarmaßnahmen auszusprechen. Praktisch identische Bestimmungen sind auch im PsyG sowie im GesBG enthalten. Hingegen müssten nach geltendem kantonalem Recht Berufspflichtverletzungen, welche beispielsweise durch Dentalhygienikerinnen oder Dentalhygieniker begangen wurden, von den Strafverfolgungsbehörden geahndet werden. Diese Divergenz soll beseitigt werden, indem im GesG neu eine Disziplinarnorm geschaffen wird, welche die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen durch die Aufsichtsbehörde ermöglicht.

Artikel 39a Absatz 1 übernimmt diejenigen Disziplinarmaßnahmen, die auch auf Bundesebene im MedBG, im PsyG sowie im GesBG vorgesehen sind. Demnach ist das Departement befugt, bei der Verletzung von Berufspflichten, von anderen Bestimmungen des GesG oder dessen Ausführungsbestimmungen eine Verwarnung auszusprechen (Bst. a), einen Verweis zu erteilen (Bst. b), eine Busse bis 20 000 Franken auszusprechen (Bst. c) oder die Berufsausübung befristet oder unbefristet zu verbieten (Bst. d und e). Die Disziplinarmaßnahmen sind ihrer Schwere nach geordnet, wobei die Verwarnung die mildeste und das Berufsausübungsverbot die schwerwiegendste Massnahme darstellt. Bei der Wahl der Massnahme sowie bei ihrer Bemessung ist dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung zu tragen. Das bedeutet, dass die Art und Schwere der Sanktion im Hinblick auf den verfolgten Zweck geeignet, erforderlich und zumutbar sein muss. Dabei ist die Wirkung der Sanktion auf die betroffene Person am öffentlichen Interesse an der Einhaltung der verletzten Rechtsnorm zu messen. Die Verhängung eines dauernden Berufsausübungsverbots ist demnach nur zulässig, wenn eine mildere Massnahme ausser Frage steht. So z. B. bei wiederholten schweren Pflichtverletzungen oder wenn ein einzelner Verstoss die öffentlichen Interessen derart massiv verletzt, dass eine weitere Berufsausübung nicht mehr tragbar wäre.

Absatz 2 regelt die Möglichkeiten der Kumulation der Massnahmen. Demnach kann eine Busse zusätzlich zu einem befristeten oder unbefristeten Berufsausübungsverbot angeordnet werden.

Das Departement ist gemäss Absatz 3 befugt, die Berufsausübung während der Dauer eines Disziplinarverfahrens – nötigenfalls – vorsorglich einzuschränken, mit Auflagen zu versehen oder zu verbieten. Die Ergreifung einer solchen vorsorglichen Massnahme ist nur zulässig, wenn triftige Gründe dies rechtfertigen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn klare Verdachtsmomente bestehen, die auf eine schwerwiegende Verfehlung hinweisen.

Disziplinarmaßnahmen können sowohl gegen Berufspersonen, die in eigener fachlicher Verantwortung als auch gegen solche, die unter der fachlichen Verantwortung und Aufsicht eines Berufskollegen tätig sind, ausgesprochen werden.

Artikel 39b; Verbot oder Einschränkung von nicht bewilligungspflichtigen Tätigkeiten

Die Bestimmung autorisiert das Departement in Fällen, in denen durch die Ausübung einer Tätigkeit nach Artikel 37 Absatz 1 eine allgemeine Gesundheitsgefährdung entsteht, die Ausübung dieser Tätigkeit zu verbieten oder einzuschränken.

Artikel 61; Strafbestimmungen

Der bisherige Artikel 61 Absatz 1 enthielt nur zwei konkrete Straftatbestände. Einer davon war Buchstabe b, der festhielt, dass Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber, welche ihre Befugnisse überschreiten oder gegen ihre beruflichen Pflichten verstossen, mit Busse bestraft werden. Diese Bestimmung kann aufgehoben werden, da derartige Verstösse künftig gestützt auf Artikel 39a disziplinarisch durch das Departement geahndet werden (s. Ausführungen zu Art. 39a).

Neben den wenigen konkreten Tatbeständen enthielt Artikel 61 Absatz 1 in Buchstabe c eine Generalklausel, welche allgemein den Verstoß gegen die gesundheitspolizeilichen Vorschriften des GesG oder dessen Ausführungserlasse für strafbar erklärte. Eine solche Generalklausel ist aus Sicht des Legalitätsprinzips («nulla poena sine lege») und insbesondere aus Sicht des Bestimmtheitsgebots als Teilgehalt des Legalitätsprinzips («nulla poena sine lege certa») ungenügend. Das Bestimmtheitsgebot schreibt nämlich vor, dass eine Strafe nur wegen einer Tat verhängt werden darf, die das Gesetz ausdrücklich unter Strafe stellt. Dabei muss das Gesetz so präzise formuliert sein, dass der Bürger sein Verhalten danach richten und die Folgen eines bestimmten Verhaltens mit einem den Umständen entsprechenden Grad an Gewissheit erkennen kann.

Im Sinne der obigen Erwägungen wird Artikel 61 Absatz 1 Buchstabe c nun aufgehoben und durch einen abschliessenden Katalog von Taten, deren Begehung mit Busse bestraft wird, ersetzt. Demnach macht sich strafbar, wer für sich selbst oder den bewilligungspflichtigen Betrieb, den er betreibt, keine Bewilligung einholt oder eine solche aufgrund von unwahren Angaben erwirkt (Bst. a). Auch das Werben für eine bewilligungspflichtige Tätigkeit oder einen bewilligungspflichtigen Betrieb, ohne dass die entsprechende Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung vorliegt, wird gemäss Buchstabe d mit Busse bestraft. Ebenso bestraft wird das Werben für eine bewilligungsfreie Tätigkeit im Sinne von Artikel 37 Absatz 1, sofern diese Bekanntmachung zu Täuschungen Anlass geben könnte (Bst. e). Zuletzt wird auch die Ausübung einer Tätigkeit des Gesundheitswesens unter Missachtung eines Verbots oder einer Einschränkung dieser Tätigkeit unter Strafe gestellt (Bst. f). In Anwendung der allgemeinen Bestimmungen des Schweizerischen Strafgesetzbuches beträgt der höchstzulässige Bussbetrag 10 000 Franken (Art. 1 Gesetz über die Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches im Kanton Glarus, EG StGB). Zudem ist wie bis anhin sowohl Vorsatz wie auch Fahrlässigkeit strafbar (s. Art. 3 EG StGB).

Absatz 2 regelt die subsidiäre Verantwortlichkeit des Betriebs in Fällen, in denen Verfehlungen eines Betriebs keiner natürlichen Person innerhalb des Betriebs zugerechnet werden können. Der Begriff «Betrieb» stützt sich auf Artikel 23 des Gesetzes, der die bewilligungspflichtigen Einrichtungen regelt, und bezieht sich folglich auf die entsprechende juristische Person bzw. Unternehmung. Eine solche Zurechnung dürfte vor allem in Fällen schwierig sein, in denen ein bewilligungspflichtiger Betrieb ohne Bewilligung tätig ist (Abs. 1 Bst. a). In diesem Fall müsste also der Betrieb selbst gebüsst werden.

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

Artikel 63; Rechtsschutz

Absatz 5 hält bereits heute fest, dass gegen Entscheide betreffend Kantonsbeiträge, auf welche das Gesetz oder das Ausführungsrecht keinen Anspruch verankert, die Beschwerde an das Verwaltungsgericht ausgeschlossen ist. Dies gilt auch für die neu geschaffenen Möglichkeiten von Beiträgen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung wie auch Artikel 22b Absatz 5 klar festhält. Da neu aber auch die Gemeinden Beiträge nach dem Gesundheitsgesetz leisten können, soll im Sinne der Einheitlichkeit und Klarheit festgehalten werden, dass eine Beschwerde ans Verwaltungsgericht betreffend Beiträge des Kantons und der Gemeinde, auf welche kein gesetzlicher Anspruch verankert ist, ausgeschlossen ist.

8.2. Vollziehungsgesetz zum Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose

Mit Inkrafttreten des totalrevidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen 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 vom 6. Mai 1934 aufzuheben.

8.3. Inkrafttreten

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.

Wie wiederholt erwähnt, handelt es sich bei den Beiträgen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung um eine Mitfinanzierungsmöglichkeit und keine Mitfinanzierungspflicht. In Zusammenhang mit dem Inkrafttreten wird diesbezüglich nochmals darauf hingewiesen, dass rückwirkende Beiträge beispielsweise an Investitionen, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderungen getätigt wurden, nicht vorgesehen sind und in jedem Fall kein Anspruch darauf besteht.

9. Finanzielle Auswirkungen

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

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

Die Änderung des Gesundheitsgesetzes enthält keine Pflicht für Beiträge der öffentlichen Hand zugunsten der medizinischen Grundversorgung (Kann-Bestimmungen). Es besteht kein Rechtsanspruch, dass ein angehender Hausarzt beim Kanton (oder den Gemeinden) 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 primär für den Kanton haben. So beabsichtigt der Regierungsrat einerseits, das Angebot an Praxisassistentenstellen zu verdoppeln. Die Nachfrage nach solchen 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. Die Organisation des Notfalldienstes soll gemäss einem Antrag der Glarner Ärztesgesellschaft mit einem Beitrag von einem Franken pro Kantonseinwohner unterstützt werden. Die genaue Form ist noch offen, sie muss auf jeden Fall im Rahmen einer Leistungsvereinbarung mit der Glarner Ärztesgesellschaft genauer definiert werden. Sie wird Auflagen und Bedingungen enthalten.

Das Curriculum Hausarztmedizin am Kantonsspital Glarus dürfte im Durchschnitt 20 000 Franken pro Jahr kosten. Orientiert man sich an den Erfahrungswerten des Kantonsspitals Graubünden, so darf mit einer Absolventin bzw. einem Absolventen alle vier Jahre gerechnet werden, wobei alle 16 Jahre eine Glarnerin bzw. ein Glarner darunter sein dürfte. Am Kantonsspital Graubünden wird das Angebot durch eine Person pro Jahr in Anspruch genommen, alle vier 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 Ärztinnen und Ärzte ihr Curriculum lieber selber zusammen.

Die nachfolgende Tabelle informiert über den bezifferbaren zusätzlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Förderung der medizinischen Grundversorgung.

<i>Massnahme</i>	<i>Kosten pro Jahr</i>
Ausbau Projekt Praxisassistenten	90'000 Fr.
Unterstützung Notfalldienst	40'000 Fr.
Curriculum Hausarztmedizin	20'000 Fr.
Weitere Massnahmen (Schätzung)	200'000 Fr.
<i>Total neuer Aufwand</i>	<i>350'000 Fr.</i>
Total aktueller Aufwand	1'211'000 Fr.
Total Gesamtaufwand Kanton für Förderung med. Grundversorgung	1'561'000 Fr.

Die weiteren Ausgaben lassen sich finanziell nicht quantifizieren, hängen sie doch im Wesentlichen davon ab, wie stark der Kanton gezwungen ist, aktiv in den Markt einzugreifen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips wird der Kanton (und bei kommunalen Interessen die Gemeinden) nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder nur ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen. Es wird angenommen, dass sich die Ausgaben im Durchschnitt über die Jahre auf 200 000 Franken belaufen. Die Bevölkerung des Kantons Uri hat im Jahre 2016 einer Änderung des Gesundheitsgesetzes mit einer fast identischen Stossrichtung wie die Glarner Vorlage mit 63 Prozent zugestimmt. Die bisher gemachten Erfahrungen des Kantons Uri deuten darauf hin, dass die Annahme von 200 000 Franken pro Jahr grosszügig 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 besserer ambulanter Betreuung 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 KSGL weniger Fälle behandelt und somit weniger Erträge generiert. 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.

10. Personelle Auswirkungen

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

11. Beratung der Vorlage im Landrat

11.1. Landrätliche Kommission

Die landrätliche Kommission Gesundheit und Soziales unter der Leitung von Landrätin Yvonne Carra, Mollis, nahm sich der Vorlage an. Eintreten auf diese war unbestritten, wenngleich intensiv debattiert wurde. So diskutierte die Kommission den Begriff der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Sie wollte wissen, was diese beinhaltet, weshalb etwa der Pflegebereich ausser Acht gelassen worden sei und weshalb das für die Landsgemeinde 2020 vorgesehene Pflegegesetz nicht gemeinsam mit dem Gesundheitsgesetz behandelt werde. Intensiv diskutiert wurden auch die Zuständigkeiten des Kantons und der Gemeinden betreffend die Förderung der medizinischen Grundversorgung. Die Kommission vertrat die Auffassung, dass deren Sicherstellung Sache des Kantons sein soll. Verteile man die Zuständigkeit auf Kanton und Gemeinden, wie dies in der ursprünglichen regierungsrätlichen Vorlage vorgesehen war, entstünden Abgrenzungsschwierigkeiten. Die Gemeinden sollen deshalb von dieser Verantwortung entlastet bleiben, aber dennoch die Möglichkeit erhalten, Angebote von kommunalem Interesse zu fördern.

Der Kanton könne aber keinen Arzt dazu zwingen, im Kanton tätig zu sein. Er könne lediglich Rahmenbedingungen und Anreize schaffen, damit sich Grundversorger im Kanton Glarus niederlassen.

In der Detailberatung wurden die Trends in der Hausarztmedizin – etwa die zunehmende Popularität von Gruppenpraxen – diskutiert. Auch wurden die Kosten solcher Modelle thematisiert. Ein Mitglied regte zudem an, die pflegenden und betreuenden Angehörigen in die 5-Säulen-Strategie einzubeziehen. Kommission und Departement wollten davon schliesslich aber absehen. Dies soll Gegenstand

des Pflegegesetzes sein. Im Fokus der weiteren Debatte standen die dritte Säule – die Förderung einzelner Grundversorger – sowie die vierte Säule – Schaffung von kollektiven Anreizsystemen. Bezüglich der dritten Säule wurde angemerkt, dass nicht von einem Eingriff des Kantons in die Marktfreiheit die Rede sein könne, wenn in bestimmten Bereichen der medizinischen Grundversorgung eine Unterversorgung besteht. Für die Schaffung von kollektiven Anreizsystemen sei die Höhe des Taxpunktwertes sehr wichtig. Diese sei schweizweit unterschiedlich. In der Ostschweiz liege er bei 83 Rappen. Im Kanton Jura, der bezüglich Kosten und Leistungen mit dem Kanton Glarus vergleichbar sei, betrage er 97 Rappen. Das seien 15 Prozent mehr. Eine Erhöhung des Taxpunktwertes um 1 Rappen würde den Kanton 100 000 bis 150 000 Franken pro Jahr kosten. Um aber den gewünschten Anreiz zu setzen, müsse der Taxpunktwert um mindestens 5 Rappen erhöht werden. Das würde den Kanton 500 000 bis 750 000 Franken kosten. Das Departement Finanzen und Gesundheit informierte diesbezüglich darüber, dass die Ärzteschaft den Tarifvertrag per Ende 2018 gekündigt hat. Derzeit laufe ein Tariffestsetzungsverfahren. Dieses soll abgewartet werden.

Bei der Beratung des Gesetzentwurfs gab vor allem Artikel 5 zu reden. Dieser regelt die Zuständigkeiten. Gemäss Vorschlag des Regierungsrates wären die Gemeinden zuständig für die Förderung einzelner Grundversorger von kommunalem Interesse – etwa Hausärzte. Der Kanton wäre für solche von kantonalem Interesse – also etwa Kinder- und Frauenärzte oder Psychiater – zuständig. Die Kommission beschloss jedoch einstimmig, Artikel 5 so zu formulieren, dass die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung gänzlich in der Verantwortung des Kantons liegt. Diese Änderung führt dann auch zu Anpassungen in weiteren Artikeln. Ebenfalls wurde ein Passus in Artikel 22c gestrichen, weil er doppelt vorkommt. In Artikel 22g betreffend Beitragsart und -höhe wurde die klare Rangordnung der verschiedenen Beitragsformen bestätigt. Diese sollen zuerst zum Tragen kommen – bevor sogenannte A-fonds-perdu-Beiträge gewährt werden. Zu den Bestimmungen zur Berufsausübung wurden in der Kommission viele Fragen gestellt, welche fundiert beantwortet wurden. Die Kommission beantragte dort keine Änderungen.

Die landrätliche Kommission Gesundheit und Soziales beantragte dem Landrat einstimmig, die Änderung des Gesundheitsgesetzes mit den Anpassungen der Kommission der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten.

11.2. Landrat

Im Landrat war Eintreten auf die Vorlage unbestritten. Alle Fraktionssprecher stellten sich hinter die Vorlage und die von der Kommission vorgeschlagenen Änderungen. Auch der Regierungsrat zeigte sich in der Debatte mit den Vorschlägen der Kommission einverstanden.

Der Hausärztemangel sei ein grosses Thema, auch in der Bevölkerung. Die vom Regierungsrat erarbeitete Strategie könne das Problem nicht vollständig lösen. Aber man könne es besser handhaben. Gemäss dem klaren Willen des Landrates soll der Kanton allein für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung zuständig sein; dies soll keine Verbundaufgabe sein. Die Gemeinden sollen jedoch aktiv werden können, wenn ein kommunales Interesse besteht. Der regierungsrätliche Sprecher verdeutlichte, dass, wenn die Gemeinde zum Beispiel einen Arzt in Obstalden möchte, der Kanton abwinken werde, weil es dort noch nie einen Arzt gab und ein solcher nicht in einem gesamtkantonalen Interesse liege. Die Gemeinde wäre somit alleine für die Förderung zuständig. Wesentlich für die Förderung des Kantons sei ein übergeordnetes Interesse, nämlich die Sicherstellung einer adäquaten medizinischen Grundversorgung im Kanton Glarus.

Der Kanton trage die Verantwortung, habe aber nur begrenzte Einflussmöglichkeiten. Er könne die Rahmenbedingungen setzen, um möglichst attraktiv zu sein. Das werde mit den erwähnten fünf Säulen versucht. Der Kanton könne aber die Ärzte nicht dazu zwingen, im Glarnerland tätig zu sein, und auch niemanden anstellen. Andere Kantone würden auch um die Ärzte buhlen. Man könne nur hoffen, dass die Strategie Früchte trägt. Man müsse zudem versuchen, Glarner Ärzte zurückzuholen. Ein Postulat zu diesem Thema werde umgesetzt. Die Talentabwanderung sei möglichst zu verhindern. Ärzte, denen die Ausbildung bezahlt wurde, sollten nicht dort bleiben, wo sie ihr Studium absolviert haben. Hier könne man aber nur Anreize setzen. Auch das Problem der zu tiefen Abgeltung müsse gelöst werden.

In der Detailberatung wurden keine Änderungen an der Vorlage gemäss Vorschlag der landrätlichen Kommission beantragt oder vorgenommen. Auf Nachfrage hin wurde lediglich verdeutlicht, dass es sich bei allfälligen Beiträgen einer Gemeinde an ein Grundversorgungsangebot im kommunalen Interesse zwar um eine gebundene Ausgabe handle, die Budgetkompetenz der Gemeindeversammlung jedoch vorbehalten bleibe.

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde einstimmig, der so bereinigten Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung unverändert zuzustimmen.

12. Antrag

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, nachstehender Gesetzesänderung zuzustimmen:

Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen

(Vom

(Erlassen von der Landsgemeinde am Mai 2019)

I.

GS VIII A/1/1, Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) vom 6. Mai 2007 (Stand 1. Januar 2018), wird wie folgt geändert:

Art. 5 Abs. 1 (*geändert*), Abs. 2 (*neu*)

¹ Die Gemeinden sind zuständig für:

Aufzählung unverändert.

² Sie können in Absprache mit dem Kanton einzelne Grundversorgungsangebote von kommunalem Interesse fördern.

Art. 9 Abs. 2 (*neu*)

² Der Regierungsrat kann Entscheide, die nach Massgabe dieses Gesetzes dem Departement obliegen, durch Verordnung nachgeordneten Verwaltungseinheiten übertragen.

Art. 22a

Aufgehoben.

Titel nach Art. 22a (*neu*)

4.1a Förderung der medizinischen Grundversorgung

Art. 22b (*neu*)

Ziele und Grundsätze

¹ Der Kanton setzt sich für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung ein.

² Er ergreift Massnahmen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken, um strukturellen Versorgungsproblemen zu begegnen und um attraktive Rahmenbedingungen für Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung zu schaffen.

³ Er fördert medizinische Grundversorgungsangebote, die ohne Unterstützung nicht oder nicht ausreichend bereitgestellt werden können.

⁴ Im Rahmen der Förderung der medizinischen Grundversorgung sind die Angebote der ambulanten Leistungserbringer und das Angebot gemäss Leistungsauftrag des Kantonsspitals Glarus aufeinander abzustimmen.

⁵ Ein Rechtsanspruch auf Förderungsmassnahmen besteht nicht.

Art. 22c (*neu*)

Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

¹ Der Kanton fördert die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Berufen der medizinischen Grundversorgung. Er kann hierfür Beiträge gewähren.

Art. 22d (*neu*)

Förderung innovativer Vorhaben

¹ Der Kanton fördert die Entwicklung und Verbreitung von neuen und innovativen Versorgungs-, Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodellen, die zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung beitragen. Er kann hierfür Beiträge gewähren.

² Gefördert werden insbesondere:

- a. überbetriebliche und interdisziplinäre Kooperations- und Gemeinschaftsvorhaben;
- b. Vorhaben mit Wirkung für medizinische Grundversorgungsleistungen, die im Kantonsgebiet nicht ausreichend angeboten werden;
- c. Vorhaben der integrierten Versorgung sowie Netzwerke.

Art. 22e (neu)

Förderung einzelner Grundversorgungsangebote

¹ Der Kanton fördert Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung.

² Die Gemeinden können in Absprache mit dem Kanton Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung von kommunalem Interesse fördern.

³ Kanton und Gemeinden können Anbieterinnen und Anbietern der medizinischen Grundversorgung Beiträge gewähren, wenn:

- a. sie für den gesamten Kanton beziehungsweise die Gemeinde von gesundheitspolitischer und versorgungstechnischer Bedeutung sind;
- b. dadurch bestehende medizinische Grundversorgungsangebote erhalten und optimiert werden können;
- c. dem medizinischen Grundversorgungsangebot eine klare Nachfrage gegenübersteht;
- d. das medizinische Grundversorgungsangebot auf dem überregionalen Markt unterversorgt ist; und
- e. die gesundheitspolizeilichen Bestimmungen eingehalten werden.

Art. 22f (neu)

Kollektive Anreizsysteme

¹ Der Landrat kann kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorgerinnen und Grundversorger schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu gesundheitspolitisch und versorgungstechnisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen.

Art. 22g (neu)

Beitragsart und Beitragshöhe

¹ Beiträge können als Anschub- und Teilfinanzierung, Darlehen, Zinsvergünstigungen, Bürgschaften, Vermittlung oder Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen oder andere geldwerte Leistungen ausgerichtet werden.

² Beiträge zur Förderung einzelner Grundversorgungsangebote können nur dann als Anschub- und Teilfinanzierung ausgerichtet werden, wenn mit den übrigen Beitragsarten gemäss Absatz 1 die Förderziele nicht erreicht werden können.

³ Die Höhe der Beiträge und deren Art richten sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung.

⁴ Über die Gewährung von Beiträgen entscheidet beim Kanton der Regierungsrat und bei den Gemeinden der Gemeinderat.

Art. 22h (neu)

Bedingungen, Auflagen und Kriterien

¹ Unterstützt werden nur Vorhaben, die den Zielen dieses Kapitels förderlich sind.

² Beiträge müssen mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder mit einer Vereinbarung gekoppelt werden. Namentlich können sie von Eigenleistungen oder von Beiträgen Dritter abhängig gemacht und befristet werden.

Art. 23 Abs. 1, Abs. 3a (neu)

¹ Einer Bewilligung des Departements bedarf der Betrieb folgender Einrichtungen:

- c. *(geändert)* Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;

^{3a} Der Betrieb bezeichnet pro Fachbereich eine fachverantwortliche Person, welche über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verfügt. Sie übernimmt die fachliche Verantwortung und Aufsicht für die ihr unterstellten Personen. Die Bestimmungen von Artikel 30a und Artikel 31 gelten sinngemäss.

Art. 24a (neu)**Auskündigung**

¹ Die Verwendung von Bezeichnungen oder Begriffsteilen wie Spital, Klinik und dergleichen ist den bewilligten Einrichtungen vorbehalten.

Art. 25 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (aufgehoben), Abs. 3 (aufgehoben)

¹ Einer Bewilligung des Departements bedarf, wer in eigener fachlicher Verantwortung (Art. 29 Abs. 1):

a. *Aufgehoben.*

a1. *(neu)* Krankheiten, Verletzungen oder sonstige Störungen der psychischen und physischen Gesundheit feststellt, behandelt oder diesen vorbeugt;

² *Aufgehoben.*

³ *Aufgehoben.*

Art. 27 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (geändert), Abs. 2a (neu), Abs. 3 (aufgehoben)**Erteilung, Einschränkung und Entzug der Bewilligung (Sachüberschrift geändert)**

¹ Die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung setzt nebst der Erfüllung der fachlichen Anforderungen voraus, dass die gesuchstellende Person:

a. *Aufgehoben.*

b. *(geändert)* vertrauenswürdig ist;

c. *(geändert)* physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet; und

d. *Aufgehoben.*

² Die Bewilligung kann mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher oder räumlicher Art oder mit Auflagen verbunden werden.

^{2a} Sie wird entzogen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen festgestellt werden, aufgrund derer sie hätte verweigert werden müssen.

³ *Aufgehoben.*

Art. 28

Aufgehoben.

Art. 29 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (aufgehoben)**Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung; Stellvertretung (Sachüberschrift geändert)**

¹ In eigener fachlicher Verantwortung tätig sind Personen, die keiner fachlichen Aufsicht unterstehen.

² *Aufgehoben.*

Art. 30a (neu)**Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht**

¹ Wer über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verfügt, kann die fachliche Verantwortung und Aufsicht für Personen, die in derselben Einrichtung tätig sind und demselben Beruf angehören, übernehmen.

² Der Bewilligungsinhaber hat sicherzustellen, dass die unter Aufsicht tätigen Personen über ihrem Tätigkeitsgebiet entsprechende fachliche Qualifikationen verfügen.

³ Die Übernahme der fachlichen Verantwortung und Aufsicht hat der Bewilligungsinhaber vorgängig gegenüber der zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörde zu bestätigen.

⁴ Der Bewilligungsinhaber ist gegenüber der zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörde über die Personen, für welche er die fachliche Verantwortung und Aufsicht übernommen hat, auskunftspflichtig.

Art. 31 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (neu)**Berufspflichten (Sachüberschrift geändert)**

¹ Bewilligungsinhaber sind verpflichtet:

- a. (geändert) ihren Beruf sorgfältig sowie gewissenhaft auszuüben und sich an die Grenzen der Kompetenzen, die sie im Rahmen ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung erworben haben, zu halten;
- c. (geändert) ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Interesse der Qualitätssicherung durch lebenslange Fortbildung zu vertiefen, zu erweitern und zu verbessern;
- d. (geändert) die Rechte der Patienten zu achten;
- e. *Aufgehoben.*
- f. (neu) nur Werbung zu machen, die objektiv ist, dem öffentlichen Bedürfnis entspricht und weder irreführend noch aufdringlich ist;
- g. (neu) über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu verfügen, es sei denn, die Ausübung ihrer Tätigkeit unterliegt dem Staatshaftungsrecht;
- h. (neu) bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausschliesslich die Interessen der Patienten zu wahren und unabhängig von finanziellen Vorteilen zu handeln.

² Die Pflichten nach Absatz 1 gelten sinngemäss auch für Personen, die unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht eines Bewilligungsinhabers tätig sind. Der Bewilligungsinhaber ist verpflichtet, für die Einhaltung dieser Pflichten durch die unter seiner fachlichen Verantwortung und Aufsicht tätigen Personen zu sorgen.

Art. 31a

Aufgehoben.

Art. 34 Abs. 1 (geändert)

¹ Die im Kanton tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sind zum Notfalldienst verpflichtet. Ausgenommen davon sind Ärztinnen und Ärzte, die in einer Einrichtung gemäss Artikel 23 Absatz 1 Buchstabe a tätig sind.

Art. 34b Abs. 2 (geändert), Abs. 4 (neu)

² Sie entscheidet über die Befreiung von der Notfalldienstpflicht. Sie regelt die Einzelheiten.

⁴ Der Kanton kann einen Beitrag an die mit der Organisation des Notfalldienstes verbundenen Kosten leisten.

Art. 37 Abs. 2 (neu)

² Personen, die einen Beruf der gewerbsmässigen Körper- und Schönheitspflege oder einen nicht bewilligungspflichtigen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, dürfen keine irreführenden oder unwahren Auskündigungen machen. Insbesondere dürfen sie keine Titel oder Berufsbezeichnungen verwenden, die zu Täuschung über ihre Ausbildung oder ihre Kompetenzen Anlass geben können.

Titel nach Art. 37 (geändert)**5.3. Erlöschen der Bewilligung, Disziplarmassnahmen und Tätigkeitsverbot****Art. 39**

Aufgehoben.

Art. 39a (neu)**Disziplarmassnahmen**

¹ Bei Verletzung der Berufspflichten, der Vorschriften dieses Gesetzes oder der Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz kann das Departement:

- a. eine Verwarnung aussprechen;
- b. einen Verweis erteilen;

- c. eine Busse bis 20 000 Franken aussprechen;
- d. die Berufsausübung für längstens sechs Jahre befristet verbieten;
oder
- e. die Berufsausübung definitiv verbieten.

² Eine Busse kann zusätzlich zu einem Berufsausübungsverbot angeordnet werden.

³ Nötigenfalls kann das Departement die Berufsausübung während des Disziplinarverfahrens einschränken, mit Auflagen versehen oder verbieten.

Art. 39b (neu)

Verbot oder Einschränkung von nicht bewilligungspflichtigen Tätigkeiten

¹ Sofern durch die Ausübung von Tätigkeiten nach Artikel 37 Absatz 1 eine allgemeine Gesundheitsgefährdung entsteht, kann das Departement die Ausübung der entsprechenden Tätigkeit verbieten oder einschränken.

Titel nach Art. 60 (geändert)

9. Schlussbestimmungen

Art. 61 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (neu), Abs. 3 (neu)

Strafbestimmungen (Sachüberschrift geändert)

¹ Mit Busse wird bestraft, wer:

- a. (*geändert*) eine nach diesem Gesetz bewilligungspflichtige Tätigkeit oder einen bewilligungspflichtigen Betrieb ohne Bewilligung oder aufgrund einer durch unwahre Angaben erwirkten Bewilligung ausübt beziehungsweise betreibt;
- b. *Aufgehoben.*
- c. *Aufgehoben.*
- d. (*neu*) für eine nach diesem Gesetz bewilligungspflichtige Tätigkeit oder einen bewilligungspflichtigen Betrieb wirbt, ohne dass die entsprechende Berufsausübungs- beziehungsweise Betriebsbewilligung vorliegt;
- e. (*neu*) eine nicht bewilligungspflichtige Tätigkeit nach Artikel 37 Absatz 1 in einer Weise bekannt macht, die zu Täuschungen Anlass geben könnte;
- f. (*neu*) eine Tätigkeit des Gesundheitswesens unter Missachtung eines Verbots oder einer Einschränkung ausübt.

² In Fällen, in denen Verfehlungen eines Betriebs keiner natürlichen Person innerhalb des Betriebs zugerechnet werden können, ist subsidiär der Betrieb strafbar.

³ Versuch und Gehilfenschaft sind strafbar.

Art. 63 Abs. 5 (geändert)

⁵ Gegen Entscheide betreffend Beiträge, auf welche das Gesetz oder das Ausführungsrecht keinen Anspruch verankert, ist die Beschwerde an das Verwaltungsgericht ausgeschlossen.

II.

Keine anderen Erlasse geändert.

III.

GS VIII A/62/1, Vollziehungsgesetz zum Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose vom 6. Mai 1934, wird aufgehoben.

IV.

Sämtliche Änderungen mit Ausnahme der Artikel 23, 24a, 25, 27, 29, 30a, 31, 34, 37, 39a, 39b, 61 und die Aufhebung der Artikel 28, 31a, 39 treten am 1. Juli 2019 in Kraft. Das Datum des Inkrafttretens der Artikel 23, 24a, 25, 27, 29, 30a, 31, 34, 37, 39a, 39b, 61 und der Aufhebung der Artikel 28, 31a, 39 bestimmt der Regierungsrat.