Pflege- und Betreuungsverordnung
(PBV)

Vom 29. November 2022 (Stand 1. Januar 2024)

Der Regierungsrat,

gestützt auf das Pflege- und Betreuungsgesetz (PBG)[1)] und die Artikel 23, 24, 24a und 25 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)[2)],

erlässt:

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 *Gegenstand*

[1] Diese Verordnung regelt den Vollzug:
a. des Pflege- und Betreuungsgesetzes;
b. der Pflegefinanzierung gemäss den Artikeln 22–24a EG KVG.

Art. 2 *Geltungsbereich*

[1] Diese Verordnung gilt für Einrichtungen, die Pflegeleistungen anbieten und dem PBG unterstehen.
[2] Sie gilt zudem für:
a. Pflegefachpersonen mit einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Bezug auf die Restfinanzierung (Art. 31);
b. Bezugspersonen von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen (Art. 35–37).
[3] Die Bestimmungen zur Versorgung (Ziff. 3) gelten mit Ausnahme des Artikels 31 nur für Einrichtungen mit einer Leistungsvereinbarung gemäss Artikel 11 PBG.

Art. 3 *Zuständiges Departement*

[1] Zuständiges Departement ist das Departement Volkswirtschaft und Inneres (Departement).
[2] Es ist für die Erteilung der Betriebsbewilligungen und die Aufsicht über die bewilligungspflichtigen Einrichtungen zuständig. Im Übrigen übt es die Aufgaben nach dieser Verordnung und die unmittelbare Aufsicht über den Vollzug aus.

---
1) GS VIII A/1/5
2) GS VIII D/21/1

Art. 4 *Fachstelle Pflege und Betreuung*

[1] Die Fachstelle Pflege und Betreuung (Fachstelle) vollzieht das PBG und diese Verordnung, soweit diese nichts anderes bestimmen.

Art. 5 *Kommission Pflege und Betreuung*

[1] Die Kommission «Pflege und Betreuung» (Kommission) berät den Regierungsrat bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege- und Betreuungsversorgung.
[2] Die Leitung der Kommission obliegt der Departementsvorsteherin oder dem Departementsvorsteher des Departements. Im Übrigen setzt sie sich aus Vertretern folgender Organisationen bzw. deren Verbände zusammen:
a. des Departements;
b. des Departements Finanzen und Gesundheit;
c. der Gemeinden;
d. der ambulanten Leistungserbringer;
e. der stationären Leistungserbringer;
f. der Ärzteschaft;
g. des Kantonsspitals Glarus;
h. der Informations- und Beratungsstelle gemäss Artikel 34.
[3] Das Departement entscheidet nach Anhörung der betroffenen Organisationen über die konkrete Zusammensetzung. Es kann bei Bedarf weitere Fachpersonen beiziehen.
[4] Die Kommission:
a. erstellt und überprüft die Versorgungsplanung gemäss Artikel 9 PBG;
b. überprüft das notwendige Angebot, dessen Erreichbarkeit und die Qualität der Leistungserbringung gemäss Artikel 10 PBG;
c. überprüft die Versorgungssituation in der Pflege und Betreuung und schlägt Massnahmen zu deren Verbesserung vor;
d. nimmt die Berichterstattung zur Zusammenarbeit gemäss Artikel 25 Absatz 4 ab.

2. Bewilligung und Aufsicht

Art. 6 *Erteilung der Bewilligung und Zulassung*

[1] Die Betriebsbewilligung wird erteilt, sofern die Bewilligungsvoraussetzungen gemäss Artikel 6 PBG und die in Artikel 7–14 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.
[2] Die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird erteilt, sofern die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dem eidgenössischen Krankenversicherungsrecht und die in Artikel 7–14 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind. Vorbehalten bleibt die Aufnahme auf die Pflegeheimliste bei Pflegeheimen.

[3] Das Departement kann in begründeten Fällen, insbesondere bei kleinen oder spezialisierten Einrichtungen, Ausnahmen oder Erleichterungen zu den Voraussetzungen gemäss dieser Verordnung gewähren.
[4] Gesuche werden beurteilt, wenn alle erforderlichen Angaben und Unterlagen vorliegen.
[5] Das Departement ist berechtigt, weitere Unterlagen einzufordern, eine Inspektion durchzuführen oder externe Fachexpertinnen und Fachexperten beizuziehen.
[6] Der Betrieb darf erst aufgenommen werden, wenn die Bewilligung vorliegt.

Art. 7 *Gesuchsunterlagen*

[1] Das Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung und einer Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung muss enthalten:

a. Angaben über die Rechtsform der Organisation sowie gegebenenfalls Statuten;
b. Angaben über die Organisations- und Führungsstruktur;
c. Angaben über die Art und Umfang der angebotenen Leistungen;
d. Pflege- und Betreuungskonzept;
e. Personalien und aktueller Strafregisterauszug der für die Leitung der Einrichtung verantwortlichen Person;
f. Personalien, Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und Strafregisterauszug der für die Pflege verantwortlichen Fachperson sowie deren Stellvertretung;
g. Stellenplan inklusive Angaben zu Stellenprozenten und Qualifikationen des Personals;
h. Nachweis der Qualitätssicherung;
i. Hygienekonzept;
j. Angaben zur ärztlichen Betreuung;
k. Angaben zur pharmazeutischen Versorgung (bei ambulanten Einrichtungen nur sofern eine Hausapotheke geführt wird);
l. Nachweis des Anschlusses an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG)[3)];
m. Notfallkonzept (bei stationären und intermediären Einrichtungen);
n. Nachweis der Vorbereitungen für besondere und ausserordentliche Lagen;
o. Bestätigung über den Anschluss an eine Ombudsstelle;
p. Nachweis der Haftpflichtversicherung.

3) SR 816.1

Art. 8 *Pflegepersonal*

[1] Die Einrichtungen gewährleisten eine angemessene Pflege und Betreuung, indem sie:

a. die Bedürfnisse und Gewohnheiten der gepflegten und betreuten Personen berücksichtigen;

b. die gepflegten und betreuten Personen in der Pflege und Betreuung ressourcenorientiert unterstützen und Zuwendung erfahren lassen;

c. das Recht auf Gemeinsamkeit und Teilhabe gewährleisten;

d. die wahrgenommene Qualität sowohl aus Sicht der gepflegten und betreuten Personen als auch der Bezugspersonen anerkennen; und

e. mit den Bezugspersonen strukturierte Gespräche führen.

[2] Der Stellenplan und die Einsatzplanung für das Pflegepersonal sind in Bezug auf die Stellenprozente und die beruflichen Qualifikationen auf das Leistungsangebot der Einrichtung abgestimmt.

[3] Das Departement erlässt entsprechende Mindestvoraussetzungen (Richtstellenplan). In begründeten Fällen kann es Abweichungen davon bewilligen.

Art. 9 *Infrastruktur*

[1] Bei stationären und intermediären Einrichtungen sind die für Benutzung durch die Leistungsbezügerinnen und die Leistungsbezüger vorgesehenen Bereiche (inkl. dem Zugang zum Gebäude und zum Aussenbereich) alters- und behindertengerecht ausgestattet.

[2] Geschützte bzw. geschlossene Abteilungen oder Einrichtungen verfügen über einen für die betroffenen Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger frei zugänglichen geschützten Aussenbereich.

[3] Die Einrichtungen orientieren sich bei Um- und Neubauten an den Vorgaben der Schweizerischen Fachstelle für behindertengerechtes Bauen.

Art. 10 *Ärztliche Betreuung*

[1] Jede Einrichtung bezeichnet eine beratende Ärztin bzw. einen beratenden Arzt. Die Ärztin bzw. der Arzt verfügt über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Glarus.

[2] Mit der beratenden Ärztin bzw. dem beratenden Arzt ist durch schriftliche Vereinbarung sicherzustellen, dass sie bzw. er bei medizinischen Fragen, welche die ganze Einrichtung betreffen, zur Verfügung steht und dass sie bzw. er das Personal bei spezifischen medizinischen Fragen berät.

[3] Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger können ihre Ärztin bzw. ihren Arzt frei wählen.

Art. 11 *Pharmazeutische Versorgung*

[1] Die pharmazeutische Versorgung entspricht dem Leistungsangebot der Einrichtung und den Bestimmungen des Heilmittelrechts.

Art. 12 *Qualitätssicherung*

[1] Die Einrichtungen halten sich an die Regeln zur Qualitätsentwicklung gemäss Artikel 58a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)[4]. Sie erfüllen die Qualitätsanforderungen gemäss Artikel 58d bzw. 58g der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)[5].
[2] Die Einrichtungen führen zum Schutz der Patientendaten ein Informationssicherheits-Managementsystem.
[3] Sie stellen sicher, dass mit Reklamationen und Verbesserungsvorschlägen von Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern sowie deren Bezugspersonen sachgerecht umgegangen wird.
[4] Das Departement kann Vorgaben für Qualitätskontrollen festlegen.

Art. 13 *Elektronisches Patientendossier*

[1] Die Einrichtungen sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG angeschlossen.

Art. 14 *Vorbereitungen für besondere und ausserordentliche Lagen*

[1] Die Einrichtungen treffen betriebliche Vorbereitungen für besondere und ausserordentliche Lagen, insbesondere im Hinblick auf eine Pandemie und Energie-Mangellagen. Sie berücksichtigen dabei die übergeordneten Vorgaben von Bund und Kanton.
[2] Sie sind verpflichtet, die für eine Dauer von drei Monaten im Regelbetrieb benötigten Bestände an Schutzmaterialien zu halten.

Art. 15 *Meldepflicht*

[1] Änderungen von bewilligungs- oder zulassungsrelevanten Tatbeständen sind der Fachstelle unverzüglich und unaufgefordert schriftlich unter Beilage der erforderlichen Unterlagen zu melden.
[2] Als bewilligungs- oder zulassungsrelevante Tatbestände gelten insbesondere die in Artikel 7 genannten Angaben.
[3] Das Departement nimmt aufgrund der gemeldeten Änderung eine Neubeurteilung der Bewilligung oder Zulassung vor oder passt diese, soweit erforderlich, an.

---

[4] SR 832.10
[5] SR 832.102

Art. 16 *Aufsicht*

[1] Die Fachstelle besucht mindestens alle vier Jahre die bewilligten Einrichtungen. Sie prüft, ob die Bewilligungsvoraussetzungen eingehalten und das Wohlergehen der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger gewährleistet sind.
[2] Der Fachstelle ist jederzeit Einsicht in die für die Wahrnehmung der Aufsicht erforderlichen Akten zu geben.

3. Versorgung

3.1. Angebot

Art. 17 *Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege*

[1] Das Angebot an Pflegeleistungen umfasst:
a. die Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)[6)];
b. die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 7 Absätze 2 und 3 KLV.
[2] Die Pflegeheime, welche gestützt auf Artikel 39 Absatz 3 KVG, Artikel 9 PBG und Artikel 25 EG KVG zur Abrechnung von Pflegeleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, sind im Anhang (Pflegeheimliste) aufgeführt.

Art. 18 *Betreuungsleistungen*

[1] Das Angebot an Betreuungsleistungen umfasst Leistungen in den folgenden Bereichen:
a. Selbstsorge;
b. soziale Teilhabe;
c. Alltagsgestaltung;
d. Beratung und (Alltags-)Koordination.
[2] In Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstätten umfasst die Alltagsgestaltung gemäss Absatz 1 Buchstabe c insbesondere folgende Leistungen:
a. Organisation kultureller und gesellschaftlicher Anlässe, die allen Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern offenstehen;
b. Förderung von sozialen Kontakten und Aktivierung.

6) SR 832.112.31

Art. 19 *Hauswirtschaftliche Leistungen zu Hause und im betreuten Wohnen*

[1] Das Angebot an hauswirtschaftlichen Leistungen zu Hause und im betreuten Wohnen umfasst:

a. Unterstützung beim Einkaufen;
b. Zubereitung von Mahlzeiten;
c. Reinigung der Wohnung;
d. Besorgung der Wäsche.

Art. 20 *Mahlzeitendienst*

[1] Der Mahlzeitendienst umfasst die Lieferung mindestens einer warmen oder erwärmbaren Mahlzeit pro Tag nach Hause.

Art. 21 *Unterkunft und Verpflegung in Pflegeheimen und in Tages- und Nachtstätten*

[1] Das Angebot an Unterkunft und Verpflegung bei stationärem Aufenthalt umfasst insbesondere:

a. im Bereich Unterkunft:
  1. Benutzung eines Ein- oder Zweibettzimmers samt Pflegebett, Ablage- und Staumöglichkeiten sowie sanitären Einrichtungen;
  2. tägliches Betten, Zimmer aufräumen und Grobreinigung der Nasszelle sowie wöchentliche Zimmer- und Nasszellenreinigung;
  3. Besorgung der Bett- und Frotteewäsche und der persönlichen Wäsche.
b. im Bereich Verpflegung:
  1. täglich drei bedarfsgerechte Mahlzeiten, davon mindestens eine warm;
  2. genügend warme und kalte Getränke während und zwischen den Mahlzeiten.

[2] Absatz 1 gilt für Tages- und Nachtstätten sinngemäss.

Art. 22 *Anspruchsberechtigung*

[1] Leistungen gemäss den Artikeln 17–21 können beanspruchen:

a. körperlich oder psychisch kranke, behinderte, verunfallte, rekonvaleszente oder sterbende Personen jeden Alters;
b. Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes;
c. Personen, die sich in einer vorübergehenden physischen oder psychischen Notlage befinden.

[2] Die Leistungen erfolgen nach Massgabe einer vom Leistungserbringer schriftlich festgehaltenen Bedarfsabklärung. Sie werden nur erbracht, soweit die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger selbst oder ihr soziales Umfeld sie nicht erbringen können (Subsidiaritätsprinzip).

Art. 23 *Verfügbarkeit*

[1] Die Leistungserbringer stellen sicher, dass:

a. neue Einsätze bzw. Eintritte innerhalb von 24 Stunden nach der Anmeldung im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten ausgeführt werden können;

b. sie von Montag bis Freitag (ohne Feiertage) von 8.00 bis 12.00 Uhr und von 14.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar sind;

c. für Notfälle ein Bereitschaftsdienst im Bereich der Pflege von Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern an allen Tagen der Woche rund um die Uhr besteht. Die Leistungserbringer können den Bereitschaftsdienst gemeinsam anbieten.

[2] Ambulante Leistungserbringer bieten ihr Angebot an allen Tagen der Woche zwischen 7.00 und 22.00 Uhr an.

[3] Tages- und Nachtstätten bieten ihr Angebot von Montag bis Freitag mindestens von 08.00 bis 18.00 Uhr beziehungsweise von 18.00 bis 8.00 Uhr an.

[4] Pflegeheime bieten ihr Angebot an allen Tagen der Woche rund um die Uhr an.

Art. 24 *Umgang mit Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern*

[1] Die Leistungserbringer:

a. beachten die Rechtsstellung der Patienten (Art. 40–52 Gesundheitsgesetz[7)]);

b. schützen die Persönlichkeit und die Privatsphäre der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger;

c. tragen dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Gleichbehandlungsgebot sowie dem Informations- und Sicherheitsbedürfnis der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger gebührend Rechnung.

[2] Tritt eine Person in ein Pflegeheim ein, bespricht der Leistungserbringer mit ihr das Thema der Patientenverfügung. Auf Wunsch der eintretenden Person nehmen Bezugspersonen an der Besprechung teil. Das Ergebnis der Besprechung wird dokumentiert und zu den Akten genommen.

[3] Die Leistungserbringer informieren die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger über wichtige Änderungen der Versorgung und deren Finanzierung.

[7)] GS VIII A/1/1

Art. 25 *Zusammenarbeit*

[1] Die Leistungserbringer bzw. deren Verbände regeln Grundsätze zur Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie weiteren relevanten Partnerorganisationen.
[2] Die Regelungen beinhalten insbesondere:
a. die Schnittstellen und Prozesse zwischen den Leistungserbringern;
b. die Anwendung von digitalen Hilfsmitteln;
c. die Vernetzung der Leistungserbringer.
[3] Können sich die Leistungserbringer bzw. deren Verbände nicht auf eine Vereinbarung einigen, legt das Departement die Regeln der Zusammenarbeit fest.
[4] Die Leistungserbringer bzw. deren Verbände erstatten der Kommission jährlich Bericht über die Zusammenarbeit und über die Umsetzung der Vereinbarung.

Art. 26 *Befreiung von der Versorgungspflicht*

[1] Ein Leistungserbringer kann von der Fachstelle von der Versorgungspflicht befreit werden:
a. bei aufwendigen Therapien, welche den Einsatz von ständig zu überwachenden medizinischen Geräten erfordern;
b. wenn die Pflege und Betreuung aus fachlichen, menschlichen oder wirtschaftlichen Gründen nicht mehr verantwortbar ist.
[2] Er trifft in diesen Fällen geeignete Massnahmen oder hilft bei der Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer.
[3] In dringenden Fällen kann der Leistungserbringer seine Leistungen unmittelbar einstellen. Er informiert umgehend die Fachstelle.

Art. 27 *Nichteinhaltung der Leistungsvereinbarung*

[1] Kann ein Leistungserbringer die in der Leistungsvereinbarung geregelten Leistungen nicht mehr wie vereinbart erbringen, informiert er umgehend das Departement.
[2] Das Departement trifft zusammen mit dem Leistungserbringer geeignete Massnahmen, damit die Leistungsvereinbarung möglichst rasch wieder eingehalten werden kann.
[3] Soweit die Nichteinhaltung der Leistungsvereinbarung durch eigenes Verhalten des Leistungserbringers verursacht und nicht auf äussere Umstände zurückgeführt werden kann, bleiben Sanktionen gemäss Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe d PBG vorbehalten.

3.2. Finanzierung

Art. 28 *Bedarfsabklärung*

[1] Das Departement kann die Anwendung von bestimmten Bedarfsabklärungsinstrumenten vorschreiben.
[2] Es hört die betroffenen Leistungserbringer vorher an.

Art. 29 *Tarifgestaltung*

[1] Die in der Leistungsvereinbarung zu regelnden Tarife gemäss Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe b und Artikel 11 Absatz 5 PBG dürfen höchstens:
a. die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung; und
b. die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
[2] Absatz 1 Buchstabe a ist erfüllt, wenn eine Kosten- und Leistungsrechnung gemäss Artikel 38 vorhanden ist.
[3] Absatz 1 Buchstabe b ist erfüllt, wenn der Tarif für die jeweilige Leistung nicht mehr als fünf Prozent über dem nach Leistungseinheiten gewichteten Mittelwert der Kosten aller Leistungserbringer mit Versorgungspflicht liegt.

Art. 30 *Massgebende Kosten*

[1] Für die Tarifherleitung des laufenden Jahres sind in der Regel die Kosten des vorletzten Jahres massgebend.
[2] Seit dem vorletzten Jahr eingetretene, wesentliche, erforderliche sowie bestimmbare Veränderungen der Lohn- und Sachkosten sind zu berücksichtigen.
[3] Das Departement kann Richtwerte für die zu berücksichtigenden Kostenentwicklungen festlegen, insbesondere im Bereich der Lohnentwicklung.

Art. 31 *Restfinanzierung*

[1] Die Restfinanzierungsbeiträge gemäss Artikel 23 EG KVG leiten sich aus Artikel 29 und 30 her.
[2] Sie sind wie folgt abzustufen:
a. bei der ambulanten Krankenpflege nach der Art der Leistung gemäss Artikel 7 Absatz 2 KLV;
b. bei der Krankenpflege im Pflegeheim linear nach den Pflegebedarfsstufen gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV.
[3] Bei Leistungserbringern ohne Versorgungspflicht entsprechen die Restfinanzierungsbeiträge 80 Prozent der Kosten des gemäss Artikel 29 Absatz 3 gewichteten Mittelwerts der Leistungserbringer mit Versorgungspflicht. *
[4] … *
[5] Das Departement legt für spezialisierte Pflegeleistungen Zuschläge gemäss Artikel 23 Absatz 1a EG KVG fest. Es definiert die Voraussetzungen für die Zuschläge und deren Höhe.

Art. 32 *Mitfinanzierung ambulanter Leistungen*

[1] Der Kanton übernimmt 50 Prozent der Kosten von Leistungserbringern mit einer Leistungsvereinbarung gemäss Artikel 11 PBG für ambulant erbrachte Betreuungsleistungen (Art. 18) und hauswirtschaftliche Leistungen (Art. 19) bis zu einem Umfang von maximal 15 Stunden pro Woche, sofern die Voraussetzungen gemäss den Artikeln 22–25 erfüllt sind.

Art. 33 *Rechnungen*

[1] Die Leistungserbringer stellen den Leistungsbezügerinnen bzw. den Leistungsbezügern und dem Kanton eine detaillierte und verständliche Rechnung zu. Diese hat alle Angaben zu enthalten, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung der Leistung überprüfen zu können.
[2] Sie weisen auf ihren Rechnungen die Leistungen gemäss Artikel 10 Absatz 2 PBG getrennt aus.
[3] Sie gliedern die Kosten der Pflegeleistungen wie folgt:
a. Beitrag des Krankenversicherers;
b. Beitrag der Leistungsbezügerin bzw. des Leistungsbezügers;
c. Beitrag des Kantons.
[4] Sie schlüsseln die Kosten der Pflegeleistungen bei der ambulanten Krankenpflege zusätzlich nach der Art der Leistung gemäss Artikel 7 Absatz 2 KLV auf, bei der Krankenpflege im Pflegeheim nach dem Pflegebedarf gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV.
[5] Die Leistungserbringer stellen den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern die von den Versicherern nicht gedeckten Pflegekosten in Rechnung, maximal aber 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.
[6] Sie gliedern die Kosten der ambulant erbrachten Leistungen gemäss Artikel 10 Absatz 2 Buchstaben c und d PBG wie folgt:
a. Beitrag der Leistungsbezügerin bzw. des Leistungsbezügers;
b. Beitrag des Kantons.
[7] Die Fachstelle definiert die Anforderungen an die Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton für die Restfinanzierung (Art. 31) und die Mitfinanzierung ambulanter Leistungen (Art. 32).

3.3. Information und Beratung

Art. 34 *Informations- und Beratungsstelle*

[1] Das Departement Finanzen und Gesundheit betreibt unter dem Namen «Koordination Gesundheit (KOGE)» die Informations- und Beratungsstelle gemäss Artikel 14 PBG.

[2] Die Informations- und Beratungsstelle kann im Rahmen des bewilligten Budgets Massnahmen, die ein aktives und selbstbestimmtes Leben von pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen zu Hause ermöglichen, mit finanziellen Beiträgen bis 3000 Franken pro Fall und Jahr unterstützen, sofern:

a. die pflege- oder betreuungsbedürftige Person ihren Wohnsitz im Kanton Glarus hat;

b. die Person glaubhaft macht, dass sie die Massnahme nicht selber finanzieren kann und auch Beiträge Dritter nicht bzw. nur mit einem unverhältnismässigen Aufwand erhältlich sind;

c. die Massnahme mit einem Beratungsgespräch verbunden ist; und

d. die Massnahme geeignet ist, pflegende- oder betreuende Bezugspersonen zu entlasten oder einen Heimeintritt zu verzögern oder ganz zu vermeiden.

[3] Über Beiträge an Massnahmen gemäss Absatz 2 von mehr als 3000 Franken entscheidet das Departement Finanzen und Gesundheit.

4. Förderung der Selbsthilfe und Unterstützung von Bezugspersonen

Art. 35 *Beiträge an Kurse in der Grundpflege und Betreuung für Bezugspersonen*

[1] Der Kanton übernimmt 50 Prozent der Kosten an anerkannte Kurse in der Grundpflege und Betreuung für Bezugspersonen.

[2] Der Kantonsbeitrag setzt voraus, dass:

a. die pflege- oder betreuungsbedürftige Person ihren Wohnsitz im Kanton Glarus hat und nicht in einem Pflegeheim wohnt;

b. die pflege- oder betreuungsbedürftige Person die Pflege oder Betreuung durch die Bezugsperson schriftlich bestätigt.

[3] Anerkannte Kurse in der Grundpflege und Betreuung für Bezugspersonen sind:

a. Lehrgang Pflegehelfende SRK;

b. Lehrgang Palliative Care SRK;

c. Lehrgang Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz SRK;

d. Lehrgang Betreuung SRK;

e. Pflegen zu Hause SRK;

f. Grundkurs Demenz für Angehörige SRK;

g. weitere durch das Departement anerkannte Kurse.

[4] Der Kantonsbeitrag wird an die gesuchstellende Person ausbezahlt, sofern diese die Voraussetzungen gemäss Absatz 2 nachweist und eine Anmeldebestätigung eines anerkannten Kurses vorlegt.

[5] Nach Abschluss des Kurses ist der Fachstelle eine Bestätigung über die erfolgreiche Absolvierung einzureichen. Der Kantonsbeitrag ist vollumfänglich zu erstatten, falls der Kurs nicht oder nicht vollständig absolviert wurde.

Art. 36 *Beiträge für pflegende und betreuende Bezugspersonen*

[1] Der Kanton richtet an pflegende und betreuende Bezugspersonen einen Beitrag von 500 Franken monatlich als Anerkennung aus.
[2] Der Kantonsbeitrag setzt voraus, dass:

a. die pflege- oder betreuungsbedürftige Person ihren Wohnsitz im Kanton Glarus hat und nicht in einem Pflegeheim wohnt;
b. die für die Pflege und Betreuung aufgewendete Zeit der Bezugsperson durchschnittlich mindestens eine Stunde pro Tag über einen Zeitraum von mehr als zwei Monaten beträgt und auf einer ärztlichen Anordnung beruht;
c. die Bezugsperson den Kurs Pflegen zu Hause SRK absolviert hat oder eine hohe pflegerische Praxiskompetenz nachweist.

Art. 37 *Beitragsgewährung*

[1] Beiträge gemäss Artikel 35 und 36 sind durch die Bezugspersonen bei der Fachstelle mit dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen.
[2] Die Fachstelle befindet über die Beitragsgewährung mit anfechtbarer Verfügung.
[3] Die Beiträge gemäss Artikel 36 werden frühestens ab dem Monat des Antragseingangs für längstens zwölf Monate gewährt. Für eine Fortführung ist ein erneuter Antrag zu stellen.
[4] Die Bezugspersonen sind verpflichtet, sämtliche Änderungen der Beitragsvoraussetzungen der Fachstelle zu melden. Allfällige zu Unrecht ausbezahlte Beiträge sind dem Kanton zurückzuerstatten.

5. Weitere Bestimmungen

Art. 38 *Kosten- und Leistungsrechnung*

[1] Für Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) und Pflegefachpersonen, die ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, ist das Handbuch zum Rechnungswesen für Spitex-Organisationen (Finanzmanual, Version 2020) von Spitex Schweiz für die Kosten- und Leistungsrechnung verbindlich.
[2] Für Pflegeheime sowie Tages- und Nachtstätten sind verbindlich:

a. Artikel 9, 10 Absätze 3-5, 10a und 11 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)[8)];

[8)] SR 832.104

b. Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime (Version 2019) von Curaviva Schweiz;
c. Handbuch Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime (Version 2019) von Curaviva Schweiz.

[3] Die Leistungserbringer weisen spezialisierte Pflegeleistungen separat aus.

[4] Das Departement kann:

a. ergänzende Ausführungsbestimmungen zur Gewährleistung einer einheitlichen Kosten- und Leistungsrechnung erlassen;
b. für spezialisierte Leistungserbringer andere Vorgaben für die Kosten- und Leistungsrechnung anerkennen oder eigene Vorgaben erlassen.

Art. 39 *Datenerhebung*

[1] Die Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung sind verpflichtet, der Fachstelle jährlich bis Ende April des Folgejahres folgende Unterlagen einzureichen:

a. die Jahresrechnung, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung, Anhang und Revisionsbericht;
b. den Jahresbericht;
c. die Kosten- und Leistungsrechnung gemäss Artikel 38.

Art. 40 *Datenbearbeitung*

[1] Die Software der Fachstelle darf zum Zweck der Überprüfung der Rechnungen gemäss Artikel 31–33 und der Beiträge gemäss Artikel 35–37 mittels automatischem Abgleichverfahren mit der kantonalen Datenplattform der Einwohnerregister verknüpft werden.

[2] Der automatisierte Zugriff und Abgleich betrifft die Personendaten der Merkmalsgruppen 1–4 und 6 gemäss Anhang 1 der Verordnung zum Betrieb einer kantonalen Datenplattform gemäss dem Einführungsgesetz zum Registerharmonisierungsgesetz[9)].

Art. 41 *Haftung*

[1] Die Geltendmachung von Haftungsbegehren im Sinne von Artikel 11 Absatz 1 des Staatshaftungsgesetzes[10)] gegen öffentlich beauftragte Organisationen des Privatrechts erfolgt bei dessen leitendem Organ.

[2] Das leitende Organ entscheidet binnen sechs Monaten durch Verfügung über die Begehren der geschädigten Person. Diese Frist kann im Einverständnis mit der geschädigten Person verlängert werden.

[3] Die geschädigte Person kann innert 30 Tagen beim Departement Beschwerde führen, namentlich wenn das leitende Organ seinen Anspruch ganz oder teilweise bestritten oder nicht innert Frist entschieden hat.

9) GS I C/21/3
10) GS II F/2

Art. 42 *Gebühren*

[1] Es werden folgende Gebühren erhoben:

a.	für die erstmalige Betriebsbewilligung:	1000 Fr.;
b.	für die Erneuerung der Betriebsbewilligung:	300 Fr.;
c.	für ausserordentliche Kontrollen, Prüfungen und Inspektionen (pro Stunde):	150 Fr.;
d.	für das Vornehmen von Mutationen (je nach Aufwand):	100–300 Fr.

[2] Auf die Erhebung von Mutationsgebühren (Abs. 1 Bst. d) kann verzichtet werden, wenn es sich um einen geringfügigen Aufwand handelt.
[3] Ausserordentliche Aufwände können zusätzlich verrechnet werden.

Art. 43 *Übergangsbestimmungen*

[1] Die Anforderungen für eine effiziente Leistungserbringung gemäss Artikel 29 Absatz 3 sind spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung zu erfüllen.
[2] Bis dahin orientieren sich die Tarife lediglich an den transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung (Art. 29 Abs. 2).

A1. Anhang: Pflegeheimliste (Art. 17 Abs. 2)

Art. A1-1 *Pflegeheimliste*

[1] Die folgenden Pflegeheime sind gemäss Artikel 17 Absatz 2 zur Abrechnung von Pflegeleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen:

Gemeinde	*Organisation*	*Standort*	*Bewilligte Betten*
Glarus Nord	Alters- und Pflegeheime Glarus Nord	Niederurnen	68
Glarus Nord	Alters- und Pflegeheime Glarus Nord	Näfels	108
Glarus Nord	Alters- und Pflegeheime Glarus Nord	Mollis	47
Glarus	cura unita glarus	Netstal	41
Glarus	cura unita glarus	Glarus	85
Glarus	cura unita glarus	Ennenda	62
Glarus	Salem Bethesda Alterszentren AG	Ennenda	74
Glarus	Fridlihuus	Glarus	16
Glarus Süd	Alters- und Pflegeheime Glarus Süd	Schwanden	149
Glarus Süd	Alters- und Pflegeheime Glarus Süd	Linthal	49
Glarus Süd	Alters- und Pflegeheime Glarus Süd	Elm	35
Glarus Süd	Glarnersteg	Schwanden	28
Total			762

Änderungstabelle - Nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	SBE Fundstelle
21.11.2023	01.01.2024	Art. 31 Abs. 3	geändert	SBE 2023 39
21.11.2023	01.01.2024	Art. 31 Abs. 4	aufgehoben	SBE 2023 39

Änderungstabelle - Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	SBE Fundstelle
Art. 31 Abs. 3	21.11.2023	01.01.2024	geändert	SBE 2023 39
Art. 31 Abs. 4	21.11.2023	01.01.2024	aufgehoben	SBE 2023 39