



Botschaften der Regierung an den Grossen Rat

Heft Nr. 2/2010–2011

	Inhalt	Seite
2.	Erlass eines Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (EGzHMG)	35
3.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)	103

Inhaltsverzeichnis

2.	Erlass eines Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (EGzHMG)	
I.	Ausgangslage	35
	1. Bundesrecht	35
	2. Kantonales Recht	37
	3. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf	38
	3.1. Notwendigkeit der Anpassung des kantonalen Rechts ..	38
	3.2. Erlass eines Gesetzes	38
	3.3. Zusammenführung aller Bestimmungen zum Heilmittelbereich in einem Erlass	38
II.	Vernehmlassungsverfahren	39
	1. Vorgehen und Rücklauf	39
	2. Generelle Beurteilung der Vorlage	39
	3. Stellungnahmen zu den vorgebrachten Einwänden und Anliegen	40
III.	Inhalt der Vorlage	43
IV.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	44
	1. Allgemeine Bestimmungen	44
	2. Arzneimittel	45
	3. Heilmittelbetriebe	50
	3.1. Allgemeine Bestimmungen	50
	3.2. Öffentliche Apotheken	52
	3.3. Privatapotheken von Zahnärztinnen und Zahnärzten ..	53
	3.4. Privatapotheken von Spitälern, Kliniken und Pflegeheimen	54
	3.5. Drogerien	54
	4. Klinische Versuche mit Heilmitteln	55
	5. Vollzug und Strafbestimmungen	55
	6. Übergangsbestimmungen	57
	7. Schlussbestimmungen	57
V.	Finanzielle und personelle Auswirkungen	58
VI.	Beachtung der VFRR-Grundsätze	58
VII.	Anträge	58
		31

3.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)	
I.	Ausgangslage	106
	1. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung	106
	2. Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung	107
	3. Ausführungsbestimmungen des Bundesrates	108
	4. Rechtsgrundlagen im Kanton Graubünden	109
	4.1. Pflegeheime	109
	4.2. Häusliche Pflege und Betreuung	110
	5. Anerkannte Kosten der Pflegeheime und der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie Aufteilung auf die Kostenträger gemäss geltender Pflegefinanzierung	111
	5.1. Pflegeheime	111
	5.2. Häusliche Pflege und Betreuung	113
	6. Entwicklung der Ergänzungsleistungen	117
	7. Anfrage Augustin betreffend Pflegefinanzierung	118
II.	Vernehmlassungsverfahren	118
	1. Vorgehen und Rücklauf	118
	2. Inhalt der Vernehmlassungsvorlage	119
	2.1. Pflegeheime	119
	2.2. Häusliche Pflege und Betreuung	120
	3. Generelle Beurteilung der Vorlage	121
	4. Hauptanliegen und deren Berücksichtigung	121
	4.1. Pflegeheime	121
	4.1.1. Berücksichtigte Anliegen	121
	4.1.2. Nicht berücksichtigte Anliegen	122
	4.2. Häusliche Pflege und Betreuung	123
	4.2.1. Berücksichtigte Anliegen	123
	4.2.2. Nicht berücksichtigte Anliegen	124
III.	Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes im Kanton	125
	1. Allgemeine Bemerkungen zur Vorlage	125
	1.1. Anpassung der Vorlage aufgrund der Ablehnung der Bündner NFA	125
	1.2. Nachprüfung der der Vernehmlassung zugrunde gelegten Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2008	125
	2. Pflegeheime	126

2.1.	Vorgaben der Bundesgesetzgebung	126
2.1.1.	Pflegeleistungen	126
2.1.2.	Leistungen der Akut- und Übergangspflege	127
2.2.	Eckpunkte der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Bereich der Pflegeheime	127
2.3.	Anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner	131
2.3.1.	Allgemeine Bemerkungen.....	131
2.3.2.	Pension.....	131
2.3.3.	Instandsetzung und Erneuerung	131
2.3.4.	Betreuung.....	132
2.3.5.	Pflegeleistungen	132
2.3.6.	Leistungen der Akut- und Übergangspflege	134
2.3.7.	Tages- und Nachtstrukturen.....	136
2.3.8.	Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.....	136
2.4.	Finanzielle Auswirkungen auf die Kostenträger.....	138
3.	Häusliche Pflege und Betreuung	139
3.1.	Vorgaben der Bundesgesetzgebung	139
3.1.1.	Pflegeleistungen	139
3.1.2.	Leistungen der Akut- und Übergangspflege	140
3.2.	Eckpunkte der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung	140
3.3.	Anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten	144
3.3.1.	Allgemeine Bemerkungen.....	144
3.3.2.	Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag	145
3.3.3.	Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie anerkannte Pflegefachpersonen.....	146
3.4.	Finanzielle Auswirkungen auf die Kostenträger.....	148
IV.	Gesamtbilanz der finanziellen Auswirkungen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung.....	150
1.	Allgemeine Bemerkungen.....	150
2.	Obligatorische Krankenpflegeversicherung.....	151
3.	Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger	151
4.	Gemeinden.....	152
5.	Kanton	152

V.	Personelle Auswirkungen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung	153
	1. Leistungserbringer	153
	2. Gemeinden	153
	3. Kanton	153
VI.	Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes ...	154
VII.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	154
VIII.	Verordnung zum Krankenpflegegesetz	166
IX.	Beachtung der VFRR-Grundsätze	166
X.	Anträge	166

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat

2.

Erlass eines Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (EGzHMG)

Chur, den 25. Mai 2010

Sehr geehrter Herr Landespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen hiermit die Botschaft und den Entwurf für den Erlass eines Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Einführungsgesetz zum Heilmittelgesetz; EGzHMG).

I. Ausgangslage

1. Bundesrecht

Am 1. Januar 2002 ist das Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über die Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21) in Kraft getreten. Die letzten Ausführungsverordnungen zum Heilmittelgesetz wurden vom Bundesrat am 22. Juni 2006 erlassen und auf den 1. Oktober 2006 in Kraft gesetzt.

Auch wenn sich die neue Bundesregelung grundsätzlich bewährt hat, besteht in diversen Bereichen Anpassungsbedarf. In einer ersten Etappe sind die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen worden, damit die Spitäler die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mit Heilmitteln besser sicherstellen können. Die entsprechenden Bestimmungen treten voraussichtlich am 1. Juli 2010 in Kraft. Alle weiteren Themen (Verbesserung der Arzneimitteltherapie bei Kindern, vereinfachte Zulassung von Arzneimitteln der Komplementärmedizin, klare Regelung der zulässigen geldwerten Vorteile, Anpassung der Vorschriften über die Abgabe von Arzneimitteln, Good corporate Gover-

nance, Verbesserung der Arzneimittelinformation, der Patienteninformation und der Marktüberwachung) werden in der ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) behandelt, zu welcher vom Eidgenössischen Departement des Innern vom 21. Oktober 2009 bis zum 5. Februar 2010 eine Vernehmlassung durchgeführt wurde.

Als Teil der Massnahmen zur Regelung der geldwerten Vorteile wurde in der Vernehmlassungsvorlage ein Verbot der ärztlichen Arzneimittelabgabe im ambulanten Bereich zur Diskussion gestellt, wobei die Anwendung im Rahmen der ärztlichen und tierärztlichen Behandlung sowie bei Haus- und Hofbesuchen weiterhin möglich sein soll. Zudem soll es den Kantonen möglich sein, Ärztinnen und Ärzten die Abgabe von Arzneimitteln zu erlauben, sofern die nächste öffentliche Apotheke mit einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht mit einem angemessenen Zeitaufwand erreichbar ist. Dieser Zeitaufwand soll in einer Verordnung des Bundesrates konkretisiert werden.

Die Regierung hat sich in ihrer Stellungnahme gegen das vorgeschlagene Verbot des Selbstdispensationsrechtes der Ärztinnen und Ärzte ausgesprochen. Ein solches Verbot hätte eine erhebliche Verschlechterung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zur Folge. Der «Service Public», d.h. eine zweckmässige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln würde durch das vorgeschlagene neue Verbot in Frage gestellt. Die Patientinnen und Patienten in unserem weitgehend dezentral besiedelten Kanton müssten bei einem Verbot erhebliche Umtriebe in Kauf nehmen. Insbesondere ältere Menschen oder Personen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, schätzen es sehr, von ihrem Hausarzt anlässlich der Konsultation mit den notwendigen, ihrem Leiden entsprechenden Arzneimitteln versorgt zu werden. Für viele Menschen in den Talschaften unseres Kantons wäre es mit erheblichem Aufwand verbunden, wegen eines Medikaments eine Ortschaft mit einer öffentlichen Apotheke aufsuchen zu müssen. Auch würden durch das vorgeschlagene Verbot die Verdienstmöglichkeiten der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte und damit der Anreiz, im Kanton Graubünden eine Praxis für Allgemeinmedizin zu übernehmen oder zu eröffnen, massiv verschlechtert. Die Einnahmen aus der Selbstdispensation stellten eine wesentliche Einnahmequelle für die Ärztinnen und Ärzte in den Talschaften des Kantons dar.

Praktisch alle Deutschschweizer Kantone haben sich ebenfalls klar gegen das vorgeschlagene Verbot der Selbstdispensation der Ärztinnen und Ärzte ausgesprochen. Es kann entsprechend davon ausgegangen werden, dass das Verbot der Selbstdispensation der Ärztinnen und Ärzte in der Botschaft des Bundesrates zur Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) nicht Aufnahme finden wird oder andernfalls vom Parlament aus dem Gesetzesentwurf des Bundesrates entfernt wird.

Die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe sind auf Bundesebene in einem separaten Erlass geregelt (Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe, BetmG; SR 812.121). Die Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes soll einer Revision unterzogen werden. Das Eidgenössische Departement des Innern hat die Eröffnung des entsprechenden Vernehmlassungsverfahrens im Juni 2010 geplant. Angesichts dieser Tatsache wird im vorliegenden Gesetzesentwurf auf die Regelung des Umgangs mit Arzneimitteln, welche als Betäubungsmittel gelten, verzichtet. Es ist vorgesehen, die Vorschriften der Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel (BR 504.300) im Nachgang zur Revision der bundesrechtlichen Betäubungsmittelgesetzgebung anzupassen.

2. Kantonales Recht

Die kantonalrechtlichen Bestimmungen zum Heilmittelbereich teilen sich heute auf das Gesundheitsgesetz (GesG; BR 500.000), die Heilmittelverordnung (BR 504.100) und die Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VOzGesG; BR 500.010) auf.

Im Gesundheitsgesetz ist die Bewilligungspflicht für den Betrieb von öffentlichen Apotheken und zur Führung von Privatapotheken von Ärzten, Spitälern, Kliniken und Pflegeheimen festgehalten.

Die Bewilligungspflicht für den Betrieb von Drogerien sowie die Bewilligungsvoraussetzungen für sämtliche Heilmittelbetriebe sind in der Heilmittelverordnung geregelt.

In der Verordnung zum Gesundheitsgesetz ist die Befugnis verschiedener nicht ärztlicher Berufe des Gesundheitswesens zur Anwendung von Arzneimitteln umschrieben.

Die kantonalrechtlichen Bestimmungen im Betäubungsmittelbereich sind in der Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel (BR 504.300) enthalten.

Im Bereich Veterinärmedizin enthalten das Veterinärgesetz (VetG; BR 914.000) und die Veterinärverordnung (VetV; BR 914.100) Ausführungsbestimmungen zum Vollzug der Heilmittelgesetzgebung in tierärztlichen Privatapotheken, in anderen Detailhandelsbetrieben, deren Arzneimittelsortiment zu einem überwiegenden Teil aus Tierarzneimitteln besteht, und in Nutztierbetrieben (Art. 30 Abs. 1 lit. a–c Tierarzneimittelverordnung, TAMV; SR 812.212.27).

3. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

3.1. Notwendigkeit der Anpassung des kantonalen Rechts

Seit Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes und der gestützt darauf erlassenen Ausführungsverordnungen ist der Umgang mit Heilmitteln im Grundsatz gesamtschweizerisch einheitlich geregelt. Im Zuständigkeitsbereich der Kantone verblieben ist die Regelung der Heilmittelbetriebe im Detailhandel wie insbesondere der öffentlichen Apotheken und der Drogerien, aber auch der Privatapotheken von Medizinalpersonen sowie der Privatapotheken der Spitäler und Heime. Bei den Heilmittelbetrieben im Detailhandel beschränkt sich der Bund auf die Regelung ausgewählter Bereiche wie etwa den Versandhandel, Werbeverbote und gewisse Vorschriften betreffend die Beschriftung, Abgabe und Anwendung von Heilmitteln.

Die bundesrechtliche Heilmittelgesetzgebung bedingt insbesondere auf Grund der geänderten Zuständigkeitsordnung zwischen Bund und Kantonen eine Anpassung der kantonalrechtlichen Bestimmungen zum Heilmittelbereich.

3.2. Erlass eines Gesetzes

Die Bestimmungen zum Heilmittelbereich sind auf kantonomer Ebene derzeit hauptsächlich in der von der Regierung erlassenen Heilmittelverordnung geregelt. Die Kantonsverfassung (KV; BR 110.100) verlangt in Art. 31 Abs. 1, dass wichtige Bestimmungen in einem Gesetz im formellen Sinn geregelt werden. Die Bestimmungen der Heilmittelverordnung sind somit, soweit sie von gewichtiger Natur sind, auf Gesetzesstufe zu erlassen.

3.3. Zusammenführung aller Bestimmungen zum Heilmittelbereich in einem Erlass

Die in verschiedenen Erlassen verteilten Bestimmungen des Heilmittelbereichs sind soweit möglich und angezeigt im Interesse der Transparenz in einem Erlass zusammenzufassen.

II. Vernehmlassungsverfahren

1. Vorgehen und Rücklauf

Mit Beschluss vom 30. Juni 2009 (Prot. Nr. 663) nahm die Regierung vom Entwurf für den Erlass eines Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis und gab ihn für die Vernehmlassung frei. Am 16. Juli 2009 eröffnete das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) das Vernehmlassungsverfahren. Zur Vernehmlassung wurden alle politischen Parteien im Kanton, der Bündner Apothekerverband, der Bündner Ärzteverein, der Verband Hausärzte Graubünden, der Bündner Spital- und Heimverband, der Spitex Verband Graubünden, die OdA Gesundheit und Soziales, der Schweizerische Hebammenverband, der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer, der Schweizerische Berufs- und Fachverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege, der Schweizerische Drogistenverband, Sektion Graubünden, und alle kantonalen Departemente eingeladen. Zudem waren die Vernehmlassungsunterlagen für weitere Interessierte im Internet abrufbar. Das Vernehmlassungsverfahren dauerte bis zum 15. Oktober 2009. Beim DJSG sind insgesamt 15 Stellungnahmen eingegangen, davon sechs von Berufsorganisationen, zwei von Verbänden, drei von politischen Parteien, eine von einer Gemeinde und drei von Departementen.

2. Generelle Beurteilung der Vorlage

Die Vorlage zur Anpassung der kantonalen Bestimmungen an die bundesrechtliche Heilmittelgesetzgebung fand bei den Vernehmlassungsadressaten grundsätzlich positive Aufnahme.

Von einzelnen Stellungnehmenden wurde die Notwendigkeit einer Regelung auf Gesetzesstufe beziehungsweise die Notwendigkeit eines eigenen Gesetzes zur Regelung des Heilmittelbereichs in Frage gestellt. Verschiedene Kantone hätten den Heilmittelbereich im Gesundheitsgesetz geregelt.

Die Ärzteschaft verlangt die Aufhebung des Selbstdispensationsverbots der Ärzte in Ortschaften mit einer oder mehreren den Notfalldienst sicherstellenden Apotheken.

Die Apothekerschaft machte geltend, dass die im Entwurf enthaltenen Bestimmungen bezüglich der Selbstdispensation die geltenden bewährten Definitionen und Formulierungen des im Jahr 2007 teilrevidierten Gesundheitsgesetzes zu Gunsten der Ärzte abänderten, ohne dass hiefür sachliche Gründe angeführt würden. Die Forderung der Ärzteschaft betreffend Abschaffung des Selbstdispensationsverbots wird vehement zurückgewiesen.

Die Forderung sei bereits anlässlich der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes im Jahre 2007 ausführlich diskutiert und dabei abgelehnt worden.

Mehrere Vernehmlassungsadressaten bemängelten die übertriebene Regelungsdichte von erforderlichen Bewilligungen.

Das Departement für Volkswirtschaft und Soziales regte einen stärkeren Einbezug des Veterinärbereichs in die Vorlage an. Anlässlich der revidierten Veterinärgesetzgebung in den Jahren 2007 und 2008 sei im Hinblick auf ein kantonales Einführungsgesetz zum Heilmittelbereich nur das Nötigste geregelt worden, um eine weitgehende Harmonisierung mit dem Humanbereich erzielen zu können.

ChiroSuisse wies darauf hin, dass angesichts des zwischenzeitlich in Kraft getretenen Medizinalberufegesetzes der Beruf der Chiropraktoren als universitärer Medizinalberuf anerkannt und den übrigen Medizinalberufen gleichgestellt worden sei. Infolgedessen seien die Chiropraktoren auch im Heilmittelbereich den Ärzten und Zahnärzten gleichzustellen.

3. Stellungnahmen zu den vorgebrachten Einwänden und Anliegen

Nachfolgend wird auf die wesentlichen von den Vernehmlassenden eingebrachten Einwände und Anliegen eingegangen. Zu den weiteren Einwänden und Anliegen wird in den Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln des Gesetzes (Kapitel IV) eingegangen.

Es wird in Frage gestellt, ob eine Regelung des Heilmittelbereiches auf Gesetzesstufe notwendig sei.

Die Kantonsverfassung schreibt in Art. 31 Abs. 1 vor, dass alle wichtigen Bestimmungen vom Grossen Rat in der Form eines Gesetzes zu erlassen sind. Als wichtige Bestimmungen gelten insbesondere jene, welche die Grundsätze von Organisation und Aufgaben der Behörden und Gerichte betreffen (Abs. 2 Ziff. 5). Aufgrund der Übertragung der Zuständigkeiten und Aufgaben auf den Kanton sind die entsprechenden Bestimmungen auf Gesetzesstufe zu erlassen. Auf Gesetzesstufe zu erlassen sind sodann auch die Bewilligungsvoraussetzungen und die den Bewilligungsinhabern obliegenden Pflichten.

Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen des Gesundheitswesens und damit auch der Heilmittelbereich seien im Gesundheitsgesetz zusammen zu fassen.

Während das Gesundheitsgesetz den Schutz, die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen regelt, bezweckt das Heilmittelgesetz den Schutz der Gesundheit im Umgang mit Heilmitteln

im Speziellen. Die Regelung der heilmittelrechtlichen Bereiche im Gesundheitsgesetz ist aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Benutzerfreundlichkeit abzulehnen. Hinzu kommt, dass im in Frage stehenden Erlass auch der Tierarzneimittelbereich zu regeln ist.

Das Selbstdispensationsverbot sei abzuschaffen.

Das Selbstdispensationsverbot dürfe nicht aufgeweicht werden.

Der Vernehmlassungsentwurf strebte keine materielle Neuregelung des geltenden eingeschränkten Selbstdispensationsrechtes der Ärzte an. Die diesbezüglichen, im bestehenden Gesundheitsgesetz geregelten Bestimmungen wurden lediglich aus thematischen Gründen ohne materielle Änderung in dem den Vernehmlassungsadressaten unterbreiteten Entwurf übernommen.

In Würdigung der in der Vernehmlassung eingegangenen kontroversen Stellungnahmen des Bündner Apothekerverbandes und des Bündner Ärztevereins werden die Bestimmungen betreffend die Selbstdispensation der Ärzte beziehungsweise Ärztinnen und die damit einhergehenden Pflichten der öffentlichen Apotheken unverändert im Gesundheitsgesetz belassen.

Die Behandlung des vorliegenden Entwurfes für ein Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte soll nicht mit einer Diskussion über die Zweckmässigkeit der Beschränkung des Selbstdispensationsrechtes der Ärzte und deren Ausgestaltung belastet werden. Diese Diskussion soll stattdessen in der vom Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit erarbeiteten Vernehmlassungsvorlage zu einer die Aufhebung der Beschränkung des Selbstdispensationsrechtes der Ärzte beinhaltenden Teilrevision des Gesundheitsgesetzes geführt werden.

Das perfektionistische, dichte Netz an Bewilligungserfordernissen sei übertrieben.

Die im Entwurf vorgesehenen Bewilligungen ergeben sich aus dem Bundesrecht. Nach Art. 30 Abs. 1 HMG benötigt eine kantonale Bewilligung, wer in Apotheken, Drogerien und anderen Detailhandelsgeschäften Arzneimittel abgibt. Die Kantone haben die Voraussetzungen und das Verfahren für die Erteilung der Detailhandelsbewilligung zu regeln und führen periodisch Betriebskontrollen durch (Abs. 2). Angesichts dieser einschlägigen bundesrechtlichen Vorgaben ist es angezeigt, für alle Abgabeberechtigten die gleichen Rechte und Pflichten festzulegen.

Im Sinne des in der Vernehmlassung eingebrachten Anliegen wurde die gemäss der Heilmittelverordnung (Art. 15 Abs. 2) einzuholende Bewilligung für die verantwortliche Leitung einer Apotheke beziehungsweise einer Drogerie fallen gelassen.

Aufgrund der entsprechenden Ausbildung der Chiropraktoren seien diese für ihren Bereich in der Umsetzung des Heilmittelrechts den Ärzten und Zahnärzten gleichzustellen.

Diesem Anliegen kann auf Grund der Abklärungen bei Swissmedic nicht entsprochen werden. Mit dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11), in Kraft seit dem 1. September 2007, ist die Chiropraktik zwar zu einem auf Stufe Bundesgesetz geregelten universitären Medizinalberuf geworden (vgl. Art. 2 Abs. 1 Bst. c MedBG). Aus dem Zweckartikel (Gegenstand [Art. 1 MedBG]) erschliesst sich indessen, dass das Gesetz keine Angaben über die Abgabekompetenz von Chiropraktoren vermittelt. Dieser Rechtssatz dient vielmehr dazu, die Anforderungen an die universitäre Aus- und die berufliche Weiterbildung sowie die Regel der Berufsausübung zu statuieren. Gemäss Art. 2 lit. h der sich auf das HMG abstützenden Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (AMBV; SR 812.212.1) gelten als Medizinalpersonen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte oder Apotheker. Chiropraktoren werden von dieser Definition nicht umfasst. Ein Chiropraktor ist demnach im Heilmittelrecht den anderen Medizinalpersonen nicht gleichgestellt und hat grundsätzlich keine Abgabekompetenz. Die Kantone können gemäss Art. 24 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 27a der Verordnung über Arzneimittel (VAM; SR 812.212.21) jedoch bewilligen, dass Chiropraktoren neben nicht verschreibungspflichtigen auch verschreibungspflichtige Arzneimittel anwenden dürfen. Chiropraktoren dürfen durch kantonales Recht jedoch weder zur Abgabe von verschreibungspflichtigen noch von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermächtigt werden. Das Heilmittelgesetz kennt für Chiropraktoren keine Ausnahmebestimmung zur Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, wie es sie etwa für Fachleute der Komplementärmedizin (Art. 25a VAM), Drogisten (Art. 25b VAM) oder die Familienplanungsstelle (Art. 25c VAM) vorsieht.

Der Veterinärbereich sei wesentlich stärker in den Entwurf mit einzubeziehen.

Dem Anliegen wird entsprochen. Einzelne Bestimmungen dieses Gesetzes werden daher auch für den Veterinärbereich anwendbar erklärt, sofern dies erforderlich ist und das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (SR 812.21) sowie die Verordnung über die Tierarzneimittel (SR 812.212.27) nicht bereits selbst detaillierte Regelungen aufstellt.

III. Inhalt der Vorlage

Der Entwurf für ein Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte enthält folgende in der Heilmittelverordnung nicht enthaltene Regelungsbereiche:

- Festlegung der Bewilligungsvoraussetzungen für die Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis, Formula officinalis sowie nach eigener Formel;
- Festlegung der Bewilligungsvoraussetzungen für Betriebe, die menschliches Blut oder Blutprodukte lagern;
- Festlegung der Bewilligungsvoraussetzungen für Betriebe im Detailhandel;
- Einführung einer Befristung für Betriebsbewilligungen im Detailhandel;
- Einführung einer befristeten Bewilligung für «Messeapotheken» und «-drogerien»;
- Einführung einer Bewilligungspflicht zum Betrieb einer Privatapotheke durch Zahnärzte und Chiropraktoren;
- Unterstellung des Inverkehrbringens von nach eigener Formel hergestellten Arzneimitteln unter eine Meldepflicht;
- Festlegung der Gültigkeitsvoraussetzungen von Verschreibungen sowie Regelung der Ausführung von Verschreibungen;
- Festlegung der Modalitäten der Dokumentationspflicht von Verschreibungen.

Folgende Regelungen der Heilmittelverordnung sind im Gesetzesentwurf nicht mehr enthalten:

- Erfordernis einer Bewilligung zur verantwortlichen Leitung einer Apotheke oder einer Drogerie.
- Möglichkeit der Bewilligung von Heilmittelablagen in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke oder Drogerie.

Mit dem Verzicht auf das Erfordernis einer Bewilligung zur verantwortlichen Leitung einer Apotheke oder einer Drogerie wird einem in der Vernehmlassung eingebrachten Anliegen entsprochen.

Die Regelung betreffend Bewilligung von Heilmittelablagen in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke oder Drogerie wurde bereits durch das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte gegenstandslos. Das Bundesgesetz lässt die Abgabe von Arzneimitteln nur noch durch Medizinalpersonen und eidgenössisch diplomierte Drogistinnen und Drogisten zu. Entsprechend sind Heilmittelablagen in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke oder Drogerie nicht mehr zulässig.

IV. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

Das vorliegende Gesetz regelt auf kantonaler Ebene den Umgang sowohl mit Human- als auch mit Tierarzneimitteln, soweit der Umgang mit letzteren nicht in der Veterinärgesetzgebung des Kantons (Veterinärgesetz; BR 914.000; Veterinärverordnung BR 914.100) geregelt ist.

Im Bereich Tierarzneimittel bestehen detaillierte Vorgaben des Bundes betreffend Abgabe von Tierarzneimitteln in tierärztlichen Praxen, anderen Detailhandelsgeschäften mit überwiegendem Tierarzneimittelsortiment und Nutztierbetrieben (Tierarzneimittelverordnung, TAMV; SR 812.212.27). Die nicht vom Bund geregelten Bereiche im Zusammenhang mit der Abgabe von Tierarzneimitteln sind auf kantonaler Ebene zu regeln. Entsprechend regeln Absätze 2 und 3, welche Bestimmungen des Gesetzes auch im Bereich der Tierarzneimittel (Absatz 2) beziehungsweise für Betriebe, die Tierarzneimittel abgeben (Absatz 3), gelten.

Gemäss Abs. 2 sollen die Art. 8 und 9 bezüglich der Verschreibung von Arzneimitteln auch für den Veterinärbereich gelten, wodurch insbesondere für den Apotheker eine Harmonisierung der Vorschriften mit dem Humanbereich stattfindet, was die Sicherheit im Umgang mit den Arzneimitteln erhöht. Anwendung im Veterinärbereich finden sodann mit Ausnahmen die allgemeinen Bestimmungen gemäss Art. 12 ff. zu den Heilmittelbetrieben. Die Veterinärgesetzgebung enthält bereits Bestimmungen zur Bewilligungspflicht (z. B. Art. 14 Abs. 2 VetG, Art. 20 ff. VetV), weshalb die Art. 12 und 13 im Veterinärbereich nicht gelten. Ferner kann auch Art. 15 keine Anwendung finden, da nicht selten tierärztliche Behandlungen im grösseren Umfang in von der Praxis weit entfernten Gebieten vorgenommen werden müssen.

Art. 2 Begriffe

Der Umgang mit Tierarzneimitteln ist primär in der Verordnung über die Tierarzneimittel des Bundes (SR 812.212.27) geregelt. Der überwiegende Teil der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes findet entsprechend auf die Berufe der Tiergesundheitspflege nicht Anwendung. Die nach der Vernehmlassung neu in Art. 2 eingefügte Definition, wonach als Medizinalpersonen im Sinne dieses Gesetzes Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte gelten, dient der entsprechenden Abgrenzung.

2. Arzneimittel

Art. 3 Herstellung 1. Bewilligungspflicht

Gemäss dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte ist die Herstellung von Arzneimitteln bewilligungspflichtig. Grundsätzlich werden die Bewilligungen durch das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) erteilt (Art. 5 Abs. 1 HMG). Die Kantone sind lediglich für die Bewilligung der Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis, nach Formula officinalis sowie nach eigener Formel zuständig (Art. 5 Abs. 2 lit. a HMG in Verbindung mit Art. 6 Arzneimittel-Bewilligungsverordnung, AMBV; SR 812.212.1).

Artikel 3 regelt die Bewilligungsvoraussetzungen für die Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis (Arzneimittel, die nach ärztlicher Verschreibung in der Apotheke für einen bestimmten Patienten hergestellt werden), nach Formula officinalis (Arzneimittel, die gemäss einer Vorschrift eines Arzneibuches auf Vorrat in einer Apotheke oder Drogerie hergestellt werden) sowie nach eigener Formel (Hausspezialitäten).

In fachlicher Hinsicht wird eine Berufsausübungsbewilligung als Apotheker oder Drogist verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a HMG). Ärzte beziehungsweise Ärztinnen haben keine Ausbildung für die Herstellung von Arzneimitteln. Neu wird für die Bewilligungserteilung auch das Vorliegen eines Qualitätssicherungssystems vorausgesetzt. Die Bewilligungsvoraussetzungen nach Abs. 1 lit. a und b gelten für alle Betriebe.

Die Herstellung nach Formula magistralis ist selten geworden. Es kommt jedoch vor, dass bestimmte Arzneimittel aus Rentabilitätsgründen vom Markt genommen werden beziehungsweise in der notwendigen Dosierung nicht erhältlich sind (Kinderdosierungen) und nur noch über die Magistralherstellung (Formula magistralis) verfügbar sind.

Bei der Bewilligungserteilung wird nicht unterschieden zwischen der Herstellung von Human- und Tierarzneimitteln. Die Regeln der Guten Herstellungspraxis (GMP) gelten für die Herstellung aller Arzneimittel.

Im Sinne des Antrages des Bündner Apothekerverbandes wird die Herstellungsbewilligung in die Betriebsbewilligung integriert.

Artikel 3 bezieht sich nicht auf die Herstellung von Fütterungsarzneimitteln. Fütterungsarzneimittel gelten gemäss Art. 2 AMBV als verwendungsfertige Arzneimittel, deren Herstellung eine Bewilligung von Swissmedic erfordert.

Art. 4 2. Meldung und Inverkehrbringen

Für das Inverkehrbringen von nach eigener Formel hergestellten Arzneimitteln (Hausspezialitäten) ist keine Zulassung von Swissmedic erforderlich. Deren Kontrolle fällt in die Zuständigkeit der Kantone. In den letzten Jah-

ren wurden von Swissmedic aufgrund neuer Erkenntnisse mehrere pharmazeutische Spezialitäten deregistriert.

Nach eigener Formel hergestellte Präparate dürfen nur Wirkstoffe enthalten, die für die Selbstmedikation zugelassen sind. Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit (Verwechslungsgefahr, Massnahmen bei Rückrufen) ist es unabdingbar, dass die kantonale zuständige Behörde bei Eigenherstellungen in Kenntnis ist, welche Hausspezialitäten in Apotheken und Drogerien abgegeben werden. Mit einer Meldepflicht vor dem Inverkehrbringen kann die Kontrolle darüber, ob diese Präparate dem Stand des Wissens und der Technik entsprechend zusammengesetzt sind, durch den Kanton wirksam wahrgenommen werden. Das Gesundheitsamt hat nach der Meldung zu prüfen, ob die gemeldeten Hausspezialitäten mit den Bestimmungen der Bundesgesetzgebung im Einklang stehen. Hausspezialitäten dürfen erst nach der entsprechenden Bestätigung in Verkehr gebracht werden.

Herstellungen in Spitalapotheken auf Vorrat gelten als Hausspezialitäten und sind meldepflichtig. Apotheken und Drogerien dürfen nur Hausspezialitäten innerhalb ihrer jeweiligen Abgabekompetenz herstellen und abgeben (vgl. Art. 9 Abs. 2 lit. c HMG).

Die Befristung der Gültigkeit der Bestätigung des Gesundheitsamtes bezweckt die periodische Überprüfung, ob die Zusammensetzung und Indikation der Hausspezialitäten dem aktuellen Stand der Wissenschaften entspricht.

Art. 5 Berechtigung zur Anwendung

Diese Bestimmung stützt sich auf Bundesrecht (Art. 24 Abs. 3 HMG in Verbindung mit Art. 27a Abs. 2 VAM). Danach steht es in der Kompetenz der Kantone, die Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nebst den Medizinalpersonen auch diplomierten Hebammen und Geburtshelfern, diplomierten Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern, diplomierten Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, diplomierten Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern sowie Fachleuten der Komplementärmedizin zu bewilligen. Dabei kann der Kanton die Arzneimittel bestimmen, welche durch die vorgenannten Personen angewendet werden dürfen. Er hat für eine regelmässige Aufsicht durch die kantonale Behörde oder durch eine geeignete Medizinalperson zu sorgen.

Die Bezeichnung der neben den Medizinalpersonen zur Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln berechtigten Berufskategorien und der Arzneimittel wird zweckmässigerweise der Regierung übertragen.

Art. 6 Lagerung von Blut und Blutprodukten

Dieser Artikel bezieht sich auf menschliches Blut und Blutprodukte. Gestützt auf Art. 34 Abs. 4 HMG sind die Kantone für die Erteilung von Bewilligungen für Betriebe wie Spitäler, welche Blut oder Blutprodukte nur lagern,

sowie für die Durchführung der dazu notwendigen Inspektionen zuständig. Die Zuständigkeit für die Erarbeitung von Bewilligungen an Betriebe, welche neben der Lagerung noch andere bewilligungspflichtige Tätigkeiten im Umgang mit Blut und Blutprodukten ausüben, liegt bei Swissmedic.

Absatz 2 regelt die Voraussetzungen zur Erteilung einer Bewilligung. Blut und Blutprodukte zur Anwendung am Menschen gelten als Arzneimittel. Die Sicherstellung des vorschriftsgemässen Umgangs erfordert wie bei den übrigen Arzneimitteln ein Qualitätssicherungssystem. Als fachlich verantwortliche Person kommen in erster Linie Personen mit entsprechender Hochschulausbildung im Bereich Medizin oder Naturwissenschaft und Erfahrung im Blutsektor in Frage. Ist keine entsprechend ausgebildete Person verfügbar, kann auch eine Laborleiterin oder ein Laborleiter mit Erfahrung im Blutsektor als fachlich verantwortliche Person bezeichnet werden.

Die Dauer der Befristung der Bewilligung wird in der Verordnung geregelt.

Art. 7 Verschreibungen 1. Gültigkeit

Die vorliegende Bestimmung entspricht im Wesentlichen Art. 17 Abs. 2 der Heilmittelverordnung. Neu ist der Name des ausstellenden Arztes beziehungsweise der ausstellenden Ärztin in Druckschrift – neben der eigenhändigen Unterschrift – auf dem Rezept aufzuführen. Damit soll sichergestellt werden, dass bei schlecht lesbarer Unterschrift der Aussteller beziehungsweise die Ausstellerin der Verschreibung eruiert werden kann. Neu soll zudem auf der Verschreibung, um Verwechslungen sowie Unterbeziehungsweise Überdosierungen vermeiden zu helfen, der Jahrgang des Patienten beziehungsweise der Patientin vermerkt werden.

Die lit. a–e stellen Minimalanforderungen dar, die eine Verschreibung zu ihrer Gültigkeit zu enthalten hat. Die verschreibende Person kann weitere Angaben, wie den Wirkstoff, den Spezialitätennamen oder die Substitutionsregeln auf der Verschreibung vermerken.

Zwecks Gewährleistung der Patientensicherheit soll die Gültigkeit von Verschreibungen grundsätzlich auf maximal drei Monate beschränkt werden. Primär soll die verschreibende Medizinalperson bestimmen, wie lange ein Rezept gültig sein soll. Dauerrezepte sollen, um unnötige Arztkonsultationen zu vermeiden, ein Jahr gültig sein.

Art. 8 2. Ausführung

Absatz 1 der vorliegenden Bestimmung entspricht sinngemäss Art. 17 Abs. 1 der Heilmittelverordnung. Bezüglich der Abgabebefugnis von Privatapotheken von Spitälern und Kliniken wird auf die Ausführungen zu Art. 22 verwiesen.

Bei unklar abgefassten Verschreibungen oder bei allenfalls vorliegendem Irrtum hat der Apotheker beziehungsweise die Apothekerin die im Rahmen

der Sorgfaltspflicht erforderlichen Massnahmen zur Risikominderung zu treffen (Abs. 2).

Art. 9 3. Zurückbehaltung und Rückgabe

Um Missbräuche zu verhindern, müssen Verschreibungen der Abgabekategorie A und solche, die nicht wiederholt werden dürfen, in der Apotheke zurückbehalten oder entwertet werden (Abs. 1).

Absatz 2 betrifft Dauerverschreibungen. Um zu verhindern, dass die vom Arzt verschriebene Menge mehrmals bezogen wird, hat die Apotheke auf der Verschreibung die Abgabe mit Datum zu versehen.

Im Rahmen der Sorgfaltspflicht hat der Apotheker beziehungsweise die Apothekerin unter anderem abzuklären, ob die Verschreibung von einer berechtigten Person (Medizinalperson mit einer Berufsausübungsbewilligung) stammt, ob die Verschreibung im Original vorliegt und ob Änderungen auf der Verschreibung vorgenommen wurden. In Zweifelsfällen hat der Apotheker beziehungsweise die Apothekerin mit der verschreibenden Medizinalperson Kontakt aufzunehmen. Gefälschte Verschreibungen sind dem Gesundheitsamt zuzustellen, damit dieses andere Apotheken warnen kann.

Art. 10 4. Fehlende Verschreibung

Diese Bestimmung betrifft begründete Ausnahmefälle gemäss Art. 24 Abs. 1 lit. a HMG. Hinweise zur Konkretisierung eines begründeten Ausnahmefalls ergeben sich aus der Botschaft zu Art. 24 HMG (BBl 1999 S.3511). Danach muss es sich grundsätzlich um einen medizinisch begründeten Ausnahmefall handeln, d. h. um einen Notfall an sich oder im Zusammenhang mit der notwendigen Fortführung einer Dauertherapie stehen. Ein medizinisch begründeter Ausnahmefall dürfte bei ärztlich abgeklärten Patienten beziehungsweise Patientinnen, die ein rezeptpflichtiges Arzneimittel dringend benötigen und (zum Beispiel wegen Abwesenheit des Arztes beziehungsweise der Ärztin) kein Rezept besorgen können, gegeben sein. Ein Beispiel sind Diabetiker, die ihr Insulin sofort benötigen und den Umgang mit dem Arzneimittel gut kennen. Hinter dem begründeten Ausnahmefall muss stets ein dringender Bedarf bestehen und das Einholen der Verschreibung muss schwer möglich oder unzumutbar sein. Eine Kostenersparnis zu Gunsten der Grundversicherung stellt keine hinreichende Begründung eines Ausnahmefalls dar. Schliesslich hat der betreffende Apotheker beziehungsweise die betreffende Apothekerin eine Interessen- und Gefahrenabwägung vorzunehmen und in Anwendung seines beziehungsweise ihres Fachwissens abzuwägen, ob im konkreten Einzelfall auf eine vorgängige Verschreibung verzichtet werden kann. Massgeblich sind dabei die Erreichbarkeit des behandelnden Arztes und die Art der Therapie. Handelt es sich etwa um eine Dauertherapie, die nicht unterbrochen werden darf und geht der Apotheker

beziehungsweise die Apothekerin davon aus, dass ein beigezogener Notarzt dasselbe Arzneimittel verschreibt, das er selber abzugeben gedenkt, dürfte eine begründete Ausnahme gegeben sein. Ähnlich verhält es sich bei einem Patienten, der bereits früher für eine bestimmte Krankheit ein bestimmtes Arzneimittel erfolgreich verwendet hat. Ebenfalls zu beachten sind die zeitlichen Rahmenbedingungen. So kann etwa die mögliche Gefahr, die von einer Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels ohne Verschreibung ausgehen könnte, dadurch minimiert werden, dass die Abgabe in zeitlicher Hinsicht – etwa auf das Wochenende – beschränkt wird und der Patient aufgefordert wird, eine ärztliche Verschreibung sobald als möglich nachzureichen (Basler Kommentar zum Heilmittelgesetz, Heidi Bürgi, Art. 24 N. 23 f).

Die Ausnahmefälle sind in geeigneter Form mit Angabe der Begründung der ausnahmsweise erfolgten Abgabe zu dokumentieren. Der Apotheker beziehungsweise die Apothekerin ist verpflichtet, nachträglich telefonisch oder schriftlich mit der behandelnden Medizinalperson in Kontakt zu treten.

Gemäss Art. 42 Abs. 1 HMG darf ein Arzneimittel für Tiere nur verschrieben oder abgegeben werden, wenn die verschreibende Person das Tier oder den Tierbestand kennt. Dies bedeutet, dass auch der Apotheker Tier oder Tierbestand kennen muss, wenn er ohne vorliegende Verschreibung im Sinn von Art. 24 Abs. 1 lit. a HMG vorgehen will. Bei Nutztieren muss dem Apotheker sogar der Gesundheitszustand der Tiere bekannt sein (Art. 24 Abs. 2 HMG). In der Praxis sind kaum Fälle denkbar, in denen der Apotheker, ohne sich der Gefahr der Widerhandlung gegen die Tierschutzgesetzgebung auszusetzen, Arzneimittel ohne Verschreibung abgeben kann, da er in der Regel nicht über genügend Kenntnis im veterinärmedizinischen Bereich verfügt.

Art. 11 Dokumentationspflicht

Die Bestimmung bezieht sich auf Betäubungsmittel und nach Formula magistralis hergestellte Arzneimittel. Für diese ist im Hinblick auf die Rückverfolgbarkeit und die amtliche Kontrolle eine gesonderte Buchführung unerlässlich.

Die in Abs. 2 aufgelisteten Aufzeichnungen sind erforderlich, damit die Abgabe von Betäubungsmitteln und die Herstellung von nach Formula magistralis hergestellten Arzneimitteln rückverfolgbar ist. Die Frist von zehn Jahren für die Aufbewahrung der Aufzeichnungen (Abs. 3) entspricht der üblichen Aufbewahrungsdauer von Dokumenten im Zusammenhang mit der Abgabe von Betäubungsmitteln und der Herstellung von Arzneimitteln.

Absatz 4 räumt die Möglichkeit ein, im Bedarfsfall die Dokumentationspflicht für bestimmte Arzneimittel einzuführen. Denkbar ist die Einführung der Dokumentationspflicht für Arzneimittel, die wegen ihres Suchtpotenzials missbraucht werden können.

Die Buchführungspflicht im Bereich der Abgabe von Tierarzneimitteln richtet sich nach Art. 25 ff. TAMV.

3. Heilmittelbetriebe

3.1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 12 Definition

Die allgemeinen Bestimmungen (Art. 13–17) unter dem Kapitel «Heilmittelbetriebe» gelten für alle Betriebe, welche Arzneimittel abgeben.

Der in der Vernehmlassung beanstandete Begriff «Heilmittelbetrieb» ist bereits in der kantonalen Heilmittelverordnung enthalten und stellt einen Oberbegriff für Apotheken, Drogerien und «andere Detailhandelsgeschäfte» dar, wobei letztere anhand einer abschliessenden Aufzählung definiert werden. Der Versandhandel ist eine besondere Art der Abgabe durch öffentliche Apotheken und darf nur bei Vorliegen der entsprechenden Bewilligung vorgenommen werden (vgl. Art. 29 VAM). Entsprechend ist der Begriff «Versandapotheke» nicht explizit in der Definition aufzuführen.

Der Begriff «Heilmittelbetrieb» steht in keinem Zusammenhang mit der Ermächtigung zur Herstellung von Heilmitteln, so dass dem Antrag des Bündner Apothekerverbandes, in Art. 12 die Apotheken nach Arten ihrer Tätigkeit zu unterscheiden, nicht entsprochen werden kann. Die entsprechende Unterscheidung wird bei den Bestimmungen zu den einzelnen Betriebsarten vorgenommen.

Mit dem Begriff Privatapotheken von Medizinalpersonen ist gewährleistet, dass nach Aufhebung der kantonalen Heilmittelverordnung die allgemeinen Bestimmungen betreffend die Heilmittelbetriebe wie bis anhin auch für Privatapotheken von Ärztinnen und Ärzten gelten.

Tierärzte gelten gemäss der Definition in Art. 2 des Gesetzes nicht als Medizinalpersonen im Sinne des vorliegenden Gesetzes. Entsprechend gelten die Abgabebeschränkungen gemäss Art. 15 nicht für tierärztliche Privatapotheken. Der Betrieb von tierärztlichen Privatapotheken wird in der Veterinärgesetzgebung geregelt.

Art. 13 Bewilligungspflicht

Gemäss Art. 30 HMG bedarf die Abgabe von Arzneimitteln im Detailhandel einer kantonalen Bewilligung. Die Voraussetzungen und das Verfahren zur Erteilung der Bewilligung sind durch die Kantone zu regeln. Die Bewilligungsvoraussetzungen werden bei den einzelnen Betriebsarten geregelt, das Verfahren in der Verordnung.

Die Betriebsbewilligungen im Detailhandel werden neu analog zu den Betriebsbewilligungen im Zuständigkeitsbereich des Bundes befristet. Mit der Befristung wird der Vorgabe von Art. 58 HMG, wonach die Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Rechtmässigkeit der Herstellung, des Vertriebs, der Abgabe und der Anpreisung von Heilmitteln zu überwachen und mit periodischen Inspektionen zu überprüfen haben, ob die Voraussetzungen für die Bewilligungen noch erfüllt sind, entsprochen.

Die Dauer der Befristung der Bewilligungen wird auf Verordnungsstufe geregelt.

Art. 14 Lagerung

Unter den Begriff Arzneimittel fallen auch die von Swissmedic zugelassenen Tierarzneimittel, die in Apotheken und Drogerien abgegeben werden dürfen.

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen Art. 9 Abs. 1 der Heilmittelverordnung. Die bisherige Regelung, wonach Arzneimittel der Liste C und D nicht in der Selbstbedienung abgegeben werden dürfen, hat sich bewährt und wird auch in allen übrigen Kantonen so gehandhabt. Nur Arzneimittel, die für den Verkauf in allen Geschäften freigegeben sind (Liste E), dürfen in der Selbstwahl angeboten werden. Eine Abgrenzung zwischen mehr oder weniger harmlosen Arzneimitteln der Liste D ist nicht sinnvoll.

Der erste Satz von Absatz 2 entspricht Art. 6 Abs. 1 der Heilmittelverordnung. Der zweite Satz dieses Absatzes ermöglicht den Drogerien neu, Arzneimittel der Abgabekategorien A bis C entgegen zu nehmen und bis zu ihrer Entsorgung sachgerecht zu lagern. Da alle Arzneimittel als Sonderabfälle über Spezialfirmen entsorgt werden müssen, gibt es keinen Grund, dass Drogisten nicht auch Arzneimittel der Listen A bis C sammeln und einer Entsorgungsfirma zuführen können. Dies gilt jedoch nicht für Betäubungsmittel. Gestützt auf Art. 9 des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (BetmG; SR 812.121) sind nur Medizinalpersonen mit entsprechender Berufsausübungsbewilligung zum Umgang mit Betäubungsmitteln berechtigt, weshalb die Rücknahme und die Entsorgung von Betäubungsmitteln unter ihrer Verantwortung zu erfolgen hat.

Art. 15 Abgabebeschränkung

Absatz 1 entspricht sinngemäss Art. 13 Abs. 2 der Heilmittelverordnung. Der Versandhandel sowie die Verteilung von Mustern sind auf Bundesebene geregelt (Art. 27 HMG beziehungsweise Art. 19 Arzneimittel-Werbeverordnung, AWV; SR 812.212.5).

Absatz 2 soll Apotheken und Drogerien neu erlauben, an Messen wie beispielsweise HIGA und Gehla einen Stand zu führen und im Rahmen ihrer Abgabekompetenz auch Arzneimittel abzugeben. Andere Kantone haben

diese Möglichkeit bereits geschaffen. Die Bewilligung wird befristet für die Zeit der Messe erteilt. Die Fachberatung durch den Apotheker beziehungsweise Drogisten sowie die korrekte Lagerung der Arzneimittel muss dabei gewährleistet sein und wird vom Amt überprüft.

Absatz 3 entspricht Art. 27 der Heilmittelverordnung. Medizinalpersonen im Sinne dieses Gesetzes (Art. 2) sind hinsichtlich der Abgabebefugnisse an Dritte öffentlichen Apotheken nicht gleichzustellen.

Art. 16 Ankündigung

Diese Bestimmung entspricht inhaltlich Art. 16 Abs. 2 der Heilmittelverordnung.

Art. 17 Qualitätssicherung

Diese Bestimmung verpflichtet im Interesse der Qualitätssicherung alle der kantonalen Kontrolle unterstellten Heilmittelbetriebe, analog den Grosshandels- und Herstellerbetrieben ein der Art und dem Tätigkeitsbereich des Betriebes entsprechendes Qualitätssicherungssystem zu unterhalten. Die Anforderungen sind in den betriebsspezifischen Leitfäden der Kantonsapothekerinnen und Kantonsapotheker der Region Ost- und Zentralschweiz aufgeführt. Diese sind auf der Homepage des Gesundheitsamtes öffentlich zugänglich. Die Betriebsinspektionen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die meisten Detailhandelsbetriebe diese Anforderungen bereits teilweise oder ganz umgesetzt haben.

3.2. Öffentliche Apotheken

Art. 18 Bewilligungsvoraussetzungen

Die fachlich verantwortliche Führung durch eine Person mit einer Berufsausübungsbewilligung als Apotheker beziehungsweise Apothekerin bildet eine Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung (Abs. 1 lit. a). Im Gegenzug entfällt die bis anhin gemäss Art. 15 Abs. 2 der Heilmittelverordnung zusätzlich zur Betriebsbewilligung einzuholende Ermächtigung zur verantwortlichen Leitung einer Apotheke. Die für den Betrieb fachlich verantwortliche Person wird in der Betriebsbewilligung aufgeführt. Bei einem Wechsel des verantwortlichen Leiters erfolgt eine Mutation der Betriebsbewilligung. Steht dem Betrieb keine Person mit einer Berufsausübungsbewilligung als Apotheker beziehungsweise Apothekerin vor, ist die Betriebsbewilligung zu entziehen.

Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, müssen öffentliche Apotheken in der Lage sein, Arzneimittel nach Formula magistralis herzustellen. Das Vorhandensein eines für die Herstellung funktionstüchtigen Labors

stellt deshalb neu explizit eine Voraussetzung für die Betriebsbewilligung von öffentlichen Apotheken dar (Abs. 1 lit. c).

Abs. 1 lit. b entspricht weitgehend Art. 5 Abs. 1 der Heilmittelverordnung.

Absatz 2 entspricht inhaltlich Art. 15 Abs. 3 der Heilmittelverordnung. Die fachlich verantwortliche Person ist für die Beschaffung, Kontrolle, Prüfung, Lagerung, Zubereitung und Abgabe der Heilmittel verantwortlich. Im Interesse der Patienten- und Arzneimittelsicherheit muss sichergestellt sein, dass sie ihre Entscheide in fachlicher Hinsicht unabhängig von wirtschaftlichen Interessen des Inhabers des Betriebes treffen kann.

Art. 19 Fachlich verantwortliche Person

Analog zur Regelung im Gesundheitsgesetz, wonach Inhabende einer Berufsausübungsbewilligung gleichzeitig nur eine Praxis oder einen Betrieb leiten dürfen (Art. 33 Abs. 2), sollen Apothekerinnen und Apotheker gleichzeitig nur eine Apotheke leiten dürfen. Die Leitung eines Zweitbetriebs ist mit Zustimmung des Amtes zulässig, wenn sichergestellt ist, dass gleichzeitig nur ein Betrieb geöffnet ist.

Die fachlich verantwortliche Person hat wie im geltenden Recht während der Öffnungszeiten in der Regel anwesend zu sein. Bei Abwesenheit hat sie ihre Erreichbarkeit zu gewährleisten. Dem Antrag des Bündner Apothekerverbandes, die bisherige Regelung zu übernehmen, wird damit Folge geleistet.

Die Stellvertreterregelung entspricht der bisherigen Praxis.

3.3. Privatapotheken von Zahnärztinnen und Zahnärzten

Art. 20 Bewilligungsvoraussetzungen

Gemäss Art. 30 HMG ist für jegliche Abgabe von Arzneimitteln im Detailhandel eine kantonale Bewilligung erforderlich. Neu benötigen somit neben den Ärzten und Ärztinnen auch Zahnärzte und Zahnärztinnen neben ihrer Berufsausübungsbewilligung eine separate Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke. Die blosse Lagerung von Arzneimitteln zur Anwendung ist nicht bewilligungspflichtig. Die Bewilligungspflicht zur Führung einer Privatapotheke von Ärzten beziehungsweise Ärztinnen ist im Gesundheitsgesetz geregelt.

Die Bewilligungsvoraussetzungen entsprechen denjenigen der Ärzte.

Bei Gruppenpraxen ist im Interesse der Arzneimittelsicherheit eine Person als fachlich für die Apotheke verantwortliche Person zu bezeichnen (Abs. 2).

3.4. Privatapotheken von Spitälern, Kliniken und Pflegeheimen

Art. 21 Bewilligungsvoraussetzungen

Je nach Geschäftstätigkeit (mit oder ohne Herstellung von Arzneimitteln) und Arzneimittelsortiment werden unterschiedliche Anforderungen an die Räume und Einrichtungen von Privatapotheken gestellt. Privatapotheken von Spitälern, welche Arzneimittel herstellen, müssen bezüglich Räumlichkeiten und Einrichtungen den Anforderungen der Pharmakopea Helvetica entsprechen.

Absatz 2 entspricht Art. 24 der Heilmittelverordnung. Die Anforderungen an die Kontrolle und die Beratung werden in der Verordnung geregelt.

Art. 22 Arzneimittelabgabe

Absatz 1 entspricht Art. 25 der Heilmittelverordnung. Dem Anliegen des Bündner Spital- und Heimverbandes, die bereits heutzutage gelebte Praxis, nämlich dass Spitäler und Pflegeheime die Möglichkeit haben, den austretenden Patienten Arzneimittel für die drei dem Austrittstag folgenden Tage mitzugeben, um die lückenlose Weiterführung der medikamentösen Therapie gewährleisten zu können, wird entsprochen.

Das in Spitälern, Kliniken und Pflegeheimen tätige Personal soll die Möglichkeit erhalten, Personalarztrezepte in der Privatapotheke des Spitals einlösen zu können, wenn diese unter der fachlichen Leitung eines Apothekers beziehungsweise einer Apothekerin steht.

3.5. Drogerien

Art. 23 Bewilligungsvoraussetzungen

Die fachlich verantwortliche Führung durch eine Person mit einer Berufsausübungsbewilligung als Drogist beziehungsweise Drogistin bildet eine Voraussetzung für die Erteilung einer Betriebsbewilligung (Abs. 1 lit. a). Im Gegenzug entfällt die bis anhin gemäss Art. 15 Abs. 2 der Heilmittelverordnung zusätzlich zur Betriebsbewilligung einzuholende Ermächtigung zur verantwortlichen Leitung einer Drogerie. Die für den Betrieb fachlich verantwortliche Person wird in der Betriebsbewilligung aufgeführt. Bei einem Wechsel der Leitung erfolgt eine Mutation der Betriebsbewilligung. Steht dem Betrieb keine Person mit einer Berufsausübungsbewilligung als Drogist beziehungsweise Drogistin vor, ist die Betriebsbewilligung zu entziehen (analog Art. 18).

Analog zu den Apotheken ist auch bei den Drogerien die fachliche Unabhängigkeit der fachlich verantwortlichen Person zu gewährleisten, wenn diese nicht Inhaberin des Betriebes ist.

Die Anforderungen an die fachliche Unabhängigkeit der verantwortlichen Person werden in der Verordnung umschrieben.

Art. 24 Fachlich verantwortliche Person

Analog zur Regelung der Apotheken, wonach Inhabende einer Berufsausübungsbewilligung gleichzeitig nur einen Betrieb leiten dürfen, sollen auch die eine Drogerie leitenden Drogistinnen und Drogisten gleichzeitig nur eine Drogerie leiten dürfen. Die die Drogerie leitende Person hat analog zu den Apotheken in der Regel in der Drogerie anwesend zu sein.

Die Stellvertreterregelung entspricht der bisherigen Praxis. So muss sich die fachlich verantwortliche Person bei Abwesenheit von mehr als 90 Öffnungstagen innert zwölf Monaten durch einen Drogisten beziehungsweise eine Drogistin mit Berufsausübungsbewilligung vertreten lassen. Bei Abwesenheit an weniger Öffnungstagen können auch diplomierte Drogisten beziehungsweise Drogistinnen als Vertreter beziehungsweise Vertreterinnen tätig sein.

4. Klinische Versuche mit Heilmitteln

Art. 25 Zustimmung der Ethikkommission

Diese Bestimmung entspricht Art. 32 Abs. 1 der Heilmittelverordnung. Die weniger wichtigen Absätze 2 bis 5 des vorgenannten Artikels werden, soweit weiterhin angezeigt, in die Verordnung aufgenommen.

5. Vollzug und Strafbestimmungen

Art. 26 Inspektionen

Diese Bestimmung stützt sich auf Art. 30 und 58 HMG, wonach die Kantone verpflichtet sind, in den Heilmittelbetrieben im Detailhandel periodische Inspektionen durchzuführen und dabei zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Bewilligungen noch erfüllt sind. Ohne besondere Veranlassung werden die periodischen Inspektionen vor Ablauf der Bewilligung zwecks Neuerteilung durchgeführt.

Art. 27 Verwaltungsmassnahmen

Zum Vollzug der Heilmittelgesetzgebung ist das Gesundheitsamt ermächtigt, im Rahmen der Zuständigkeiten des Kantons die Verwaltungsmassnahmen gemäss Art. 66 Abs. 2 HMG zu treffen.

Art. 28 Warenproben

Absatz 1 dieses Artikels entspricht Art. 35 Abs. 1 der Heilmittelverordnung. Proben werden in aller Regel nur auf begründeten Anlass erhoben.

Absatz 2 regelt den Umgang mit untersuchten Proben, die nicht vorschriftsgemäss oder gesundheitsgefährdend sind (z. B. in der Schweiz nicht zugelassene, ausländische Präparate).

Die Kosten der Vernichtung von beanstandeten Proben werden dem Eigentümer beziehungsweise der Eigentümerin der Proben auferlegt.

Art. 29 Kontrolle

Diese Bestimmung entspricht Art. 34 Abs. 1 der Heilmittelverordnung. Nur unangemeldete Kontrollen widerspiegeln den üblichen Arbeitsalltag und lassen Rückschlüsse auf die Qualität im Umgang mit Arzneimitteln zu. In begründeten Fällen kann auf Wunsch der verantwortlichen Person eine unangemeldete Inspektion auch verschoben werden.

Art. 30 Strafbestimmungen

Aufgrund der per 1. Januar 2011 in Kraft tretenden Schweizerischen Strafprozessordnung ist das kantonale Verwaltungsstrafverfahren vom Kanton neu zu regeln. Dies soll in dem in der Junisession 2010 des Grossen Rates zur Beratung gelangendem Einführungsgesetz zur Schweizerischen Strafprozessordnung erfolgen (B 2009–2010 S. 795 ff.). Soll die bestehende Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden für die Ahndung von Übertretungstatbeständen beibehalten werden, ist dies explizit im kantonalen Spezialgesetz vorzusehen (Art. 18 Abs. 1 des Entwurfes zum Einführungsgesetz zur Schweizerischen Strafprozessordnung). Die Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden für die Ahndung von Übertretungsstrafbeständen der Heilmittelgesetzgebung soll aufgrund der besonderen Fachkenntnisse dieser Behörden beibehalten werden. Art. 30 sieht entsprechend vor, dass die zuständige kantonale Verwaltungsbehörde die Heilmittelübertretungs-Tatbestände untersucht und ahndet.

Die Zuständigkeit des Amtes ergibt sich aus Anhang 1 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung (RVOV, BR 170.310; Ziff. I.1.A.b sowie Ziff. I.2.C.g). Dementsprechend ist für die Ahndung von Widerhandlungen gegen dieses Gesetz oder die sich darauf stützenden Verordnungen und Verfügungen im Humanbereich das Gesundheitsamt zuständig. Liegen Verstösse im Veterinärbereich vor, obliegt die Durchführung des Strafverfahrens dem Departement für Volkswirtschaft und Soziales (Art. 80 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 und Art. 4 Abs. 2 lit. b. VetG).

Die Höhe der maximalen Busse in Absatz 1 richtet sich nach dem Strafmass von Art. 87 HMG.

6. Übergangsbestimmungen

Art. 31 Bestehende Bewilligungen

Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass innert nützlicher Frist auf dem neuen Recht beruhende Bewilligungen ausgestellt werden.

Art. 32 Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke

Für die Umsetzung der neu eingeführten Bewilligungspflicht für den Betrieb von Privatapotheken durch Zahnärzte beziehungsweise Zahnärztinnen ist eine Übergangsfrist für die Gesuchseinreichung vorzugeben. Eine sechsmonatige Frist für die Gesuchseinreichung ist angemessen.

Art. 33 Meldung der nach eigener Formel hergestellten Arzneimittel

Mit der Einführung der Meldepflicht für das Inverkehrbringen von Hausspezialitäten ist eine Übergangsfrist einzuführen. Je nach Anzahl Hausspezialitäten, die ein Betrieb melden muss, ist der administrative Aufwand nicht voraussehbar, weshalb eine einjährige Frist für die Gesuchseinreichung angemessen erscheint.

Art. 34 Hängige Bewilligungsgesuche

Die vorliegende Bestimmung legt im Interesse der möglichst raschen Anwendung des neuen Rechts fest, dass hängige Bewilligungsgesuche nach neuem Recht zu beurteilen sind.

7. Schlussbestimmungen

Art. 35 Änderung bisherigen Rechts

Art. 36 und 41 des Gesundheitsgesetzes enthalten Bestimmungen, die den Heilmittelbereich betreffen. Diese Bestimmungen werden – soweit sie nicht die Selbstdispensation der Ärzte betreffen oder damit im Zusammenhang stehen – in das Einführungsgesetz überführt. Entsprechend sind sie im Gesundheitsgesetz aufzuheben.

Die in Art. 36 Abs. 1 geregelte Bewilligungspflicht für den Betrieb von Privatapotheken von Spitälern, Kliniken und Pflegeheimen wird in Art. 12 überführt.

Die in Art. 41 Abs. 1 geregelte Bewilligungspflicht für den Betrieb von öffentlichen Apotheken wird in Art. 13 des Entwurfs überführt. Der Grundsatz von Art. 41 Abs. 2, dass nur öffentliche Apotheken beziehungsweise unter der Leitung einer Apothekerin oder eines Apothekers stehende Spitalapotheken ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Verschreibungen ausführen dürfen, wird in Art. 8 Abs. 1 des Entwurfs aufgenommen.

Art. 36 Inkrafttreten

Die Inkraftsetzung des Einführungsgesetzes zum Heilmittelgesetz ist auf den 1. Januar 2011 vorgesehen.

V. Finanzielle und personelle Auswirkungen

Der vorliegende Gesetzesentwurf übernimmt grossmehrheitlich bestehende Regelungen und hat daher keine wesentlichen finanziellen und personellen Auswirkungen. Die Einführung der Meldepflicht von Hausspezialitäten sowie des Bewilligungserfordernisses der Zahnärzte und Zahnärztinnen zur Führung einer Privatapotheke können in der Übergangsfrist zu einem personellen Engpass führen. Allfällige damit verbundene vorübergehende personelle Mehrkosten werden jedoch durch die eingehenden Bewilligungsgebühren kompensiert.

VI. Beachtung der VFRR-Grundsätze

Die Grundsätze der Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung und Rechtsanwendung (VFRR) werden beim vorliegenden Erlass beachtet. Auf Wiederholungen übergeordneten Rechts wird verzichtet, sofern nicht Aspekte der Lesbarkeit, der Verständlichkeit und des Vollzugs eine Wiederholung erforderlich scheinen lassen.

VII. Anträge

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir Ihnen:

1. auf die Vorlage einzutreten;
2. dem Erlass des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Einführungsgesetz zum Heilmittelgesetz) zuzustimmen.

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

Namens der Regierung

Der Präsident: *Lardi*

Der Kanzleidirektor: *Riesen*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Einführungsgesetz zum Heilmittelgesetz; EGzHMG)

Vom ...

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden,

gestützt auf Art. 87 der Kantonsverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom ...

beschliesst:

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1

¹ Dieses Gesetz regelt den in den Zuständigkeitsbereich des Kantons fallenden Vollzug der Bundesgesetzgebung über die Arzneimittel und Medizinprodukte im Humanbereich und gemäss den Absätzen 2 und 3 im Tierbereich. Geltungsbereich

² Bei der Ausführung von veterinärmedizinischen Verschreibungen gelangen die Artikel 8 und 9 sinngemäss zur Anwendung.

³ Bei Betrieben, die Tierarzneimittel abgeben, lagern oder herstellen, gelangen die Artikel 14, 16 und 17 sinngemäss zur Anwendung.

Art. 2

Als Medizinalpersonen im Sinne dieses Gesetzes gelten Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. Begriffe

II. Arzneimittel

Art. 3

¹ Spitalapotheken, öffentlichen Apotheken und Drogerien wird auf Gesuch die Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis, nach Formula officinalis sowie nach eigener Formel erteilt, wenn: Herstellung
1. Bewilligungspflicht

- a) die für die Herstellung verantwortliche Person über eine Berufsausübungsbewilligung als Apotheker beziehungsweise Apothekerin oder Drogist beziehungsweise Drogistin verfügt;

- b) ein der Art und dem Umfang der Herstellung entsprechendes Qualitätssicherungssystem vorhanden ist.

² Die Herstellungsbewilligung wird in die Betriebsbewilligung integriert.

Art. 4

2. Meldung und Inverkehrbringen

¹ Die nach eigener Formel hergestellten Arzneimittel dürfen erst in Verkehr gebracht werden, wenn das Amt diese bezüglich Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Bundesgesetzgebung geprüft hat.

² Sie sind zu diesem Zweck unter Angabe der Bezeichnung, Zusammensetzung, Dosierung und Beschriftung dem Amt zu melden. Die Beschriftung hat mit Ausnahme des Zulassungsvermerks und der Kennzeichnung der Abgabekategorie die gleichen Angaben zu enthalten, welche das Schweizerische Heilmittelinstitut auf den von ihr geprüften Arzneimitteln verlangt.

³ Die Bestätigung des Amtes der Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Bundesgesetzgebung wird befristet.

Art. 5

Berechtigung zur Anwendung

Die Regierung bezeichnet diejenigen Fachpersonen, die zur Anwendung von in ihrem Beruf gebräuchlichen Arzneimitteln berechtigt sind.

Art. 6

Lagerung von Blut und Blutprodukten

¹ Betriebe, die Blut oder Blutprodukte nur lagern, benötigen eine kantonale Bewilligung.

² Die Bewilligung wird erteilt, wenn

- a) ein zur Sicherstellung des vorschriftsgemässen Umgangs mit Blut und Blutprodukten geeignetes Qualitätssicherungssystem angewendet wird;
- b) dem Betrieb eine fachlich verantwortliche Person vorsteht, welche die Aufsicht ausübt und über die dazu notwendige Sachkenntnis und Erfahrung verfügt;
- c) geeignete Räumlichkeiten und Einrichtungen vorhanden sind.

³ Die Bewilligung wird befristet.

Art. 7

Verschreibungen 1. Gültigkeit

¹ Verschreibungen von Medizinalpersonen haben zu ihrer Gültigkeit zu enthalten:

- a) den Namen der ausstellenden Person sowie deren Praxisadresse in Druckschrift;
- b) die Unterschrift der ausstellenden Person;
- c) den Namen und Jahrgang des Patienten beziehungsweise der Patientin;
- d) das Ausstellungsdatum;
- e) die Art und Menge des abzugebenden Arzneimittels.

² Verschreibungen sind, wenn nichts anderes verordnet wird, maximal drei Monate, Dauerverschreibungen ein Jahr gültig.

Art. 8

¹ Verschreibungen von Medizinalpersonen dürfen nur von öffentlichen Apotheken und von unter der fachlich verantwortlichen Leitung eines Apothekers beziehungsweise einer Apothekerin stehenden Privatapotheken von Spitälern und Kliniken ausgeführt werden. 2. Ausführung

² Ist die Verschreibung unklar abgefasst oder scheint ein Irrtum vorzuliegen, hat die fachlich verantwortliche Person vor der Ausführung mit der die Verschreibung ausstellenden Person Kontakt aufzunehmen.

Art. 9

¹ Verschreibungen von Medizinalpersonen für Arzneimittel der Abgabekategorie A oder für solche, die aufgrund eines Vermerks auf der Verschreibung nicht wiederholt abgegeben werden dürfen, sind in der Apotheke zurückzubehalten oder zu entwerten. 3. Zurückbehaltung und Rückgabe

² Verschreibungen von Medizinalpersonen, die zum wiederholten Gebrauch zurückgegeben werden, sind mit dem Namen der Apotheke und dem Datum der Abgabe zu versehen.

³ Gefälschte Verschreibungen sind dem Amt zuzustellen.

Art. 10

Die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels ohne Verschreibung ist zu dokumentieren. Die behandelnde Medizinalperson ist nachträglich über die Abgabe zu informieren. 4. Fehlende Verschreibung

Art. 11

¹ Die öffentlichen Apotheken haben fortlaufend in übersichtlicher Weise Aufzeichnungen über die Abgabe von Betäubungsmitteln und von nach Formula magistralis hergestellten Arzneimitteln zu machen. Dokumentationspflicht

² Die Aufzeichnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- a) den Namen des Patienten beziehungsweise der Patientin;
- b) die Art und Menge des Arzneimittels;
- c) das Abgabedatum;
- d) allfällige Gebrauchsanweisungen sowie
- e) den Namen der die Verschreibung ausstellenden Person.

³ Die Aufzeichnungen sind zehn Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrungspflicht ist auch bei Aufgabe des Heilmittelbetriebs sicherzustellen.

⁴ Die Regierung kann die Dokumentationspflicht auf weitere Arzneimittel ausdehnen.

III. Heilmittelbetriebe im Detailhandel

1. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 12

Definition

Als Heilmittelbetriebe im Detailhandel (Heilmittelbetriebe) gelten öffentliche Apotheken, Privatapotheken von Medizinalpersonen, Spitalern, Kliniken, Pflegeheimen sowie Drogerien.

Art. 13

Bewilligungspflicht

¹ Die Führung eines Heilmittelbetriebes untersteht der Bewilligungspflicht.

² Die Bewilligung wird befristet.

Art. 14

Lagerung

¹ Arzneimittel der Abgabekategorien A bis D müssen getrennt von anderen Waren aufbewahrt werden. Sie dürfen nicht im Selbstbedienungsbereich angeboten werden.

² Heilmittelbetriebe dürfen keine Heilmittel lagern, zu deren Abgabe oder Verarbeitung sie nicht befugt sind. Ausgenommen sind Rücknahmen von Heilmitteln zur fachgerechten Entsorgung.

Art. 15

Abgabebeschränkungen

¹ Arzneimittel der Abgabekategorien A bis D dürfen grundsätzlich ausserhalb des bewilligten Betriebes nicht in Verkehr gebracht werden.

² Die Abgabe von Arzneimitteln der Abgabekategorien C und D in Ausstellungen bedarf einer Bewilligung.

³ Medizinalpersonen dürfen Arzneimittel nur den bei ihnen in Behandlung stehenden Patienten und Patientinnen abgeben.

Art. 16

Ankündigung

Ankündigungen wie Geschäftsbezeichnungen, Firmen- und Werbeschriften von Heilmittelbetrieben dürfen keinen rechtswidrigen oder täuschenden Inhalt haben.

Art. 17

Qualitätssicherung

Jeder Heilmittelbetrieb, der Arzneimittel herstellt, vertreibt oder lagert, hat ein Qualitätssicherungssystem zu unterhalten, das der Art, der Bedeutung und dem Umfang der durchzuführenden Arbeiten und Dienstleistungen angemessen ist.

2. ÖFFENTLICHE APOTHEKEN

Art. 18

¹ Die Betriebsbewilligung wird erteilt, wenn

- a) die für den Betrieb fachlich verantwortliche Person über die Berufsausübungsbewilligung als Apotheker beziehungsweise Apothekerin verfügt;
- b) die Räumlichkeiten und Einrichtungen für die Geschäftstätigkeit geeignet sind und die dafür notwendige Ausrüstung in funktionstüchtigem Zustand vorhanden ist;
- c) ein separates Labor vorhanden ist, das die Herstellung von Arzneimitteln nach formula magistralis nach den Regeln der Guten Herstellungspraxis erlaubt.

Bewilligungs-
voraussetzungen

² Ist die fachlich verantwortliche Person nicht Inhaber beziehungsweise Inhaberin des Betriebs, ist ihre fachliche Unabhängigkeit zu gewährleisten.

Art. 19

¹ Die fachlich verantwortliche Person darf nur eine Apotheke führen. Mit Zustimmung des Amtes ist die Leitung eines Zweitbetriebes zulässig, wenn sichergestellt ist, dass gleichzeitig nur ein Betrieb geöffnet ist.

Fachlich
verantwortliche
Person

² Sie muss während den Öffnungszeiten in der Apotheke in der Regel anwesend sein.

³ Bei Abwesenheit hat sie für eine Vertretung zu sorgen. Die sie vertretende Person hat über eine Berufsausübungsbewilligung oder eine Stellvertreterbewilligung als Apotheker beziehungsweise Apothekerin zu verfügen.

3. PRIVATAPOTHEKEN VON ZAHNÄRZTEN UND ZAHNÄRZTINNEN

Art. 20

¹ Die Bewilligung zum Betrieb einer Privatapotheke von Zahnärzten beziehungsweise Zahnärztinnen wird erteilt, wenn für eine fachgerechte Lagerung und Abgabe der Arzneimittel Gewähr besteht.

Bewilligungs-
voraussetzungen

² Zahnärzte und Zahnärztinnen sind ermächtigt, die in der Zahnheilkunde gebräuchlichen Arzneimittel abzugeben.

³ Der freie Verkauf oder die Belieferung von Wiederverkäufern ist nicht erlaubt.

⁴ Die bei Gruppenpraxen für den Betrieb fachlich verantwortliche Person hat über eine Berufsausübungsbewilligung im Bereich der Humanmedizin, Zahnmedizin oder Pharmazie zu verfügen.

4. PRIVATAPOTHEKEN VON SPITÄLERN, KLINIKEN UND PFLEGEHEIMEN

Art. 21

Bewilligungs-
voraussetzungen

¹ Die Betriebsbewilligung wird erteilt, wenn die Räumlichkeiten und Einrichtungen für die Geschäftstätigkeit geeignet sind und die dafür notwendige Ausrüstung in funktionstüchtigem Zustand vorhanden ist.

² Ist die fachlich verantwortliche Person der Privatapotheke nicht im Besitz eines anerkannten Apothekerdiploms, wird die Bewilligung nur erteilt, wenn die regelmässige Kontrolle der Privatapotheke sowie die pharmazeutische Beratung durch einen Apotheker beziehungsweise eine Apothekerin mit Berufsausübungsbewilligung vertraglich sichergestellt sind.

Art. 22

Arzneimittel-
abgabe

¹ Arzneimittel dürfen, Notfälle ausgenommen, nur an die in der Einrichtung in stationärer Behandlung stehenden Personen abgegeben werden. Die Abgabebefugnis erstreckt sich auch auf den Austrittstag und die ihm folgenden drei Tage.

² Unter der fachlich verantwortlichen Leitung eines Apothekers beziehungsweise einer Apothekerin stehende Privatapotheken dürfen Arzneimittel zusätzlich an das Personal der eigenen Einrichtung abgeben.

5. DROGERIEN

Art. 23

Bewilligungs-
voraussetzungen

¹ Die Betriebsbewilligung wird erteilt, wenn

- a) die für den Betrieb fachlich verantwortliche Person über die Berufsausübungsbewilligung als Drogist beziehungsweise Drogistin verfügt;
- b) die Räumlichkeiten und Einrichtungen für die Geschäftstätigkeit geeignet sind und die dafür notwendige Ausrüstung in funktionstüchtigem Zustand vorhanden ist.

² Ist die fachlich verantwortliche Person nicht Inhaber beziehungsweise Inhaberin des Betriebs, ist ihre fachliche Unabhängigkeit zu gewährleisten.

Art. 24

Fachlich
verantwortliche
Person

¹ Die fachlich verantwortliche Person darf nur eine Drogerie führen. Mit Zustimmung des Amtes ist die Leitung eines Zweitbetriebes zulässig, wenn sichergestellt ist, dass gleichzeitig nur ein Betrieb geöffnet ist.

² Sie muss während den Öffnungszeiten in der Drogerie in der Regel anwesend sein.

³ Bei Abwesenheit hat sie für eine Vertretung zu sorgen. Die sie vertreten-
de Person hat über ein eidgenössisches oder ein gesamtschweizerisch an-
erkanntes ausländisches Drogistendiplom oder über einen eidgenössischen
Fähigkeitsausweis zu verfügen.

⁴ Bei Abwesenheit von mehr als 90 Öffnungstagen innert zwölf Monaten
ist dem Amt die sie vertretende Person, welche über eine Berufsaus-
übungsbewilligung als Drogist beziehungsweise Drogistin zu verfügen
hat, zu melden.

IV. Klinische Versuche mit Heilmitteln

Art. 25

Klinische Versuche mit Heilmitteln am Menschen dürfen nur durchgeführt
werden, wenn sie von der vom Kanton mit der Prüfung entsprechender
Gesuche beauftragten Ethikkommission befürwortet worden sind.

Zustimmung der
Ethikkommission

V. Vollzug und Strafbestimmungen

Art. 26

¹ Das Amt führt periodisch Inspektionen bei den Heilmittelbetrieben durch
und kontrolliert die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

Inspektionen

² Es nimmt zudem Inspektionen bei Handänderungen, Wechseln der Be-
triebsleitung sowie bei wesentlichen baulichen Veränderungen vor.

Art. 27

Dem Amt stehen die in Artikel 66 Absatz 2 des Bundesgesetzes aufgeführ-
ten Befugnisse zu.

Verwaltungs-
massnahmen

Art. 28

¹ Das Amt kann von Heilmitteln entschädigungslos Proben erheben.

Warenproben

² Entsprechen die untersuchten Proben nicht den Vorschriften der Gesetz-
gebung oder erweisen sie sich als gesundheitsgefährdend, kann es die
Heilmittel beschlagnahmen, amtlich verwahren oder vernichten.

³ Die Kosten werden dem Eigentümer beziehungsweise der Eigentümerin
der Heilmittel auferlegt.

Art. 29

Das Amt ist zur Durchsetzung der Heilmittelgesetzgebung befugt, jeder-
zeit und überall unangemeldet oder nach Vereinbarung Kontrollen durch-
zuführen sowie Beweismittel zu erheben. Zu diesem Zweck kann es Ein-
sicht in die Geschäfts-, Betriebs-, Lager- und Praxisräume und die ein-
schlägigen Unterlagen nehmen.

Kontrolle

Art. 30

Straf-
bestimmungen

¹ Vorsätzliche oder fahrlässige Widerhandlungen gegen dieses Gesetz oder sich darauf stützende Verordnungen und Verfügungen werden vom zuständigen Amt mit Busse bis 50 000 Franken bestraft.

² Die Ahndung von Verstössen gegen Bestimmungen dieses Gesetzes, die den Umgang mit Tierarzneimitteln betreffen, richtet sich nach dem kantonalen Veterinärgesetz.

³ Übertretungstatbestände des Bundesrechts werden vom zuständigen Amt geahndet.

VI. Übergangsbestimmungen

Art. 31

Bestehende
Bewilligungen

Bestehende Bewilligungen bleiben längstens 60 Tage nach der ersten Inspektion gültig, jedoch maximal zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Art. 32

Bewilligung zur
Führung einer
Privatapotheke

Zahnärzte beziehungsweise Zahnärztinnen, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine Privatapotheke führen, haben innerhalb von sechs Monaten seit Inkrafttreten dieses Gesetzes das Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zu stellen.

Art. 33

Meldung der nach
eigener Formel
hergestellten
Arzneimittel

Sämtliche nach eigener Formel hergestellte Arzneimittel sind innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem Amt zu melden.

Art. 34

Hängige
Bewilligungs-
gesuche

Bewilligungsgesuche, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes hängig sind, werden nach neuem Recht beurteilt.

VII. Schlussbestimmungen

Art. 35

Änderung
bisherigen Rechts

Das Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz) vom 2. Dezember 1984 wird wie folgt geändert:

Art. 36 Abs. 1

¹ Mit Bewilligung des Amtes können Ärzte (...) eine Privatapotheke führen.

Art. 41

Aufgehoben

Art. 36

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

Inkrafttreten

² Die Regierung bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Lescha introductiva tar la lescha federala davart ils medicaments ed ils products medicinalis (lescha introductiva tar la lescha davart ils products terapeutics; LitLPter)

dals ...

Il cussegl grond dal chantun Grischun,

sa basond sin l'art. 87 da la constituziun chantunala, suenter avair gi' invista da la missiva da la regenza dals ...,

concluda:

I. Disposiziuns generalas

Art. 1

¹ Questa lescha regla l'execuziun da la legislaziun federala davart ils medicaments ed ils products medicinalis dal sector da l'uman e – tenor ils alineas 2 e 3 – dal sector dals animals, uschenavant che questa legislaziun appartegna al champ da competenza dal chantun.

Champ
d'applicaziun

² En cas da receipts da la medischna veterinara vegnan applitgads ils artitgels 8 e 9 conform al senn.

³ En cas da manaschis che consegnan, depositeschan u produceschan medicaments veterinars vegnan applitgads ils artitgels 14, 16 e 17 conform al senn.

Art. 2

Sco personas medicinalas en il senn da questa lescha valan medias e medis sco er dentistas e dentists. Noziuns

II. Medicaments

Art. 3

¹ Ad apotecas d'ospital, ad apotecas publicas ed a drogeries vegn – sin dumonda – concedida la permissiun per producir medicaments tenor la formula magistralis, tenor la formula officinalis sco er tenor in'atgna furmla:

Producziun
1. obligaziun da
dumandar ina
permissiun

- a) sche la persuna ch'è responsabla per la producziun ha la permissiun per pratitgar la professiun sco apotecra u sco apotecher ubain sco droghista u sco droghist;

b) sch'igl è avant maun in sistem per garantir la qualitat che correspunda al gener ed a la dimensiun da la producziun.

² La permissiun da producziun vegn integrada en la permissiun da manaschi.

Art. 4

2. annunzia e messa en circulaziun

¹ Ils medicaments che vegnan producids tenor in'atgna furmla dastgan vegnir mess en circulaziun pir, sche l'uffizi ha controllà che quels correspundian a las disposiziuns da la legislaziun federala.

² Per quest intent ston els vegnir annunziads a l'uffizi cun l'indicaziun da la denominaziun, da la cumposiziun, da la dosa e da l'inscripziun. L'inscripziun sto cuntegnair – cun excepziun da la remartga d'admissiun e da la designaziun da la categoria da consegna – las medemas indicaziuns sco quellas che l'institut svizzer per products terapeutics pretenda per ils medicaments che vegnan controllads dad el.

³ La conferma da l'uffizi ch'ils medicaments correspundian a las disposiziuns da la legislaziun federala vegn limitada.

Art. 5

Dretg d'applicaziun

La regenza designescha quellas persunas spezializadas che han il dretg d'applitgar ils medicaments ch'èn usitads en lur professiun.

Art. 6

Conservaziun da sang e da products da sang

¹ Manaschis che mo conservan sang u products da sang, dovran ina permissiun chantunala.

² La permissiun vegn concedida:

- a) sch'i vegn applitgà in sistem per garantir la qualitat ch'è adattà per garantir ch'il sang e ch'ils products da sang vegnian tractads confurm a las prescripziuns;
- b) sch'il manaschi vegn manà d'ina persuna che ha la responsabladad professiunala, che fa la surveglianza e che ha la cumpetenzza e l'experienscha ch'en necessarias per quest intent;
- c) sch'igl è avant maun localitads ed indrizz adattads.

³ La permissiun vegn limitada.

Art. 7

Recepts
1. valaivladad

¹ Per esser valaivels ston recepts d'ina persuna medicinala cuntegnair:

- a) il num da la persuna che emetta il recept sco er l'adressa da sia pratica en scrittira stampada;
- b) la sottascripziun da la persuna che emetta il recept;
- c) il num e l'annada da la pazienta u dal pazient;
- d) la data da l'emissiun;
- e) il gener e la quantitat dal medicament che vegn consegnà.

² Recepts valan maximalmain 3 mais, nun ch'i vegnia ordinà insatge auter; recepts permanents valan 1 onn.

Art. 8

¹ Recepts da personas medicinalas dastgan mo vegnir exequids d'apotecas publicas e d'apotecas privatas d'ospitals e da clinicas che vegnan manadas d'ina apoteca u d'in apotecher che ha la responsabladad professiunala. 2. execuziun

² Sch'in recept è formulà uschia ch'el n'è betg cler u sch'i para da sa tractar d'in sbagl, ha la persuna che ha la responsabladad professiunala da contactar la persuna che ha emess il recept, avant che exequir il recept.

Art. 9

¹ Recepts da personas medicinalas per medicaments da la categoria da consegna A u per tals che na dastgan – pervia d'ina remartga sin il recept – betg vegnir consegnads repetidamain, ston vegnir retegnids en l'apoteca u ston vegnir svalitads. 3. retenziun e restituziun

² Auters recepts da personas medicinalas che vegnan restituids, perquai ch'els pon vegnir duvrads pliras giadas, ston vegnir munids cun il num da l'apoteca e cun la data da la consegna.

³ Recepts ch'èn sfalsifitgads ston vegnir tramess a l'uffizi.

Art. 10

Sch'in medicament che dovra in recept vegn consegnà senza recept, sto quai vegnir documentà. La persuna medicinala ch'è responsabla per il tractament sto vegnir infurmada posteriuramain davart questa consegna. 4. mancanza dal recept

Art. 11

¹ Las apotecas publicas ston documentar cuntinuadamain ed en moda surveaivla la consegna da narcotics e da medicaments ch'èn vegnids producids tenor la formula magistralis. Obligaziun da documentaziun

² Las documentaziuns ston cuntegnair las suandantas indicaziuns:

- a) il num da la pazienta u dal pazient;
- b) il gener e la quantidad dal medicament;
- c) la data da la consegna;
- d) eventualas instrucziuns da diever; sco er
- e) il num da la persuna che emetta il recept.

³ Las inscripziuns ston vegnir tegnidas en salv 10 onns. L'obligaziun da tegnair en salv las documentaziuns sto esser garantida, er sch'il manaschi da medicaments vegn smess.

⁴ La regenza po suttametter ulteriurs medicaments a l'obligaziun da documentaziun.

III. Manaschis da medicaments en il commerzi en detagl

1. DISPOSIZIUNS GENERALAS

Art. 12

Definiziun Sco manaschis da medicaments en il commerzi en detagl (manaschis da medicaments) valan apotecas publicas, apotecas privatas da persunas medicinalas, d'hospitals, da clinicas, da chasas da tgira e drogarias.

Art. 13

Obligaziun da dumandar ina permissiun ¹ La gestiun d'in manaschi da medicaments è suttamessa a l'obligaziun da dumandar ina permissiun.

² La permissiun vegn limitada.

Art. 14

Conservaziun ¹ Medicaments da las categorias da consegna A fin D ston vegnir conservads separadamain da las autras raubas. Els na dastgan betg vegnir offrìs en il sector da l'autoservetsch.

² Manaschis da medicaments na dastgan conservar nagins medicaments ch'els na dastgan betg consegnar u producir sez. Exceptadas da quai èn restituziuns da medicaments per als dismetter tenor las prescripziuns.

Art. 15

Restricziun da la consegna ¹ Medicaments da las categorias da consegna A fin D na dastgan da princip betg vegnir mess en circulaziun ordaifer il manaschi permess.

² La consegna da medicaments da las categorias da consegna C e D en exposiziuns dovran ina permissiun.

³ Persunas medicinalas dastgan consegnar medicaments mo a las pazientas ed als pazients che vegnan tractads dad ellas.

Art. 16

Avis Avis sco designaziuns da la fatschenta, scrittiras da la firma e scrittiras da reclama da manaschis da medicaments na dastgan betg avair in cuntegn ch'è illegal u che maina en errur.

Art. 17

Garanzia da la qualitat Mintga manaschi da medicaments che producescha, che venda u che depositescha medicaments sto avair in sistem per garantir la qualitat ch'è adattà al gener, a l'impurtanza ed a la dimensiun da las lavurs che ston vegnir fatgas e dals servetschs che ston vegnir furnids.

2. APOTECAS PUBLICAS

Art. 18

¹ La permissiun da manaschi vegn concedida:

Premissas per la permissiun

- a) sche la persuna che ha la responsabladad professiunala per il manaschi ha la permissiun per pratitgar la professiun sco apotecra u sco apotecher;
- b) sche las localitads ed ils indrizs èn adattads per l'activitad commerziala e l'equipament ch'è necessari per quai è avant maun en in stadi che funcziuna en moda irreproschabla;
- c) sch'igl è avant maun in labor separà che permetta da producir medicaments tenor la formula magistralis conform a las reglas da la buna pratica da producziun.

² Sche la persuna che ha la responsabladad professiunala n'è betg la possessura dal manaschi, sto sia independenza professiunala esser garantida.

Art. 19

¹ La persuna che ha la responsabladad professiunala dastga manar mo in'apoteca. Cun il consentiment da l'uffizi èsi admissibel da manar in segund manaschi, sch'igl è garanti ch'igl è avert mo in manaschi il medem mument.

Persuna che ha la responsabladad professiunala

² Ella sto per regla esser preschenta en l'apoteca durant las uras d'avertura.

³ Sch'ella è absenta, ha ella da procurar per ina substituziun. La persuna che la substituescha sto posseder ina permissiun per pratitgar la professiun u ina permissiun per far ina substituziun sco apotecra u sco apotecher.

3. APOTECAS PRIVATAS DA DENTISTAS E DA DENTISTS

Art. 20

¹ La permissiun per dentistas e per dentists per manar in'apoteca privata vegn concedida, sch'igl è garanti ch'ils medicaments vegnian depositads e consegnads en moda e maniera cumpetenta.

Premissas per la permissiun

² Dentistas e dentists èn autorisads da consegnar ils medicaments che vegnan duvrads normalmain en la medischina dentala.

³ La vendita libra u la furniziun da revendidras e da rivendiders n'è betg permessa.

⁴ La persuna che ha la responsabladad professiunala per manar ina pratica da grupp sto avair ina permissiun per pratitgar la professiun en il sectur da la medischina umana, da la medischina dentala u da la farmazia.

4. APOTECAS PRIVATAS D'OSPITALS, DA CLINICAS E DA CHASAS DA TGIRA

Art. 21

Premissas per la permissiun

¹ La permissiun da manaschi vegn concedida, sche las localitads e sch'ils indrizs èn adattads per l'activitad commerziala e sche l'equipament ch'è necessari per quai è avant maun en in stadi che funcziuna en moda irreproschabla.

² Sche la persuna che ha la responsabladad professiunala per manar l'apoteca privata n'è betg en possess d'in diplom d'apoteca u d'apotecher renconuschì vegn la permissiun concedida mo, sche la controlla regulara da l'apoteca privata e sche la cussegliaziun farmaceutica tras in'apoteca u tras in apotecher che posseda ina permissiun per pratitgar la professiun èn garantidas cun in contract.

Art. 22

Consegna da medicaments

¹ Cun excepziun da cas d'urgenza dastgan medicaments vegnir consegnads mo a persunas che survegnan in tractament staziunar en l'instituziun. L'autorisaziun da consegnar medicaments cumpiglia er il di d'extrada ed ils proxims 3 dis che suondan.

² Apotecas privatas che vegnan manadas d'ina apoteca u d'in apotecher che ha la responsabladad professiunala dastgan consegnar medicaments er al personal da l'atgna instituziun.

5. DROGARIAS

Art. 23

Premissas per la permissiun

¹ La permissiun da manaschi vegn concedida, sche:

- a) la persuna che ha la responsabladad professiunala per il manaschi ha la permissiun per pratitgar la professiun sco droghista u sco droghist;
- b) las localitads ed ils indrizs èn adattads per l'activitad commerziala e l'equipament ch'è necessari per quai è avant maun en in stadi che funcziuna en moda irreproschabla.

² Sche la persuna che ha la responsabladad professiunala n'è betg la possessura dal manaschi, sto sia independenza professiunala esser garantida.

Art. 24

Persuna che ha la responsabladad professiunala

¹ La persuna che ha la responsabladad professiunala dastga manar mo ina drogaria. Cun il consentiment da l'uffizi èsi admissibel da manar in segund manaschi, sch'igl è garantì ch'igl è avert mo in manaschi il medem mument.

² Ella sto per regla esser preschenta en la drogaria durant las uras d'avertura.

³ Sch'ella è absenta, ha ella da procurar per ina substituziun. La persuna che la substitutescha ha d'avair in diplom federal u in diplom ester da droghista u da droghist ch'è reconuschì en tut la Svizra ubain in certificat da qualificaziun federal.

⁴ Sch'ella è absenta dapli che 90 dis d'avertura entaifer 12 mais, sto la persuna che la substitutescha vegnir annunziada a l'uffizi. Quella persuna sto avoir la permissiun per pratitgar la professiun sco droghista u sco droghist.

IV. Experiments clinics cun medicaments

Art. 25

Experiments clinics cun medicaments vi da personas dastgan mo vegnir fatgs, sch'els èn vegnids approvads da la cumissiun chantunala d'etica ch'è incumbensada dal chantun d'examinar dumondas da quest gener.

Consentiment da
la cumissiun
d'etica

V. Execuziun e disposiziuns penalas

Art. 26

¹ L'uffizi fa periodicamain inspecziuns dals manaschis da medicaments e controllescha, sche las prescripziuns legalas vegnan observadas.

Inspecziuns

² Ultra da quai fa el inspecziuns en cas da midadas da maun, en cas da midadas da la direzziun dal manaschi sco er en cas da midadas architectonicas essenzialas.

Art. 27

L'uffizi ha las cumpetenzas che vegnan menziunadas en l'artitgel 66 alineia 2 da la lescha federala.

Mesiras
administrativas

Art. 28

¹ L'uffizi po prender gratuitamain emprovas da medicaments.

Emprovas da
raubà

² Sche las emprovas controlladas na correspundan betg a las prescripziuns da la legislaziun u sch'ellas sa mussan sco privel per la sanadad, po el confiscar, tegnair en salv uffizialmain u destruir ils medicaments.

³ Ils custs vegnan adossads a la proprietaria u al proprietari dals medicaments.

Art. 29

Per far valair la legislaziun davart ils products terapeutics è l'uffizi autorisà da far da tut temp e dapertut controllas sco er da prender cumprovas, e quai senza s'annunziar u tenor cunvegna. Per quest intent po

Controlla

el prender invista da las localitads da fatschenta, da manaschi, da deposit e da pratica sco er dals documents respectivs.

Art. 30

Disposiziuns
penalas

Cuntravenziuns che vegnan fatgas intenziunadamain u per negligientscha cunter questa lescha u cunter las ordinaziuns e disposiziuns che sa basan sin ella vegnan chastiadadas da l'uffizi cumpetent cun ina multa da fin a 50 000 francs.

² La sancziun da cuntravenziuns cunter las disposiziuns da questa lescha che concernan il diever da medicaments veterinars sa drizza tenor la lescha chantunala davart ils fatgs veterinars.

³ Causals da surpassaments dal dretg federal vegnan sancziunads da l'uffizi cumpetent.

VI. Disposiziuns transitoricas

Art. 31

Permissiuns
existentas

Permissiuns existentas restan valaivlas maximalmain 60 dis suenter l'emprima inspezziun, maximalmain dentant 2 onns suenter l'entrada en vigur da questa lescha.

Art. 32

Permissiun per
manar in'apoteca
privata

Dentistas e dentists che mainan in'apoteca privata il mument che questa lescha entra en vigur, ston inoltrar ina dumonda per la permissiun entaifer 6 mais dapi l'entrada en vigur da questa lescha.

Art. 33

Annunzia da
medicaments che
vegnan producids
tenor in'atgna
furmla

Tut ils medicaments che vegnan producids tenor in'atgna furmla ston vegnir annunziads a l'uffizi entaifer 1 onn suenter l'entrada en vigur da questa lescha.

Art. 34

Dumondas da
permissiun
pendentas

Dumondas da permissiun ch'èn pendentas il mument da l'entrada en vigur da questa lescha vegnan giuditgadas tenor il dretg nov.

VII. Disposiziuns finalas

Art. 35

Midada dal
dretg vertent

La lescha davart ils fatgs da sanadad dal chantun Grischun (lescha da sanadad) dals 2 da december 1984 vegn midada sco suonda:

Art. 36 al. 1

¹ Cun la permissiun da l'uffizi pon medis (...) manar in'apoteca privata.

Art. 41

aboli

Art. 36

¹ Questa lescha è sutmesssa al referendum facultativ.

Entrada en vigur

² La regenza fixescha il termin da l'entrada en vigur.

Legge d'applicazione della legge federale sui medicamenti e i dispositivi medici (Legge d'applicazione della legge sugli agenti terapeutici; LAdLATER)

del ...

Il Gran Consiglio del Cantone dei Grigioni,

visto l'art. 87 della Costituzione cantonale,
visto il messaggio del Governo del ...,

decide:

I. Disposizioni generali

Art. 1

¹ La presente legge disciplina l'esecuzione della legislazione federale sui medicamenti e i dispositivi medici che rientra nella competenza del Cantone nel settore umano e, conformemente ai capoversi 2 e 3, nel settore animale. Campo d'applicazione

² Nell'esecuzione di prescrizioni di medicina veterinaria si applicano per analogia gli articoli 8 e 9.

³ Nel caso di aziende che consegnano, immagazzinano o producono medicamenti veterinari si applicano per analogia gli articoli 14, 16 e 17.

Art. 2

Sono considerati operatori sanitari ai sensi della presente legge i medici e i dentisti. Concetti

II. Medicamenti

Art. 3

Alle farmacie ospedaliere, alle farmacie pubbliche e alle drogherie viene rilasciata, su richiesta, l'autorizzazione per la fabbricazione di medicamenti secondo formula magistralis, formula officinalis e formula propria, se: Fabbricazione
1. Obbligo di
autorizzazione

- a) la persona responsabile per la fabbricazione dispone di un'autorizzazione all'esercizio della professione di farmacista o droghiere;

b) è presente un sistema di garanzia della qualità conforme al tipo e all'entità della fabbricazione.

² L'autorizzazione di fabbricazione viene integrata nell'autorizzazione d'esercizio.

Art. 4

2. Notifica e immissione in commercio

¹ I medicinali fabbricati secondo una formula propria possono essere immessi in commercio soltanto quando l'Ufficio ne ha verificato la conformità alle disposizioni della legislazione federale.

² A questo scopo, vanno notificati all'Ufficio, indicando la denominazione, la composizione, il dosaggio e la dicitura. Ad eccezione dell'indicazione dell'omologazione e della categoria di vendita, la dicitura deve contenere le stesse indicazioni che l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici richiede per i medicinali da esso esaminati.

³ La conferma dell'Ufficio relativa alla conformità alle disposizioni della legislazione federale ha validità limitata.

Art. 5

Diritto di utilizzo

Il Governo designa gli specialisti autorizzati a utilizzare i medicinali usuali nella loro professione.

Art. 6

Immagazzinamento di sangue e di suoi derivati

¹ Le aziende che si limitano a immagazzinare sangue e suoi derivati necessitano di un'autorizzazione cantonale.

² L'autorizzazione viene rilasciata se:

- a) viene applicato un sistema di garanzia della qualità adatto ad assicurare il trattamento del sangue e dei suoi derivati conforme alle prescrizioni;
- b) l'azienda è diretta da uno specialista che esercita la vigilanza e che dispone delle conoscenze e dell'esperienza specifiche necessarie;
- c) sono a disposizione locali e attrezzature idonei.

³ L'autorizzazione è limitata nel tempo.

Art. 7

Prescrizioni
1. Validità

¹ Per essere valide, le prescrizioni di un operatore sanitario devono contenere:

- a) il nome della persona che le ha rilasciate, nonché l'indirizzo del suo studio, in stampatello;
- b) la firma della persona che ha rilasciato la prescrizione;
- c) il nome e l'anno di nascita del paziente;
- d) la data di rilascio;
- e) il genere e la quantità del medicamento da dispensare.

² Se non disposto diversamente, le prescrizioni sono valide al massimo tre mesi, le prescrizioni ripetibili un anno.

Art. 8

¹ Le prescrizioni di operatori sanitari possono essere eseguite soltanto da farmacie pubbliche, nonché da farmacie private di ospedali e cliniche che si trovano sotto la direzione specialistica di un farmacista. 2. Esecuzione

² Se la prescrizione è poco chiara o se pare contenere un errore, lo specialista responsabile deve prendere contatto con la persona che ha rilasciato la prescrizione, prima di eseguirla.

Art. 9

¹ Le prescrizioni di operatori sanitari per medicinali della categoria di vendita A o per medicinali che a seguito di un'annotazione sulla prescrizione non possono essere consegnati a più riprese vanno trattenute in farmacia oppure annullate. 3. Trattenuta e riconsegna

² Sulle altre prescrizioni di operatori sanitari, che vengono restituite per un uso ripetuto, vanno indicati il nome della farmacia e la data della consegna.

³ Le prescrizioni falsificate vanno inviate all'Ufficio.

Art. 10

La dispensazione senza prescrizione di un medicamento soggetto a prescrizione va documentata. L'operatore sanitario curante va informato a posteriori in merito alla dispensazione. 4. Assenza di una prescrizione

Art. 11

¹ Le farmacie pubbliche devono registrare costantemente e in modo chiaro la dispensazione di stupefacenti e di medicinali fabbricati secondo formula magistralis. Obbligo di documentazione

² Le registrazioni devono contenere le indicazioni seguenti:

- a) il nome del paziente;
- b) il genere e la quantità del medicamento;
- c) la data di dispensazione;
- d) eventuali istruzioni per l'uso, nonché
- e) il nome di chi ha rilasciato la prescrizione.

³ Le registrazioni vanno conservate per dieci anni. L'obbligo di conservazione va garantito anche in caso di chiusura dell'esercizio di medicinali.

⁴ Il Governo può estendere ad altri medicinali l'obbligo di documentazione.

III. Esercizi di medicinali nel commercio al dettaglio

1. DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 12

Definizione Sono considerati esercizi di medicinali nel commercio al dettaglio (esercizi di medicinali) le farmacie pubbliche, le farmacie private di operatori sanitari, di ospedali, cliniche e case di cura, nonché le drogherie.

Art. 13

Obbligo di autorizzazione ¹ La gestione di un esercizio di medicinali è soggetta ad autorizzazione.
² L'autorizzazione è limitata nel tempo.

Art. 14

Immagazzinamento ¹ I medicinali delle categorie di vendita da A a D vanno conservati separatamente dagli altri articoli. Non possono essere esposti a libero servizio.
² Gli esercizi di medicinali non possono immagazzinare agenti terapeutici alla cui dispensazione o preparazione essi non sono autorizzati. Fanno eccezione la ripresa di agenti terapeutici ai fini di un loro corretto smaltimento.

Art. 15

Limitazioni alla dispensazione ¹ Di principio i medicinali delle categorie di vendita da A a D non possono essere immessi in commercio al di fuori dell'esercizio autorizzato.
² La dispensazione di medicinali delle categorie di vendita C e D durante delle esposizioni necessita di un'autorizzazione.
³ Gli operatori sanitari possono dispensare medicinali soltanto ai pazienti che si trovano in cura da loro.

Art. 16

Annuncio Annunci come nomi commerciali, scritte della ditta e scritte pubblicitarie di esercizi di medicinali non possono avere un contenuto illecito o ingannevole.

Art. 17

Garanzia della qualità Ogni esercizio di medicinali che fabbrica, smercia o immagazzina medicinali deve gestire un sistema di garanzia della qualità adeguato alla tipologia, all'importanza e all'entità dei lavori e dei servizi da svolgere.

2. FARMACIE PUBBLICHE

Art. 18

¹ L'autorizzazione d'esercizio viene rilasciata se:

Presupposti per il
rilascio dell'auto-
rizzazione

- a) il gerente dispone dell'autorizzazione all'esercizio della professione di farmacista;
- b) i locali e le infrastrutture sono idonei all'attività commerciale e se le attrezzature necessarie sono presenti e funzionanti;
- c) è presente un laboratorio separato che consente la fabbricazione di medicinali secondo formula magistralis nel rispetto delle norme della Buona prassi di fabbricazione.

² Se il gerente non è proprietario dell'esercizio, va garantita la sua indipendenza nell'esercizio della professione.

Art. 19

¹ Il gerente può gestire una sola farmacia. Con il consenso dell'Ufficio è permessa la conduzione di un secondo esercizio, se è garantita l'apertura di un solo esercizio per volta.

Gerente

² Di norma egli deve essere presente in farmacia durante gli orari d'apertura.

³ In caso di assenza deve provvedere a una supplenza. Il supplente deve disporre di un'autorizzazione all'esercizio della professione di farmacista o di un'autorizzazione quale farmacista supplente.

3. FARMACIE PRIVATE DI DENTISTI

Art. 20

¹ L'autorizzazione per la gestione di una farmacia privata di dentisti viene rilasciata se vi è garanzia dell'immagazzinamento e della dispensazione dei medicinali a regola d'arte.

Presupposti per il
rilascio dell'auto-
rizzazione

² I dentisti sono autorizzati a dispensare i medicinali usuali in medicina dentaria.

³ La libera vendita oppure la fornitura a rivenditori non è consentita.

⁴ La persona responsabile per la gestione di studi associati deve disporre di un'autorizzazione all'esercizio della professione nel settore della medicina umana, della medicina dentaria o della farmacia.

4. FARMACIE PRIVATE DI OSPEDALI, CLINICHE E CASE DI CURA

Art. 21

Presupposti per il rilascio dell'autorizzazione

¹ L'autorizzazione per la gestione viene rilasciata se i locali e le infrastrutture sono idonei all'attività commerciale e se le attrezzature necessarie sono presenti e funzionanti.

² Se lo specialista responsabile della farmacia privata non è in possesso di un diploma di farmacista riconosciuto, l'autorizzazione viene rilasciata soltanto se sono garantiti contrattualmente il regolare controllo della farmacia privata, nonché la consulenza farmaceutica da parte di un farmacista in possesso dell'autorizzazione all'esercizio della professione.

Art. 22

Dispensazione di medicinali

¹ Salvo in casi d'emergenza, i medicinali possono essere dispensati soltanto a persone che si trovano in cura stazionaria presso la struttura. L'autorizzazione di dispensazione si estende anche al giorno di dimissione e ai tre giorni seguenti.

² Le farmacie private che si trovano sotto la direzione di un farmacista possono inoltre dispensare medicinali al personale della propria struttura.

5. DROGHERIE

Art. 23

Presupposti per il rilascio dell'autorizzazione

¹ L'autorizzazione d'esercizio viene rilasciata se:

- a) il gerente dispone dell'autorizzazione all'esercizio della professione di droghiere;
- b) i locali e le infrastrutture sono idonei all'attività commerciale e se le attrezzature necessarie sono presenti e funzionanti.

² Se il gerente non è proprietario dell'esercizio, va garantita la sua indipendenza nell'esercizio della professione.

Art. 24

Gerente

¹ Il gerente può gestire una sola drogheria. Con il consenso dell'Ufficio è permessa la conduzione di un secondo esercizio, se è garantita l'apertura di un solo esercizio per volta.

² Di norma egli deve essere presente in drogheria durante gli orari d'apertura.

³ In caso di assenza deve provvedere a una supplenza. Il supplente deve disporre di un diploma federale di droghiere o di un diploma estero di dro-

ghiere riconosciuto in tutta la Svizzera oppure di un attestato federale di capacità.

⁴ In caso di assenza superiore a 90 giorni di apertura in dodici mesi, all'Ufficio va notificato un supplente, che deve disporre dell'autorizzazione all'esercizio della professione di droghiere.

IV. Esperimenti clinici con agenti terapeutici

Art. 25

Esperimenti clinici con agenti terapeutici possono essere condotti sull'uomo solo se la Commissione etica incaricata dal Cantone di esaminare le relative domande li ha approvati.

Consenso della
Commissione
etica

V. Esecuzione e disposizioni penali

Art. 26

¹ L'Ufficio effettua periodicamente ispezioni presso gli esercizi di medicinali e controlla il rispetto delle prescrizioni di legge.

Ispezioni

² Esso procede inoltre a ispezioni in caso di passaggi di proprietà, cambiamenti nella direzione dell'esercizio, nonché in caso di importanti cambiamenti edilizi.

Art. 27

All'Ufficio spettano le competenze indicate nell'articolo 66 capoverso 2 della legge federale.

Provvedimenti
amministrativi

Art. 28

¹ L'Ufficio può prelevare senza indennizzo campioni di agenti terapeutici.

Campioni

² Se i campioni esaminati non risultano conformi alle prescrizioni della legislazione oppure risultano essere pericolosi per la salute, può sequestrare, conservare d'ufficio o distruggere gli agenti terapeutici.

³ Le spese vengono addebitate al proprietario degli agenti terapeutici.

Art. 29

Per applicare la legge sugli agenti terapeutici, l'Ufficio è autorizzato, in ogni momento, ovunque e senza preavviso oppure previo accordo, a effettuare controlli, nonché a prelevare mezzi di prova. A tale scopo esso può ispezionare i locali commerciali, dell'esercizio, del magazzino e dello studio medico, nonché la relativa documentazione.

Controllo

Art. 30

Disposizioni penali

¹ Infrazioni alla presente legge o a ordinanze e decisioni basate su di essa commesse con intenzione o per negligenza sono punite dall'Ufficio competente con la multa fino a 50 000 franchi.

² La punizione di infrazioni a disposizioni della presente legge che riguardano la gestione di medicinali veterinari si conforma alla legge cantonale sulla veterinaria.

³ Fattispecie di contravvenzione del diritto federale vengono punite dall'Ufficio competente.

VI. Disposizioni transitorie

Art. 31

Autorizzazioni esistenti

Le autorizzazioni esistenti rimangono valide per non più di 60 giorni dopo la prima ispezione, tuttavia al massimo per due anni dopo l'entrata in vigore della presente legge.

Art. 32

Autorizzazione per la gestione di una farmacia privata

I dentisti che al momento dell'entrata in vigore della presente legge gestiscono una farmacia privata devono presentare la domanda di rilascio di un'autorizzazione entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 33

Notifica dei medicinali fabbricati secondo formula propria

Tutti i medicinali fabbricati secondo formula propria vanno notificati all'Ufficio entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 34

Domande di autorizzazione pendenti

Le domande di autorizzazione pendenti al momento dell'entrata in vigore della presente legge sono valutate secondo il nuovo diritto.

VII. Disposizioni finali

Art. 35

Modifica del diritto previgente

La legge sull'igiene pubblica del Cantone dei Grigioni (Legge sull'igiene pubblica) del 2 dicembre 1984 è modificata come segue:

Art. 36 cpv. 1

¹ Con l'autorizzazione dell'Ufficio i medici (...) possono gestire una farmacia privata.

Art. 41

Abrogato

Art. 36

¹ La presente legge è soggetta a referendum facoltativo.

Entrata in vigore

² Il Governo stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Geltendes Recht

Heilmittelverordnung

Gestützt auf Art. 5 des Gesetzes über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz) vom 2. Dezember 1984¹⁾

von der Regierung erlassen am 7. Juli 1998

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1

Für das Inverkehrbringen von Heilmitteln sind die Vorschriften der Bundesgesetzgebung, des Gesetzes über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden²⁾, der Interkantonalen Vereinigung für die Kontrolle der Heilmittel, der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) und subsidiär dieser Verordnung massgeblich.

Massgebliches
Recht

Art. 2

Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen in dieser Verordnung beziehen sich auf beide Geschlechter, soweit sich aus dem Sinn der Verordnung nicht etwas anderes ergibt.

Gleichstellung
der Geschlechter

Art. 3

¹⁾ Als Heilmittel gelten:

- a. Arzneimittel einschliesslich pharmazeutischer Spezialitäten, Blut, Blutprodukte und Tierarzneimittel;
- b. Medizinprodukte.

Begriffs-
bestimmung

²⁾ Als Heilmittelbetriebe gelten:

- a. Herstellungs- und Grosshandelsbetriebe;
- b. Kleinhandelsbetriebe.

³⁾ Als Tierarzneimittel gelten auch Medizinalfutter sowie nicht verwendungsfertige Vormischungen und Konzentrate, die zur Herstellung eines

¹⁾ BR 500.000

²⁾ BR 500.000

Medizinalfutters oder eines supplementierten Futtermittels im Sinne der eidgenössischen Landwirtschaftsgesetzgebung bestimmt sind.

II. Heilmittelbetriebe

1. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 4

Bewilligung
1. Grundsatz

¹ Für die Errichtung, den Umbau wie auch die Verlegung eines Heilmittelbetriebes ist eine Bewilligung des Departementes erforderlich. Heilmittel-lager von Ärzten sind vom Bewilligungserfordernis ausgenommen.

² Die Pläne sind vor Baubeginn zur Genehmigung vorzulegen.

Art. 5

2. Voraus-
setzungen

¹ Der Heilmittelbetrieb muss entsprechend seiner Geschäftstätigkeit über Räume von zweckmässiger Grösse und Einrichtung verfügen, in einer räumlichen Einheit geführt werden und abschliessbar sein.

² Die Räume und Einrichtungen dürfen nicht gleichzeitig fremden Zwecken dienen.

³ Für Toiletten und deren Einrichtungen gelten die gleichen Vorschriften wie bei Lebensmittelbetrieben.

Art. 6

Beschränkungen

¹ Heilmittelbetriebe dürfen keine Heilmittel lagern, abgeben oder vermitteln, zu deren Abgabe, Verarbeitung oder Vermittlung sie nicht befugt sind.

² Heilmittel dürfen zur Weitergabe, Verarbeitung, Prüfung oder berufsmässigen Verwendung nur an Personen, Firmen und Institutionen geliefert werden, die dazu berechtigt sind.

³ Die Abgabe von Heilmitteln an Personen, von denen der Abgeber weiss oder annehmen muss, dass sie diese missbräuchlich verwenden, ist verboten.

⁴ Bei Aufgabe des Heilmittelbetriebes sind die Heilmittelvorräte aufzulösen.

Art. 7

Registrierung

¹ Arzneimittel dürfen gewerbsmässig nur vertrieben oder angewendet werden, wenn sie von der IKS registriert sind.

² Ausgenommen sind:

- a. Hausspezialitäten, die der Apotheker oder Drogist selber herstellt;
- b. Einzelzubereitungen in Apotheken und Drogerien;
- c. Zubereitungen in Spitalapotheken;

- d. Pharmakopöepreparate;
- e. nicht registrierte pharmazeutische Spezialitäten (Orphan Drugs).

Art. 8

¹ Pharmazeutische Spezialitäten, die nicht von der IKS registriert werden müssen, haben mit Ausnahme der Registrierungsnummer und des Kennzeichens für die Verkaufsart (Vignette) die gleichen Angaben zu enthalten, welche die IKS auf den von ihr geprüften Spezialitäten verlangt.

Nicht registrierte pharmazeutische Spezialitäten

² Der Bezug, die Abgabe und die Verwendung nicht registrierter pharmazeutischer Spezialitäten sind bewilligungspflichtig.

³ Das Departement erteilt die Bewilligung Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern mit Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung.

Art. 9

¹ Heilmittel, die nicht zum Verkauf in allen Geschäften freigegeben sind, sind getrennt von anderen Waren aufbewahren. Sie dürfen dem Publikum nicht frei zugänglich sein.

Aufbewahrung und Beschriftung

² Betäubungsmittel müssen unter Verschluss und vom Publikum nicht einsehbar aufbewahrt werden.

³ ¹⁾ Die Behälter müssen mit dauerhaften Etiketten mit den von der Pharmakopöe vorgeschriebenen Bezeichnungen und mit deutlichen Aufschriften und Kennzeichen versehen sein. Für nicht in der Pharmakopöe enthaltene Arzneimittel sind die gebräuchlichen wissenschaftlichen Bezeichnungen zu verwenden.

Art. 10

¹ Der verantwortliche Leiter im Heilmittelbetrieb darf im Entscheid in Fachfragen nicht behindert werden.

Unabhängigkeit des verantwortlichen Leiters

² Er wie auch der Inhaber des Heilmittelbetriebes haben auf Verlangen Auskunft über die Verpflichtungen und Weisungen, die die Geschäftsführung betreffen, zu erteilen und die entsprechenden Schriftstücke zur Einsicht vorzulegen.

³ Das Departement kann dem Inhaber eines Heilmittelbetriebes oder einer in dessen Abhängigkeitsverhältnis stehenden Person verbieten, im Heilmittelbetrieb mitzuarbeiten.

2. HERSTELLUNGS- UND GROSSHANDELSBETRIEBE

Art. 11

Berufskennnisse

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 3. Juni 2008; am 1. Juli 2008 in Kraft getreten.

¹ Der verantwortliche fachtechnische Leiter muss im Besitze des eidgenössischen Apothekerdiplooms, des Chemikerdiplooms einer eidgenössischen Hochschule oder einer höheren technischen Lehranstalt oder eines gleichwertigen ausländischen Diploms sein.

² Für die Prüfung von Arzneimitteln in anderer als analytisch-chemischer Art hat sich der verantwortliche fachtechnische Leiter über entsprechende Fachkenntnisse auszuweisen.

³ Das Departement kann für folgende Tätigkeiten als verantwortliche fachtechnische Leiter auch Personen mit weniger weitgehenden Berufskennnissen zulassen:

- a) Herstellung von Arzneimitteln, die auch ausserhalb von Apotheken abgegeben werden dürfen;
- b) Grosshandel mit Arzneimitteln;
- c) Um- oder Abfüllung, Etikettierung, Verpackung und Lagerung vom Arzneimitteln.

⁴ Das Departement kann verlangen, dass der verantwortliche fachtechnische Leiter vollamtlich im Betrieb tätig ist.

Art. 12

Ausserkantonale Betriebe

¹ Betriebe, die Heilmittel an einen im Kanton ansässigen Heilmittelbetrieb liefern, bedürfen hierfür keiner Bewilligung, wenn sie eine Bewilligung des Standortkantons besitzen.

² Das Departement kann ihnen die Lieferung von Heilmitteln in den Kanton Graubünden verbieten,

- a. wenn sie nicht sachkundig oder nicht vertrauenswürdig sind;
- b. wenn sie sich nicht an die im Kanton Graubünden geltenden Vorschriften halten.

3. KLEINHANDELSBETRIEBE

A. Allgemeine Bestimmungen

Art. 13

Auflagen, Beschränkungen

¹ Kleinhandelsbetriebe haben die für Notfälle erforderlichen Heilmittel zu führen.

² Heilmittel, die nicht zum freien Verkauf zugelassen sind, dürfen im Kleinhandel nicht vertrieben oder angepriesen werden:

- a. ausserhalb der ständigen Geschäftsräume;
- b. durch unverlangte Verteilung von Mustern oder Gutscheinen;
- c. durch Auslage zur Selbstbedienung;
- d. im Versandhandel.

³ Das Departement kann Kleinhandelsbetrieben den Versandhandel mit Heilmitteln gestatten, wenn:

- a. ein ärztliches Rezept vorliegt,
- b. keine Sicherheitsanforderungen entgegenstehen,
- c. die sachgemässe Beratung durch einen Apotheker oder Arzt gewährleistet ist, und
- d. eine hinreichende ärztliche Überwachung der Wirkung sichergestellt ist.

Art. 14

Wenn dem Patienten aus therapeutischen Gründen die Zweckbestimmung des Arzneimittels verschwiegen werden muss, darf es mit geänderten Aufschriften abgegeben werden. Diese müssen folgende Angaben enthalten:

Abgabe „sine confectione“

- a. Name des abgebenden Arztes;
- b. Datum der Abgabe;
- c. Gebrauchsanweisung;
- d. Identifikationsnummer;
- e. das allfällige vorgeschriebene Verfalldatum.

B. Besondere Bestimmungen

- a. Apotheken und Drogerien

Art. 15

¹ Jede öffentliche Apotheke und jede Drogerie muss von einem verantwortlichen Leiter geführt werden.

Verantwortlicher
Leiter

² Der verantwortliche Leiter muss vom Departement zur verantwortlichen Leitung des betreffenden Betriebes ermächtigt sein.

³ Ist der verantwortliche Leiter nicht Inhaber des Betriebes, sind die Anstellungsbedingungen dem Departement zur Genehmigung einzureichen.

⁴ Während den Öffnungszeiten muss der verantwortliche Leiter oder bei dessen Abwesenheit ein vom Departement zugelassener Stellvertreter in der Regel anwesend sein.

⁵ Kleinhandelsbetriebe, die Arzneimittel herstellen, haben zusätzlich einen verantwortlichen fachtechnischen Leiter zu bestimmen. Dieser muss den Anforderungen von Artikel 11 entsprechen.

Art. 16

¹ Der Name des verantwortlichen Leiters muss am Eingang angebracht sein.

Bezeichnung

² Geschäfte, für die keine Bewilligung zum Betrieb einer Apotheke oder Drogerie erteilt wurde, dürfen nicht in einer Weise bezeichnet werden,

welche die Berechtigung zur Führung einer Apotheke oder Drogerie vor-täuschen kann.

b. Apotheken

Art. 17

Rezepte
1. Ausführung

¹ Rezepte dürfen nur vom verantwortlichen Leiter der Apotheke, dessen Stellvertreter oder von Personen ausgeführt werden, die unter ihrer Aufsicht stehen.

² Sie dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie den Namen des Patienten beziehungsweise des Tierhalters, die Art und Menge des abzugebenden Mittels, die eigenhändige Unterschrift und die Praxisadresse des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes enthalten. Bei Medizinalfutterrezepten gelten zusätzlich die Vorschriften der Medizinalfutter-Richtlinien der IKS. Die Unterschrift darf nicht mit Vervielfältigungsmitteln nachgebildet sein.

³ Sie sind nach den Vorschriften des Rezeptausstellers auszuführen. In dringenden Fällen darf, sofern das vorgeschriebene Mittel nicht vorrätig ist, ein anderes von gleicher Zusammensetzung, Dosierung und Menge abgegeben werden; wenn möglich ist zuvor die Zustimmung des Rezeptausstellers einzuholen. Kann der Rezeptaussteller nicht erreicht werden, ist dieser nachträglich zu orientieren.

Art. 18

2. Zurückbe-
haltung und
Rückgabe

¹ Rezepte für Arzneimittel, die verschärft rezeptpflichtig sind oder die aufgrund eines Vermerks des Rezeptausstellers nicht wiederholt abgegeben werden dürfen, sind in der Apotheke zurückzubehalten oder durch einen entsprechenden Vermerk zu entwerten.

² Andere Rezepte dürfen dem Überbringer zum wiederholten Gebrauch zurückgegeben werden. Bei jeder Wiederholung ist auf dem Rezept der Name der Apotheke und das Datum der Abgabe zu vermerken.

³ Verdächtige Rezepte sind zurückzubehalten und dem Kantonsapotheker zuzustellen.

Art. 19

3. Magistral-
zubereitungen

¹ Bei Magistralzubereitungen sind über den Aussteller des Rezeptes, die darin enthaltenen Anordnungen sowie den Patienten Aufzeichnungen zu machen.

² Die Aufzeichnungen sind zehn Jahre aufzubewahren. Bei Aufgabe der Apotheke hat der verantwortliche Leiter die Aufbewahrung der Aufzeichnungen und der Rezepte sicherzustellen.

Art. 20

¹ Pharmazeutische Spezialitäten, die in der Originalpackung abgegeben werden, müssen nur weitere Angaben enthalten, wenn das Rezept es anordnet. Beschriftung der Arzneimittel

² Magistralrezepte haben ausser den von der Pharmakopöe vorgeschriebenen Kennzeichen folgende weitere Angaben zu enthalten:

- a. Name der Apotheke;
- b. Name des Patienten;
- c. Datum der Abgabe;
- d. vorgeschriebenes Verfalldatum;
- e. die im Rezept angegebene Gebrauchsanweisung;
- f. die Sachbezeichnung, ausser wenn das Rezept etwas anderes anordnet.

c. Drogerien**Art. 21**

Die Drogerien dürfen keine Bezeichnungen verwenden, die zur Verwechslung mit Apotheken führen können. Bezeichnung

Art. 22

Das Departement ist befugt, einzelne Arzneimittel der IKS-Verkaufsliste C zum Vertrieb durch Drogerien freizugeben. Abgabe

d. Privatapotheken von Spitälern, Kliniken, Sanatorien und Pflegeheimen**Art. 23**

¹ ¹⁾Die Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke einer Klinik oder eines stationären Angebotes zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen wird auf den Namen der vom Inhaber der Privatapotheke bezeichneten Medizinalperson und für die dazu bestimmten Lokalitäten ausgestellt. Bewilligung

² Die Medizinalperson ist für die vorschriftgemässe Führung der Privatapotheke verantwortlich.

Art. 24

¹ Ist der verantwortliche Leiter der Privatapotheke nicht im Besitze eines eidgenössischen oder gleichwertigen ausländischen Apothekerdiploms, hat der Inhaber der Privatapotheke mit einem in der Nähe ansässigen di- Konsiliarvertrag

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 18. Dezember 2001

plomierten Apotheker einen Konsiliarvertrag abzuschliessen, in welchem die regelmässige Kontrolle der Privatapotheke und sämtlicher weiterer Arzneimittellager und -verteilstellen sowie die Beratung umschrieben sind.

² Der Konsiliarvertrag ist dem Departement zur Genehmigung einzureichen.

Art. 25

Abgabe von
Arzneimitteln

¹ Privatapotheken, die nicht unter der Leitung eines Apothekers stehen, dürfen, Notfälle ausgenommen, Heilmittel nur an die in der Institution in stationärer Behandlung stehenden Patienten abgeben.

² ¹⁾ Privatapotheken, die unter der Leitung eines Apothekers stehen, dürfen Heilmittel zusätzlich an von ihm konsiliarisch betreute Spitäler, Kliniken, Sanatorien und stationäre Angebote zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen sowie an das Personal der eigenen Institution abgeben.

Art. 26

Herstellung von
Arzneimitteln

¹ ²⁾ Die Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln wird einem Spital, einer Klinik oder einem Angebot zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen erteilt, wenn die Privatapotheke unter der Leitung eines Apothekers steht.

² Nicht als Herstellung im Sinne der Verordnung gelten das Abpacken, Um- und Abfüllen, Etikettieren und Verpacken von Arzneimitteln sowie das Vorbereiten von Medikamenten gemäss individuellem ärztlichem Auftrag unmittelbar vor der Anwendung.

e. Privatapotheken und Heilmittellager der Ärzte und Tierärzte

Art. 27

Beschränkung der
Bezüger

Die Inhaber von ärztlichen Privatapotheken und Heilmittellagern dürfen Arzneimittel nur an Patienten abgeben, die bei ihnen in Behandlung stehen.

Art. 28

Abgabeform und
Aufschriften

Von der IKS registrierte Heilmittel dürfen nur in der Form und mit den Aufschriften abgegeben werden, die die IKS für den Vertrieb durch den Hersteller vorschreibt.

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 18. Dezember 2001

²⁾ Fassung gemäss RB vom 18. Dezember 2001

f. Heilmittelablagen

Art. 29

¹ In Ortschaften ohne öffentliche Apotheke oder Drogerie kann das Departement den Betrieb von Heilmittelablagen bewilligen. Heilmittelablagen

² Das Departement bezeichnet in einer besonderen Liste die zur Abgabe in einer Heilmittelablage zugelassenen Heilmittel.

³ Die Heilmittel sind von einer Apotheke oder Drogerie zu beziehen.

III. Medizinalfutter und arzneistoffhaltige Futterzusätze

Art. 30

¹ Personen, die mit Bewilligung des Departementes Medizinalfutter und arzneistoffhaltige Futterzusätze herstellen oder damit Grosshandel betreiben, dürfen dieses gegen Vorlage eines tierärztlichen Rezeptes auch im Kleinhandel den Tierhaltern zur Tierfütterung abgeben. Berechtigung
zum Kleinhandel

² Das Departement kann auch anderen Personen die Abgabe von Medizinalfutter und arzneistoffhaltige Futterzusätze im Kleinhandel bewilligen.

Art. 31

¹ Die Tierärzte haben zur Rezeptierung den von der Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte herausgegebenen Rezeptblock zu verwenden. Von jedem Rezept ist eine Kopie dem Kantonstierarzt zuzustellen. Rezepte,
Buchführung

² Über die gegen Rezept abgegebenen Medizinalfutter und arzneistoffhaltigen Futterzusätze hat die abgebende Person Aufzeichnungen zu machen. Diese müssen alle Angaben enthalten, die das Rezept aufweist.

³ Die abgebende Person hat die Rezepte zwei Jahre aufzubewahren.

IV. Klinische Versuche am Menschen

Art. 32

¹ Klinische Versuche mit Heilmitteln am Menschen dürfen nur durchgeführt werden, wenn sie von der kantonalen Ethikkommission oder einer ihr nachgeordneten Ethikkommission (Unterkommission) für zulässig erklärt worden sind. Ethikkommission
und Unterkommissionen

² ¹Das Departement wählt den Präsidenten und die Mitglieder der kantonalen Ethikkommission sowie auf Vorschlag der kantonalen Ethikkommission den Präsidenten und die Mitglieder der Unterkommissionen. Im übrigen konstituieren sich die Kommissionen selbst. Das Departement

¹) Fassung gemäss RB vom 3. Juni 2008; am 1. Juli 2008 in Kraft getreten.

kann auch die Ethikkommission eines anderen Kantons als kantonale Ethikkommission einsetzen.

³ Die Kommissionen bestehen aus sieben bis maximal elf Personen.

⁴ Die kantonale Ethikkommission kann vom Departement zur Beurteilung medizinischer und ethischer Fragen im Gesundheitswesen beigezogen werden. Sie kann Aufgaben an Unterkommissionen delegieren.

⁵ Die Reglemente und Pflichtenhefte der kantonalen Ethikkommission und der Unterkommissionen sind vom Departement zu genehmigen.

V. Vollzug

Art. 33¹⁾

Zuständige
Departemente

¹ Zuständiges Departement für den Veterinärbereich ist das Departement für Volkswirtschaft und Soziales.

² Für die übrigen Bereiche ist das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit zuständig.

Art. 34

Befugnisse der
Kontrollorgane

¹ Die vom Departement beauftragten Personen (Kontrollorgane) sind zur Durchsetzung dieser Verordnung befugt, jederzeit und überall unangemeldet oder nach Vereinbarung Kontrollen durchzuführen sowie Beweismittel zu erheben. Sie können zu diesem Zwecke Einsicht in die Geschäfts-, Betriebs-, Lager- und Praxisräume und die einschlägigen Unterlagen nehmen.

² ²⁾ Heilmittel, Packungen, Behälter, Bestandteile, Einrichtungen oder Anpreisungsmittel können bei Gefahr für die öffentliche Gesundheit vorsorglich beschlagnahmt werden. Über die Einziehung hat das Amt ohne Verzug durch beschwerdefähige Verfügung zu entscheiden.

³ Das Departement kann den Abbruch eines Versuches mit Heilmitteln am Menschen anordnen, wenn der Versuch gegen die von der Interkantonalen Kontrollstelle anerkannten Regeln verstösst oder der Schutz der Versuchspersonen nicht gewährleistet erscheint.

Art. 35

Warenproben

¹ Die Kontrollorgane können von Heilmitteln entschädigungslos Proben erheben.

¹⁾ Fassung gemäss Anhang 2 RVOV; AGS 2006, KA 4293; am 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

²⁾ Fassung gemäss Verordnung über die Anpassung von Regierungsverordnungen an das Verwaltungsrechtspflegegesetz; AGS 2006, KA 2006_5028; am 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

² Erweisen sich die untersuchten Proben als nicht vorschriftsgemäss, werden die Untersuchungskosten dem Inhaber, dem Lieferanten oder dem Hersteller der Proben auferlegt.

Art. 36¹⁾

Für die Erteilung und Erneuerung von Bewilligungen sowie für Prüfungen, Inspektionen und andere Verrichtungen werden Gebühren nach der Verordnung über die Gebühren im Gesundheitsbereich erhoben.

V. Schlussbestimmung

Art. 37

¹ Diese Verordnung tritt am 1. August 1998 in Kraft.

Inkrafttreten

² Auf diesen Zeitpunkt werden die Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln vom 12. Februar 1979²⁾ und die Verordnung betreffend Einrichtung und Betrieb der tierärztlichen Privatapotheken vom 27. Juni 1952³⁾ aufgehoben.

¹⁾ Fassung gemäss Anhang 2 RVOV; AGS 2006, KA 4293; am 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

²⁾ AGS 1979, 433 und AGS 1996, 3563

³⁾ aRB 1575

Auszug aus dem geltenden Recht

Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz)

Vom Volke angenommen am 2. Dezember 1984 ¹⁾

VI. Berufe im Gesundheitswesen ²⁾

2. RECHTE UND PFLICHTEN ³⁾

Art. 36 ⁴⁾

¹⁾ Mit Bewilligung des Amtes können Ärzte, Spitäler, Kliniken, Heilbäder Privatapotheken und Pflegeheime eine Privatapotheke führen.

²⁾ Die Bewilligung an Ärzte wird erteilt, wenn die Praxis in einer Ortschaft ausgeübt wird, wo keine öffentliche Apotheke besteht, welche die dauernde Versorgung der Bevölkerung sicherstellt, und wenn für eine fachgerechte Lagerung und Abgabe der Arzneimittel Gewähr besteht. Der freie Verkauf oder die Belieferung von Wiederverkäufern ist nicht erlaubt.

³⁾ Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke sind berechtigt:

- a) Arzneimittel während der Konsultation anzuwenden;
- b) nach der Konsultation pro Diagnose die kleinste Originalpackung eines Arzneimittels abzugeben.

¹⁾ B vom 12. September 1983, 143; GRP 1983/84, 368, 1. Lesung und GRP 1984/85, 6, 2. Lesung

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 19. Oktober 2005, GRP 2005/2006, 551; B vom 28. Juni 2005, 789; das Referendum ist am 25. Januar 2006 unbenutzt abgelaufen; mit RB vom 14. März 2006 auf den 1. April 2006 in Kraft gesetzt.

³⁾ Einfügung gemäss GRB vom 19. Oktober 2005, GRP 2005/2006, 551; B vom 28. Juni 2005, 789; das Referendum ist am 25. Januar 2006 unbenutzt abgelaufen; mit RB vom 14. März 2006 auf den 1. April 2006 und in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 19. April 2007, 1737; GRP 2006/2007, 1038; das Volksreferendum ist zustande gekommen; das Bündner Stimmvolk hat das Gesetz am 25. November 2007 angenommen; mit RB vom 29. Januar 2008 auf den 1. März 2008 in Kraft gesetzt.

Apotheken

Art. 41¹⁾¹ Der Betrieb einer öffentlichen Apotheke bedarf einer Bewilligung.² Nicht öffentlichen Apotheken ist es untersagt, ärztliche oder zahnärztliche Rezepte auszuführen.

¹⁾ Fassung sowie Einfügung von Absatz 2 gemäss GRB vom 19. Oktober 2005, GRP 2005/2006, 551; B vom 28. Juni 2005, 789; das Referendum ist am 25. Januar 2006 unbenutzt abgelaufen; mit RB vom 14. März 2006 auf den 1. April 2006 in Kraft gesetzt.

Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)

Chur, den 1. Juni 2010

Sehr geehrter Herr Landespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen hiermit die Botschaft und den Entwurf für eine Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz; BR 506.000).

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Am 1. Januar 2011 tritt das von der Bundesversammlung am 13. Juni 2008 beschlossene Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft.

Das Bundesgesetz beinhaltet hauptsächlich eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Mit der Änderung des KVG wird die Finanzierung der Pflegekosten durch die verschiedenen Kostenträger im stationären und ambulanten Bereich neu geregelt. Bei der Finanzierung wird zwischen Pflegeleistungen mit längerfristigem Pflegebedarf (nachstehend Pflegeleistungen) und Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt unterschieden.

Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen werden vom Bundesrat differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt.

Die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an den Pflegeleistungen wird im KVG auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags der OKP begrenzt.

Die Akut- und Übergangspflege kann im Anschluss an einen Spitalaufenthalt für maximal 14 Tage verordnet werden. Die Finanzierung erfolgt nach den Regeln der Spitalfinanzierung. Die Leistungserbringer haben mit den Krankenversicherern entsprechende Pauschalen zu vereinbaren. Bei den Leistungen der Akut- und Übergangspflege ist eine Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger nicht zulässig.

Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege unterscheiden sich inhaltlich nicht voneinander. Es handelt sich bei beiden Kategorien um Leistungen, welche in Art. 7 Abs. 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgeschrieben sind.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes verfolgt zwei Ziele. Zum einen soll die OKP durch altersbedingte Pflegeleistungen nicht zusätzlich belastet werden. Zum anderen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter pflegebedürftiger Personen verbessert werden.

Die Änderungen im KVG werden deshalb durch zwei sozialpolitische Massnahmen ergänzt. Für zu Hause lebende Personen wird im Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt. Zudem werden die Vermögensfreibeträge bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen (EL) erhöht.

Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

Die Kantone haben gemäss dem revidierten KVG die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege im ambulanten und stationären Bereich zu regeln.

Die mit der vorliegenden Botschaft vorgeschlagene Teilrevision des Krankenpflegegesetzes (KPG) sieht zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes folgende Regelung vor:

Stationärer Bereich

Im stationären Bereich sind alle Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen (nachstehend Pflegeheime) beitragsberechtigt, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind. Diese haben Anspruch auf Beiträge der OKP und der öffentlichen Hand für die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

Die Regierung legt die anerkannten Kosten sowie die maximale Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner differenziert für Pensionskosten, Instandsetzungs- und Erneuerungskosten, Betreuungskosten sowie Pflegekosten fest. Nebst den Pensions- und Betreuungskosten sind neu auch die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten ausschliesslich durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu bezahlen.

Den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern kann für Pflegeleistungen die gemäss der Bundesgesetzgebung maximal mögliche Kostenbeteiligung in Rechnung gestellt werden.

Die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen wie auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgt zu 15 Prozent durch den Kanton und zu 85 Prozent durch die Gemeinden.

Für die Berechnung der Restfinanzierung ist einnahmenseitig die maximale Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner massgebend. Kosteneinsparungen sind von den Pflegeheimen den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern durch eine reduzierte Kostenbeteiligung weiterzugeben.

Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich übernehmen der Kanton und die Gemeinden neu neben der Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege der Dienste mit einem kommunalen Leistungsauftrag auch die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und von selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen. Diese Leistungserbringer erhalten jedoch im Gegensatz zu den Diensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag keine Beiträge des Kantons und der Gemeinden an die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen und an den Mahlzeitendienst.

Die Regierung legt wie bis anhin für alle beitragsberechtigten ambulanten Leistungserbringer die anerkannten Kosten für Pflegeleistungen wie auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege und neu die maximale Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten an den Kosten für Pflegeleistungen fest. Bei den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag legt sie zusätzlich auch für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen sowie für den Mahlzeitendienst die anerkannten Kosten sowie die maximale Kostenbeteiligung der Klientinnen beziehungsweise Klienten fest.

Im Sinne des gesundheitspolitischen Grundsatzes «ambulant vor stationär» darf den Klientinnen und Klienten maximal die Hälfte der gemäss der Bundesgesetzgebung möglichen Kostenbeteiligung für Pflegeleistungen in Rechnung gestellt werden.

Die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen wie auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege aller zugelassenen Leistungserbringer und die Restfinanzierung der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen sowie des Mahlzeitendienstes der Dienste mit einem kommunalen Leistungsauftrag erfolgt zu 55 Prozent durch den Kanton und zu 45 Prozent durch die Gemeinden.

Für die Berechnung der Restfinanzierung ist einnahmenseitig die Hälfte der nach Bundesgesetzgebung maximal möglichen Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten massgebend. Kosteneinsparungen sind von den Leistungserbringern den Klientinnen und Klienten durch eine reduzierte Kostenbeteiligung weiterzugeben.

Finanzielle Auswirkungen

Mit der vorgeschlagenen Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton werden die OKP mit rund 4.2 Mio. Franken pro Jahr und die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger mit 2.6 Mio. Franken pro Jahr entlastet. Der Kanton und die Gemeinden werden mit 3.8 Mio. Franken beziehungsweise mit 3.4 Mio. Franken pro Jahr belastet.

I. Ausgangslage

1. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Mit dem von den eidgenössischen Räten am 13. Juni 2008 beschlossenen Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2008 5247) wird die Finanzierung von Pflegeleistungen, welche ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder in Pflegeheimen erbracht werden, neu geregelt. Bei diesem Gesetz handelt es sich um einen Sammelerlass, in dem neben dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) und das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) geändert werden.

Im Bereich der AHV wird für Personen zu Hause eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt (Art 43^{bis} Abs. 1 AHVG).

Bei den Ergänzungsleistungen werden die Vermögensfreibeträge teilweise erheblich erhöht. Bei Alleinstehenden wird der Vermögensfreibetrag von 25000 auf 37500 Franken und bei Ehepaaren von 40000 auf 60000 Franken erhöht (Art. 11 Abs. 1 Bst. C ELG). Zudem ist nur der 300000 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen, wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt, oder wenn eine Person Bezügerin einer Hilflosenentschädigung ist und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt (Art. 11 Abs. 1^{bis} ELG). Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaften sind, solange die Partnerschaft dauert, in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht einer Ehe gleichgestellt (Art. 13a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; SR 830.1).

2. Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht neu zwei Kategorien von Pflegeleistungen bei Krankheit vor. Es handelt sich einerseits um Pflegeleistungen mit längerfristigem Pflegebedarf (nachstehend Pflegeleistungen) und andererseits um Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden (Art. 25a Abs. 2 KVG). Ziel ist dabei die Rückkehr der Versicherten zu jenem Zustand, in dem sie sich vor dem Spitaleintritt befanden.

Inhaltlich besteht zwischen den Pflegeleistungen und den zeitlich befristeten Leistungen der Akut- und Übergangspflege kein Unterschied. Es handelt sich sowohl für den ambulanten wie auch für den stationären Bereich um den in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) umschriebenen Leistungskatalog.

An Pflegeleistungen entrichtet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Beiträge, sofern die Leistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden. Die Beiträge der OKP werden vom Bund differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Von den nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen gemäss Art. 25 Abs. 5 KVG höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags auf die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger überwältzt werden. Die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln.

Gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG sind die Leistungen der Akut- und Übergangspflege von der OKP und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten. Versicherer und Leistungserbringer haben Pauschalen zu vereinbaren. Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an den Pflegekosten in der Akut- und Übergangspflege ist nicht vorgesehen.

In der nachstehenden Abbildung wird die Neuordnung der Finanzierung der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im ambulanten und stationären Bereich dargestellt.

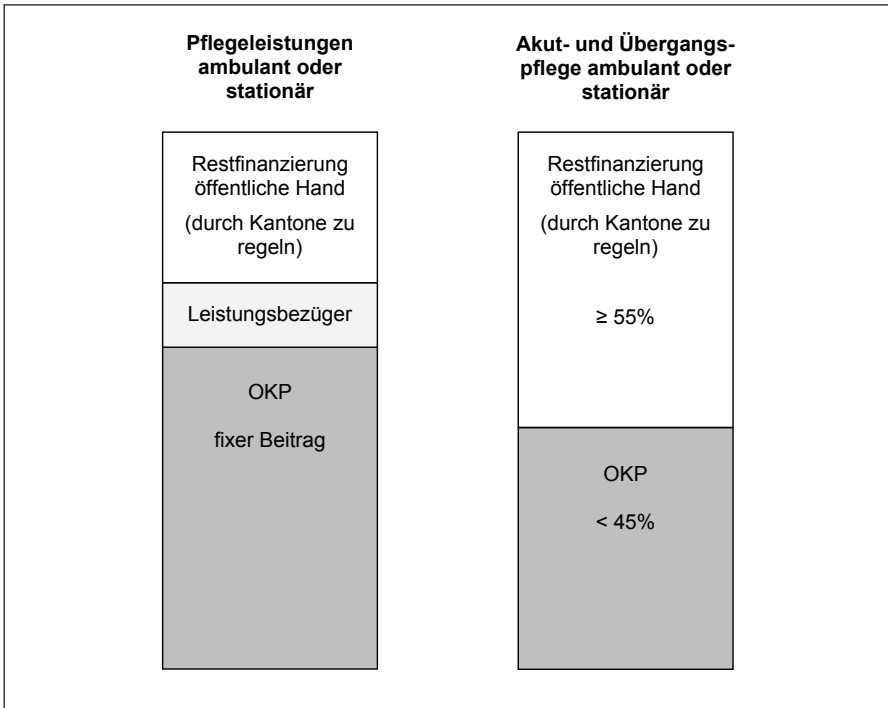


Abbildung 1: Neuordnung der Pflegefinanzierung gemäss Krankenversicherungsgesetz

Die Finanzierung der Kosten für die Betreuung sowie für Kost und Logis in Pflegeheimen wie auch der Kosten für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen und den Mahlzeitendienst bei der häuslichen Pflege und Betreuung wird durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung nicht geregelt. Allfällige Beiträge der öffentlichen Hand an nicht pflegerische Leistungen sind auf kantonaler Ebene zu regeln.

3. Ausführungsbestimmungen des Bundesrates

Der Bundesrat hat am 24. Juni 2009 die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzesänderungen erlassen.

In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) werden verschiedene Kompetenzen vom Bundesrat dem Departement des Innern übertragen. Konkret betrifft dies die Bezeichnung der nicht von Ärztinnen und Ärzten oder Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren er-

brachten Leistungen, die Definition des Verfahrens der Bedarfsermittlung und die Festlegung der Höhe der Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen differenziert nach Pflegebedarf. Weitere Änderungen der KVV betreffen die Verlängerung der Projektdauer für Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland, die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, die Organisationen der Physiotherapie sowie Anpassungen technischer Art.

In der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV; SR 831.101) werden Präzisierungen hinsichtlich Hilflosenentschädigung und sozialversicherungsrechtlicher Definition des Begriffs Heim vorgenommen.

In der vom Eidgenössischen Departement des Innern ebenfalls am 24. Juni 2009 beschlossenen Änderung der KLV werden die von der OKP schweizweit einheitlich zu übernehmenden Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen differenziert nach Pflegebedarf festgeschrieben. Weitere Regelungen betreffen die Bezeichnung der nicht von Ärzten oder Chiropraktoren zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen, die Bedarfsabklärung, das Kontroll- und Schlichtungsverfahren sowie die Abrechnungsmodalitäten. Pflegeleistungen wie auch Leistungen der Akut- und Übergangspflege können gemäss Art. 7 KLV von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von Pflegeheimen erbracht werden.

4. Rechtsgrundlagen im Kanton Graubünden

4.1. Pflegeheime

Gemäss Art. 20 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes (KPG; BR 506.000) haben die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu sorgen. Gemäss Art. 21c KPG gewährt der Kanton den Trägerschaften von Angeboten zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Patienten Beiträge für nachgewiesen ausserordentlich pflegeaufwändige Bewohner. Andere nicht gedeckte Betriebskosten sind gemäss Art. 21c Abs. 3 KPG von den Trägerschaften beziehungsweise den Gemeinden zu übernehmen.

Die stationären Angebote zur Pflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen unterstehen gemäss Art. 28a des Gesundheitsgesetzes (GG; BR 500.000) der Bewilligungspflicht. Die in Art. 14 ff. der Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VzGG; BR 500.010) enthaltenen Qualitätsvorgaben sollen eine kantonsweit gleichwertige und sichere Pflege und

Betreuung im stationären Bereich sicherstellen. Die Regierung legt für die vom Kanton mit Beiträgen unterstützten Angebote nach Leistungsumfang abgestuft fest, welche Tarife den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern maximal in Rechnung gestellt werden dürfen.

Die am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Teilrevision des KPG (B 2006–2007, S. 2291 ff.) beinhaltet unter anderem eine Neukonzeption der Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen (nachstehend Pflegeheime). Danach gewährt der Kanton für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett einen Investitionsbeitrag von 160000 Franken (Alters- und Pflegeheime) beziehungsweise von 120000 Franken (Pflegegruppen) (Art. 21 Abs. 1). An die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer gewährt der Kanton für jedes zusätzlich geschaffene Zimmer bis zu einem maximalen Anteil an Einbettzimmern von 90 Prozent einen Investitionsbeitrag von 120000 Franken (Art. 21 Abs. 3). Zur Finanzierung der Instandsetzung und Erneuerung bestehender Pflegeheime wurde eine Investitionspauschale pro Pflgebetag von maximal 20 Franken eingeführt. Diese ist je hälftig von den Heimbewohnerinnen beziehungsweise Heimbewohnern und den Gemeinden der Planungsregion zu bezahlen. Die Beiträge der Gemeinden für die Erstellung von zusätzlichen Pflegebetten, für die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer sowie an die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sind in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden der Planungsregionen und den Trägerschaften der Angebote festzulegen (Art. 21 Abs. 5). Gemäss Art. 21b Abs. 1 legt die Regierung für die vom Kanton mit Beiträgen unterstützten Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen nach Leistungsumfang abgestufte Maximaltarife fest.

4.2. Häusliche Pflege und Betreuung

Gemäss Art. 31 Abs. 1 KPG haben die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung zu sorgen. Ambulante Angebote zur Pflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen unterstehen gemäss Art. 28a GG der Bewilligungspflicht. Die in Art. 19 ff. VzGG enthaltenen Qualitätsvorgaben sollen kantonsweit eine gleichwertige und sichere Pflege und Betreuung im ambulanten Bereich sicherstellen.

Die am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Teilrevision des KPG (B 2006–2007, S. 2291 ff.) beinhaltet im ambulanten Bereich die Einführung eines leistungsbezogenen Finanzierungssystem der anerkannten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung. Gemäss Art. 31a Abs. 1 und Abs. 2 ge-

währen der Kanton und die Gemeinden den anerkannten Diensten Beiträge an pflegerische, hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen sowie an den Mahlzeitendienst. Der Beitrag des Kantons beträgt 55 Prozent des pro Leistungskategorie bei wirtschaftlicher Betriebsführung in Anwendung der Maximaltarife ungedeckten Aufwands (Art. 31a Abs. 3). Die Beiträge der Gemeinden an die beitragsberechtigten Leistungen und an die von ihnen zusätzlich gewünschten Leistungen sind in den individuellen Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung festzulegen (Art. 31a Abs. 5). Gemäss Art. 31b legt die Regierung für die beitragsberechtigten Leistungen Maximaltarife fest.

5. Anerkannte Kosten der Pflegeheime und der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie Aufteilung auf die Kostenträger gemäss geltender Pflegefinanzierung

5.1. Pflegeheime

Gemäss Kenndaten 2008 erbringen 48 Pflegeheime im Kanton Graubünden stationäre Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV. Aktuell stehen rund 2300 Pflegebetten zur Verfügung. Im Jahr 2008 wurden im Kanton Graubünden insgesamt 820837 Pflagetage erbracht. Darin sind auch Leistungen der Akut- und Übergangspflege enthalten. Gemäss geltendem System wird bei der Finanzierung der Pflegeleistungen nicht zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege unterschieden. Die Finanzierung der Betriebskosten der Pflegeheime erfolgt durch die OKP und die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Der Kanton gewährt Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, bei denen die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen, Ergänzungsleistungen.

In der nachfolgenden Hochrechnung werden die Kostenanteile der verschiedenen Kostenträger für den stationären Bereich gemäss geltender Pflegefinanzierung für das Jahr 2010 dargestellt. Die Hochrechnung basiert auf den aktuellsten verfügbaren Kosten- und Leistungsdaten der Pflegeheime des Betriebsjahres 2008.

In der Hochrechnung sind die Betriebskosten sowie die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten enthalten. Nicht berücksichtigt sind die Investitionskosten für die Erstellung von zusätzlichen Pflegebetten sowie für die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer. Den Kalkulationen liegen unter Berücksichtigung der in den Jahren 2009 und 2010 neu geschaffenen 41 Pflegebetten (2009: Bener Park 3 Betten, Jenaz 32 Betten; 2010: Kantengut 6 Betten) insgesamt 837336 Pflagetage zugrunde, davon 828962 Tage beziehungsweise 99.0 Prozent für Pflegeleistungen und 8373 Tage beziehungsweise 1.0 Prozent für Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

Basis: <ul style="list-style-type: none"> • Kosten- und Leistungsdaten 2008 • Modellrechnungen des Gesundheitsamts vom 31. März 2010 • Beiträge OKP 2010 gemäss Vertrag zwischen santésuisse und BSH (RB vom 9. Februar 2010 / Prot. Nr. 91) 	Pflegeleistungen	Akut- und Übergangspflege	Pension	Instandsetzung und Erneuerung	Betreuung	Ergänzungsleistungen	Total
Anerkannte Kosten	65.1	0.7	83.7	16.8	23.6	–	189.9
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	–	100.0%
Kostenträger OKP	41.9	0.4	0.0	0.0	0.0	–	42.3
	64.4%	64.4%	0.0%	0.0%	0.0%	–	22.3%
Kostenträger Leistungsbezüger	22.8	0.3	83.7	8.4	23.6	– 31.7	107.1
	35.0%	35.6%	100.0%	50.0%	100.0%		56.4%
Kostenträger Gemeinden	0.0	0.0	0.0	8.4	0.0	–	8.4
	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	–	4.4%
Kostenträger Kanton	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	31.7	32.1
	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	–	16.9%

Tabelle 1: Approximative anerkannte Kosten der Pflegeheime gemäss geltender Pflegefinanzierung und Aufteilung auf die Kostenträger für das Vergleichsjahr 2010 in Millionen Franken pro Jahr

Gemäss geltender Pflegefinanzierung werden rund zwei Drittel der Kosten für Pflegeleistungen von der OKP und rund ein Drittel von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern getragen. Pensions- und Betreuungskosten gehen zu 100 Prozent zu Lasten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Anlagekosten für die Instandsetzung und Erneuerung der bestehenden Anlagen werden je hälftig von den Heimbewohnerinnen beziehungsweise Heimbewohnern und den Gemeinden getragen.

Die durchschnittlichen Taxen für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner betragen gemäss geltender Pflegefinanzierung im Einzelzimmer zwischen 122 Franken pro Tag (geringer Pflegebedarf, Pflegebedarfsstufe 1) und 301 Franken pro Tag (hoher Pflegebedarf, Pflegebedarfsstufe 12). Im gewichteten Durchschnitt über alle Pflegebedarfsstufen beträgt die Taxe, welche von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu tragen ist, brutto 166 Franken beziehungsweise nach Abzug der Ergänzungsleistungen 128 Franken pro Pflgetag. Rund 43 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhalten Ergänzungsleistungen.

Stufe	Pflegebedarf (Minuten)	Kostenträger Leistungsbezüger (Fr. pro Pflgetag)				
		Pension	Instand- setzung- und Erneuerung	Betreuung	Pflege	Total
1	0 – 20	100.00	10.00	12.00	0.00	122.00
2	21 – 40	100.00	10.00	14.00	1.00	125.00
3	41 – 60	100.00	10.00	16.00	2.00	128.00
4	61 – 80	100.00	10.00	19.00	5.00	134.00
5	81–100	100.00	10.00	22.00	10.00	142.00
6	101–120	100.00	10.00	24.00	14.00	148.00
7	121–140	100.00	10.00	28.00	13.00	150.00
8	141–160	100.00	10.00	31.00	26.00	166.00
9	161–180	100.00	10.00	34.00	40.00	184.00
10	181 – 200	100.00	10.00	39.00	51.00	200.00
11	201 – 220	100.00	10.00	46.00	81.00	237.00
12	221 – 280	100.00	10.00	57.00	134.00	301.00
13	281 – 340	100.00	10.00	57.00	134.00	301.00
14	341 – 400	100.00	10.00	57.00	134.00	301.00
15	401 – 460	100.00	10.00	57.00	134.00	301.00
16	> 460	100.00	10.00	57.00	134.00	301.00

Tabelle 2: Approximative durchschnittliche Taxen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner je Kostenträger und Total gemäss geltender Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010

5.2. Häusliche Pflege und Betreuung

Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV werden heute im Kanton Graubünden primär von 21 von der Regierung als beitragsberechtigt anerkannten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung erbracht. Gemäss Art. 17 VzKPG wird ein Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung als beitragsberechtigt anerkannt, wenn er einerseits im Besitz eines Leistungsauftrags einer Gemeinde beziehungsweise einer Gemeindeverbindung ist und andererseits alle beitragsberechtigten Leistungen im gesamten Tätigkeitsgebiet erbringt.

Beitragsberechtigte Leistungskategorien gemäss Art. 31a Abs. 2 KPG sind:

- pflegerische Leistungen
- hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen
- der Mahlzeitendienst

Die anerkannten Dienste haben die im Gesundheitsgesetz sowie in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz festgeschriebenen Qualitätsvoraussetzungen zu erfüllen und dem Gesundheitsamt jährlich umfassende Kosten- und Leistungsdaten einzureichen.

Diese Kosten- und Leistungsdaten bilden die Basis für die jährliche Festlegung der Maximaltarife, welche den Klientinnen und Klienten je Leistungskategorie in Rechnung gestellt werden dürfen, und der kantonalen Leistungsbeiträge durch die Regierung.

Die Regierung hat mit Beschluss vom 15. Dezember 2009 (Prot. Nr. 1217) die für das Betriebsjahr 2010 geltenden Maximaltarife und Leistungsbeiträge des Kantons an die beitragsberechtigten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung festgelegt. Die Maximaltarife zu Lasten der Klientinnen beziehungsweise Klienten wurden dabei für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen ausgehend von einem anerkannten Aufwand von 62.30 Franken auf 26.00 Franken pro verrechenbare Stunde und für den Mahlzeitendienst bei einem anerkannten Aufwand von 18.60 Franken auf 14.00 Franken pro nach Hause gelieferte Mahlzeit festgelegt, der Leistungsbeitrag des Kantons auf 17.40 Franken bei den pflegerischen Leistungen, 20.00 Franken bei den hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen und 2.50 Franken beim Mahlzeitendienst.

Gemäss Art. 31a Abs. 3 KPG beträgt der Beitrag des Kantons 55 Prozent des pro Leistungskategorie bei wirtschaftlicher Betriebsführung in Anwendung der Maximaltarife nicht gedeckten Aufwands.

Die Beiträge der Gemeinden an die vorerwähnten beitragsberechtigten Leistungskategorien sowie an die von ihnen zusätzlich gewünschten Leistungen sind in den individuellen Leistungsvereinbarungen mit den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung festzulegen.

Die nachstehende Tabelle fasst das Ergebnis der Festlegung der Maximaltarife und der Leistungsbeiträge 2010 gemäss der geltenden Pflegefinanzierung durch die Regierung zusammen.

Leistungskategorie	Anerkannte Kosten (Fr. pro Stunde bzw. Mahlzeit)	Kostenträger (Fr.)			
		OKP	Leistungs- bezüger	Kanton ²	Gemeinden ³
Pflegeleistungen	84.70	53.10 ¹	0.00	17.40	14.20
Hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen	62.30	0.00	26.00	20.00	16.30
Mahlzeitendienst	18.60	0.00	14.00	2.50	2.10

¹ gewichtetes arithmetisches Mittel der Beiträge der OKP gemäss Vertrag zwischen dem Spitex Verband Graubünden und santésuisse – Die Krankenversicherer vom 13. Oktober 2008

² 55% der nicht durch die OKP oder die Maximaltarife der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge des Kantons)

³ 45% der nicht durch die OKP oder die Maximaltarife der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (kalkulatorische Leistungsbeiträge der Gemeinden)

Tabelle 3: Festlegung der je Leistungskategorie anerkannten Kosten, maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der Leistungsbeiträge des Kantons und der kalkulatorischen Leistungsbeiträge der Gemeinden für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag gemäss geltender Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010

Nebst den anerkannten Diensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag erbringen derzeit drei Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie einzelne selbständig erwerbende Pflegefachpersonen ohne kantonale Beitragsberechtigung Pflegeleistungen und teilweise auch hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen. Art und Umfang der Leistungen dieser Leistungserbringer, welche keine kantonalen und in der Regel auch keine kommunalen Beiträge erhalten, sind bis anhin weder in der Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS) noch in den statistischen Daten des Gesundheitsamts erfasst worden. Der Umfang dieser von nicht Beitragsberechtigten Leistungserbringern erbrachten Leistungen dürfte sich heute in einem bescheidenen Umfang bewegen.

Gemäss Hochrechnung auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten 2008 der anerkannten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung resultieren gemäss geltender Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 folgende Eckdaten:

Basis:	Pflegeleistungen	Akut- und Übergangspflege	Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen	Mahlzeitendienst	Total
<ul style="list-style-type: none"> • Kosten- und Leistungsdaten 2008 • Modellrechnungen des Gesundheitsamts vom 17. März 2010 • Beiträge OKP 2010 gemäss Vertrag SVGR-santésuisse vom 13. Oktober 2008 • Maximaltarife und kantonale Leistungsbeiträge 2010 gemäss RB vom 15. Dezember 2009 (Prot. Nr. 1217) • Beitragssatz Kanton: 55%, kalkulatorischer Beitragssatz Gemeinden: 45% 					
Approximative verrechenbare Stunden bzw. Anzahl Mahlzeiten	218 685	24 298	126 421	120 713	
Anerkannte Kosten	18.5 100.0%	2.1 100.0%	7.9 100.0%	2.2 100.0%	30.7 100.0%
Kostenträger OKP	11.6 62.7%	1.3 62.7%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	12.9 42.0%
Kostenträger Leistungsbezüger	0.0 0.0%	0.0 0.0%	3.3 41.8%	1.7 77.3%	5.0 16.3%
Kostenträger Gemeinden	3.1 16.8%	0.4 16.8%	2.1 26.6%	0.2 9.1%	5.8 18.9%
Kostenträger Kanton	3.8 20.5%	0.4 20.5%	2.5 31.6%	0.3 13.6%	7.0 22.8%

Tabelle 4: Approximative Leistungen, anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Kostenträger der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag gemäss geltender Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 in Millionen Franken pro Jahr

Gemäss der geltenden Pflegefinanzierung wird bei der Finanzierung der pflegerischen Leistungen nicht zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege unterschieden. Für die Modellrechnung wird von einem Anteil der Akut- und Übergangspflege am Total der pflegerischen Leistungen von 10 Prozent ausgegangen.

Gut 60 Prozent der Kosten für pflegerische Leistungen (Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege) beziehungsweise rund 12.9 Millionen Franken pro Jahr werden gemäss der geltenden Pflegefinanzierung von der OKP getragen.

Ausser der Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG (Franchise und Selbstbehalt) erwachsen den Klientinnen und Klienten für pflegerische Leistungen keine Kosten. Bei den hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen sowie beim Mahlzeitendienst beteiligen sich die Klientinnen und Klienten maximal im von der Regierung festgelegten Umfang.

Kanton und Gemeinden unterstützen die anerkannten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung insgesamt mit 12.8 Millionen Franken pro Jahr. Davon übernehmen der Kanton 55 Prozent (entspricht 7.0 Millionen Franken pro Jahr) und die Gemeinden kalkulatorisch 45 Prozent (entspricht 5.8 Millionen Franken pro Jahr).

6. Entwicklung der Ergänzungsleistungen

Bei den Ergänzungsleistungen (EL) handelt es sich um Bedarfsleistungen. Diese können beansprucht werden, falls die AHV/IV-Renten und weitere anrechenbare Einkommen den definierten Existenzbedarf nicht decken.

Das Leistungsvolumen der EL im Kanton hat sich innerhalb der vergangenen acht Jahre von 36.7 Millionen Franken (2001) auf 77.0 Millionen Franken (2008) mehr als verdoppelt. Nebst einem seit 2004 stagnierenden Anteil des Bundes werden die EL ausschliesslich durch den Kanton finanziert. Gemäss Jahresbericht 2008 der Sozialversicherungsanstalt belief sich der Kostenanteil des Kantons Graubünden im Jahr 2008 auf rund 57.1 Millionen Franken. Im Jahr 2001 betrug er noch rund 26.0 Millionen Franken.

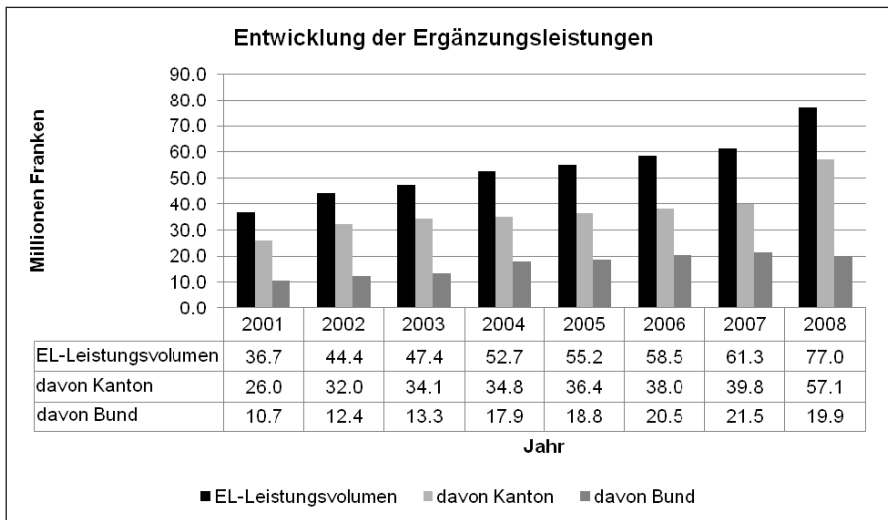


Abbildung 2: Entwicklung der Ergänzungsleistungen im Kanton Graubünden von 2001 bis 2008 in Millionen Franken pro Jahr

Aufgrund der im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes vorgenommenen Erhöhungen der Vermögensfreibeträge und der

nach wie vor zunehmenden Anzahl der EL-Bezügerinnen beziehungsweise EL-Bezüger im Kanton ist auch in den kommenden Jahren von einem starken Ausgabenwachstum und damit einer zunehmenden Belastung des Kantons im Bereich der EL auszugehen.

7. Anfrage Augustin betreffend Pflegefinanzierung

In ihrer Antwort auf die von Grossrat Augustin und 19 Mitunterzeichnenden in der Augustsession 2008 eingereichten Anfrage (GRP 2008/2009, S. 11 f.) betreffend Pflegefinanzierung hielt die Regierung fest, dass die Einführung der Akut- und Übergangspflege als spezieller Leistungsbereich mit einer separaten Abgeltung grundsätzlich positiv, die Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen infolge der damit verbundenen Kostenverschiebung zum Kanton negativ beurteilt werde. Aufgrund der Kosten- und Leistungsentwicklung ging die Regierung für das Jahr 2010 von Gesamtkosten für die institutionelle Pflege und Betreuung von 210 Millionen Franken aus. Die Kosten für die Akut- und Übergangspflege für den Kanton Graubünden wurden, basierend auf den der Kostenschätzung des Zentralsekretariats der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 13. Juni 2007 zu Grunde liegenden Annahmen, auf 5.5 Millionen Franken pro Jahr geschätzt. Weiter wies die Regierung in ihrer Antwort darauf hin, dass eine allfällige Belastung der Gemeinden durch nicht gedeckte Pflegeheimkosten Folge der geltenden Aufgabenteilung im Krankenpflegegesetz sei (GRP 2008/09, S. 561 ff.).

II. Vernehmlassungsverfahren

1. Vorgehen und Rücklauf

Das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) arbeitete nach Vorliegen der Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung einen Vernehmlassungsentwurf für die zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene notwendige Teilrevision des KPG aus. Am 25. November 2009 eröffnete das DJSG nach Freigabe durch die Regierung das Vernehmlassungsverfahren. Die Vernehmlassung dauerte bis am 15. Februar 2010. Eingeladen wurden alle Gemeinden, die kantonalen Parteien, verschiedene Verbände und Fachorganisationen, alle Pflegeheime und Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung, die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden sowie alle kantonalen Departemente.

Insgesamt sind 62 Stellungnahmen eingegangen. Fünf politische Parteien, 28 Gemeinden, eine Gemeindepräsidentenkonferenz, vier Regionalverbände, eine Planungsregion, 18 Organisationen der ambulanten und stationären Pflege und Betreuung beziehungsweise deren Verbände, eine Gewerkschaft, vier kantonale Departemente oder Dienststellen sowie eine Privatperson haben sich teilweise umfassend zur Vorlage geäußert.

2. Inhalt der Vernehmlassungsvorlage

Die Vernehmlassungsvorlage stützte sich einerseits auf das im Kanton Graubünden seit dem 1. Januar 2008 geltende Finanzierungssystem. Andererseits wurden die vom Grossen Rat im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (Bündner NFA) am 19. Juni 2009 beschlossenen Regelungen in Bezug auf Zuständigkeiten und harmonisierte Beitragssätze im Gesundheitswesen berücksichtigt. Die Bündner NFA beinhaltete die Übertragung der Zuständigkeit der Finanzierung der Investitionen der Pflegeheime an die Gemeinden. Die häusliche Pflege und Betreuung blieb gemäss der Bündner NFA als Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden bestehen, wobei der Beitragssatz des Kantons analog zu den anderen Verbundaufgaben im Gesundheitswesen (Betrieb und Bau der Spitäler) auf 85 Prozent festgelegt wurde.

Die am 7. März 2010 erfolgte Ablehnung der Bündner NFA durch das Stimmvolk bedingte eine Überarbeitung der Vernehmlassungsvorlage. Diesbezüglich wird auf die weiterführenden Ausführungen in Ziffer 1.1 des Kapitels III verwiesen.

2.1 Pflegeheime

Die in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagene Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene wies im stationären Bereich folgende Eckpunkte auf:

- Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner differenziert für Pensionskosten, Instandsetzungs- und Erneuerungskosten, Betreuungskosten sowie Pflegekosten durch die Regierung
- Finanzierung der Pensionskosten, Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sowie der Betreuungskosten durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner
- Beteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an den Kosten der Pflegeleistungen im gemäss der Bundesgesetzgebung maximal zulässigen Umfang

- Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen durch die Gemeinden
- Restfinanzierung der Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton und die Gemeinden gemäss den im Rahmen der Bündner NFA harmonisierten Beitragssätzen im Gesundheitswesen (Kanton: 85%, Gemeinden: 15%)
- Verpflichtung aller auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführten Pflegeheime, bei Bedarf Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen

2.2. Häusliche Pflege und Betreuung

Die in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagene Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene wies im ambulanten Bereich folgende Eckpunkte auf:

- Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten differenziert für Pflegeleistungen, Leistungen der Akut- und Übergangspflege, hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen sowie den Mahlzeitendienst durch die Regierung
- Neue beitragsberechtigte Leistungskategorie Akut- und Übergangspflege
- Beteiligung der Klientinnen und Klienten an den Kosten der Pflegeleistungen zu 50 Prozent des gemäss der Bundesgesetzgebung maximal möglichen Umfangs
- Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege aller zugelassenen ambulanten Leistungserbringer durch den Kanton und die Gemeinden gemäss den im Rahmen der Bündner NFA harmonisierten Beitragssätzen im Gesundheitswesen (Kanton: 85%, Gemeinden: 15%)
- Restfinanzierung der Kosten der hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen sowie des Mahlzeitendienstes der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag durch den Kanton und die Gemeinden gemäss den im Rahmen der Bündner NFA harmonisierten Beitragssätzen im Gesundheitswesen (Kanton: 85%, Gemeinden: 15%)
- Verpflichtung aller Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag, bei Bedarf in ihrem Tätigkeitsgebiet Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen

3. Generelle Beurteilung der Vorlage

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden unterstützte im Grundsatz die vorgeschlagene Stossrichtung zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes im Kanton Graubünden. Insbesondere wurde begrüsst, dass die Vernehmlassungsvorlage nachvollziehbar und transparent ins bestehende Finanzierungssystem integriert worden sei und dem gesundheitspolitischen Grundsatz «ambulant vor stationär» Rechnung getragen werde. Kritisiert und als systemfremd beurteilt wurde die Verpflichtung der Gemeinden zur vollständigen Restfinanzierung der stationären Pflegekosten im Langzeitbereich.

4. Hauptanliegen und deren Berücksichtigung

In der Folge wird auf die von den Vernehmlassungsteilnehmenden eingebrachten wesentlichen Einwände und Vorschläge eingegangen, soweit dies nicht im Rahmen der Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision des KPG erfolgt.

4.1. Pflegeheime

4.1.1. Berücksichtigte Anliegen

Die Restfinanzierung der stationären Pflegekosten sei durch den Kanton und die Gemeinden zu tragen.

Drei politische Parteien (BDP, CVP, FDP) sowie knapp zwei Drittel der Gemeinden hielten in ihren Stellungnahmen fest, dass es systemfremd und nicht tragbar sei, die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen im stationären Bereich vollumfänglich den Gemeinden zu überwälzen. Aus dem Umstand, dass die Gemeinden für die Bereitstellung eines ausreichenden Angebots an stationären Pflegebetten zuständig seien, könne nicht abgeleitet werden, dass sie nebst der Sicherstellung der notwendigen Investitionen auch allein für die Bezahlung von nicht gedeckten Pflegekosten zuständig seien.

Der Einwand ist aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelung nicht begründet. Gemäss Art. 21c Abs. 3 KPG sind nicht gedeckte Betriebskosten von den Trägerschaften beziehungsweise den Gemeinden zu übernehmen.

Damit die aus der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene resultierende Belastung der Gemeinden sich in einem vertretbaren Rahmen bewegt, soll nach Ansicht der Regierung dem Anliegen einer finanziellen Mitbeteiligung des Kantons gleichwohl

Rechnung getragen werden. Die Beitragssätze des Kantons und der Gemeinden werden dabei so festgelegt, dass die mit der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung einhergehende zusätzliche finanzielle Belastung der öffentlichen Hand in etwa paritätisch auf den Kanton und auf die Gemeinden aufgeteilt wird. Unter Beibehaltung der geltenden Beitragssätze im ambulanten Bereich (Kanton 55%, Gemeinden 45%) ergeben sich bei dieser Zielsetzung im stationären Bereich Beitragssätze von 15 Prozent (Kanton) beziehungsweise 85 Prozent (Gemeinden) (vgl. Kapitel IV Ziffer 1).

Die Kostentragung bei ausserkantonalen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sei nicht geregelt.

Einzelne Vernehmlassungsteilnehmende bemängelten, dass im Gesetzesentwurf nicht geregelt sei, wer die Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen für ausserkantonale Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu tragen habe. Die Organizzazione regionale della Calanca (ORC) wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass rund die Hälfte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Mesolcina aus dem Tessin stammen würden.

Die Kostentragung beim Pflegeheimaufenthalt von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz ist im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch den Bundesgesetzgeber im Gegensatz zur Spitalfinanzierung nicht geregelt worden. Der Kanton selbst kann nur für sein Hoheitsgebiet Bestimmungen erlassen. In Berücksichtigung des Anliegens wird im Gesetz statuiert, dass die Pflegeheime für die Aufnahme von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz eine Bewilligung des Gesundheitsamtes einzuholen haben. Die Bewilligungsvoraussetzungen werden durch die Regierung in der Verordnung festgelegt. Die Regierung sieht vor, die Bewilligungserteilung von einer Kostengutsprache des Wohnkantons oder der Wohngemeinde der betreffenden Person abhängig zu machen. Zudem soll die Aufnahme von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz nur dann erfolgen dürfen, wenn genügend Platz für pflege- und betreuungsbedürftige Personen der Heimregion vorhanden ist.

4.1.2. Nicht berücksichtigte Anliegen

Pro Spitalregion sei lediglich ein Angebot für die Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu schaffen.

Die FDP hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass es aus Kosten- und Effizienzgründen genüge, für die Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege eine Institution pro Spitalregion zu beauftragen.

Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege unterscheiden sich inhaltlich nicht voneinander. Es handelt sich bei beiden Bereichen um Leistungen, welche in Art. 7 KLV festgeschrieben sind. Gestützt

auf eine Schätzung des Zentralsekretariats der GDK ist rund ein Prozent des Totals der Pfl egetage der Akut- und Übergangspflege zuzurechnen. Dies entspricht gesamtkantonal einem Bedarf von rund 20 Pflegebetten. Die freie Heimwahl der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger ist auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu gewährleisten. Gemäss Art. 20 KPG haben die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu sorgen. Sie haben eine regional abgestimmte Bedarfsplanung zu erstellen. Im Entwurf der kantonalen Rahmenplanung Pflegeheime 2010 wird der theoretische Bettenbedarf je Planungsregion ausgewiesen. Darin sind auch Pflegebetten für die Akut- und Übergangspflege enthalten. Bereits heute halten sich Personen nach einem Spitalaufenthalt befristet in den Pflegeheimen im Sinne der Akut- und Übergangspflege auf. Entscheide für das Angebotsportfolio und eine optimale Bettenallokation haben zuständigkeithalber die Gemeinden der Planungsregionen zu fällen.

4.2. Häusliche Pflege und Betreuung

4.2.1. Berücksichtigte Anliegen

Bei den Betriebsbewilligungsvoraussetzungen und den Qualitätsnachweisen seien alle beitragsberechtigten Leistungserbringer gleich zu behandeln.

Der Spitex-Verband Graubünden sowie diverse Fachorganisationen und Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag forderten, dass für die Erteilung einer Betriebsbewilligung beziehungsweise einer Berufsausübungsbewilligung an Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag wie auch an selbständig erwerbende Pflegefachpersonen dieselben Voraussetzungen wie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag zu statuieren seien. Gleichzeitig seien diese Leistungserbringer zu verpflichten, dieselben Qualitätsnachweise und dieselben Kosten- und Leistungsdaten wie die Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag einzureichen. Ohne eine gesetzliche Gleichbehandlung würden die von den Gemeinden der Planungsregion beauftragten Dienste massiv benachteiligt. Daraus resultiere eine Wettbewerbsverzerrung.

Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag haben schon heute dieselben Betriebsbewilligungsvoraussetzungen wie die Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag zu erfüllen (vgl. Art. 19 VzGG). Soweit die Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand erheben, haben auch sie unter anderem die Vorgaben hinsichtlich der Strukturqualität zu erfüllen und dem

Gesundheitsamt jährlich umfassende Kosten- und Leistungsdaten sowie die verlangten Qualitätsnachweise gemäss Art. 23 VzKPG einzureichen.

Bei den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen wird dem berechtigten Anliegen dadurch Rechnung getragen, dass in Art. 3 Abs. 4 KPG statuiert wird, dass selbständig erwerbende Pflegefachpersonen zur Erlangung der Beitragsberechtigung die von der Regierung in Analogie zu Art. 19ff. VzGG vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen haben. Die von der Regierung in der VzKPG vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität werden insbesondere Vorgaben im Bereich der Weiterbildung, der Erreichbarkeit beziehungsweise des Pikettdienstes sowie der Erarbeitung und Umsetzung des Pflege- und Betreuungskonzeptes beinhalten. Sämtliche Leistungserbringer, welche Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand erheben, haben jährlich die vom Gesundheitsamt verlangten Kosten- und Leistungsdaten einzureichen.

4.2.2. Nicht berücksichtigte Anliegen

Bei den Klientinnen und Klienten der häuslichen Pflege und Betreuung sei für Pflegeleistungen auf eine Kostenbeteiligung zu verzichten.

Die SP, der Spitex-Verband Graubünden, einzelne Gemeinden sowie diverse Fachorganisationen und Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung lehnten eine Beteiligung der Klientinnen und Klienten an den Kosten der ambulanten Pflegeleistungen ab. Diese Vernehmlassungsteilnehmenden betonten, dass eine Kostenbeteiligung im Widerspruch zur bisherigen Praxis und zum gesundheitspolitischen Grundsatz «ambulant vor stationär» stehe.

In den vergangenen Jahren wurde der gesundheitspolitische Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent umgesetzt. Entsprechend verfügt die spital-externe Gesundheits- und Krankenpflege im Kanton Graubünden sowohl aus Sicht der Leistungserbringer wie auch aus Sicht der Klientinnen und Klienten über fortschrittliche Rahmenbedingungen. Angesichts des anhaltenden starken Kostenanstiegs im Gesundheitswesen, wovon auch die öffentliche Hand in erheblichem Ausmass betroffen ist, erachtet die Regierung im ambulanten Bereich eine Beteiligung der Klientinnen und Klienten an den Kosten der ambulanten Pflegeleistungen im reduzierten Umfang von 50 Prozent des gemäss der Bundesgesetzgebung maximal zulässigen Betrags als vertretbar. Durch die gegenüber dem stationären Bereich reduzierte Kostenbeteiligung wie auch durch die im interkantonalen Vergleich im Kanton Graubünden überdurchschnittliche Mitfinanzierung der hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen (ca. 60 Prozent der anerkannten Kosten) sowie des Mahlzeitendienstes (ca. 25 Prozent der anerkannten Kosten) durch die öffentliche Hand wird dem gesundheitspolitischen Grundsatz «ambulant vor stationär» angemessen Rechnung getragen.

III. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes im Kanton

1. Allgemeine Bemerkungen zur Vorlage

1.1. Anpassung der Vorlage aufgrund der Ablehnung der Bündner NFA

Die Konzeption des Vernehmlassungsentwurfes baute auf der vom Grossen Rat am 19. Juni 2009 beschlossenen Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (Bündner NFA) auf (vgl. Kapitel II Ziffer 2).

Aufgrund der am 7. März 2010 erfolgten Ablehnung der Bündner NFA durch das Bündner Stimmvolk musste die Vorlage in diversen Punkten überarbeitet werden:

- Die Vorlage basiert neu auf dem geltenden KPG und nicht wie der Vernehmlassungsentwurf auf dem vom Grossen Rat im Zusammenhang mit der Bündner NFA teilrevidierten KPG.
- Bei der häuslichen Pflege und Betreuung wird vom geltenden Beitragssatz des Kantons von 55 Prozent der nicht gedeckten Kosten und nicht vom gemäss Bündner NFA harmonisierten Beitragssatz von 85 Prozent ausgegangen.

1.2. Nachprüfung der der Vernehmlassung zugrunde gelegten Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2008

Aufgrund einzelner Äusserungen in der Vernehmlassung, dass die im Vernehmlassungsentwurf festgeschriebenen Zahlen im Bereich der Pflegeheime nicht der Kostenwahrheit entsprechen würden, hat das Gesundheitsamt die von den Pflegeheimen eingereichten Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2008 erneut analysiert und vertieft geprüft.

In Summe konnten keine Abweichungen gegenüber den im Vernehmlassungsentwurf publizierten Zahlen festgestellt werden. Nach Rücksprache mit dem Bündner Spital- und Heimverband wurden den Hochrechnungen für das Vergleichsjahr 2010, welche auf den bereinigten Kosten- und Leistungsdaten 2008 basieren, anstelle von zwei Prozent Mengenwachstum und einem Prozent Kostenwachstum pro Jahr neu ein Prozent Mengenwachstum und zwei Prozent Kostenwachstum pro Jahr zugrunde gelegt. Diese Anpassung der Parameter hat in den Hochrechnungen dazu geführt, dass für das Vergleichsjahr 2010 von einer etwas tieferen Anzahl Pflgetage, jedoch von etwas höheren Kosten pro Pflgetag ausgegangen wurde. Daher weichen die Totale der anerkannten Kosten im Pflegeheimbereich gemäss Vernehmlassung

sungsentwurf (191.3 Mio. Franken) und gemäss Botschaftsvorlage (190.3 Mio. Franken) geringfügig voneinander ab. Bei einzelnen Kostenträgern wurden zudem punktuelle Anpassungen vorgenommen und entsprechend in den Hochrechnungen berücksichtigt. Es handelt sich einerseits um die Erhöhung der anerkannten Instandsetzungs- und Erneuerungskosten um fünf Franken von heute 20 auf 25 Franken pro Pflgetag. Gleichzeitig wurden die anerkannten Pensionskosten um denselben Betrag reduziert. Weiter wurden die anerkannten Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf leicht angehoben. Aus den angeführten Gründen weichen einzelne Zahlen der Vorlage in Bezug auf den stationären Bereich geringfügig vom Vernehmlassungsentwurf ab.

2. Pflegeheime

2.1. Vorgaben der Bundesgesetzgebung

2.1.1. Pflegeleistungen

Gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV übernimmt die OKP für Leistungen, welche von Pflegeheimen erbracht werden, die nachfolgenden nach Pflegebedarf abgestuften Beiträge pro Pflgetag:

Stufe	Pflegebedarf Minuten	Beitrag OKP pro Pflgetag Franken
1	0–20	9.00
2	21–40	18.00
3	41–60	27.00
4	61–80	36.00
5	81–100	45.00
6	101–120	54.00
7	121–140	63.00
8	141–160	72.00
9	161–180	81.00
10	181–200	90.00
11	201–220	99.00
12	> 220	108.00

Tabelle 5: Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeheime für Pflegeleistungen

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältigt werden. Ausgehend von den aktuell in Art. 7a Abs. 3 KLV festgeschriebenen Beiträgen der OKP entspricht dies einer maximalen Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für Pflegeleistungen von 21.60 Franken pro Pflgetag (20% von 108 Franken). Der Beitrag der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ist nur soweit geschuldet, als die anerkannten Pflegekosten durch die in der KLV vorgegebenen Beiträge nicht vollständig gedeckt sind.

2.1.2. Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind gemäss Art. 25 a Abs. 2 KVG von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten. Versicherer und Leistungserbringer haben entsprechende Pauschalen zu vereinbaren. Für Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger der Akut- und Übergangspflege fallen keine Pflegekosten an. Gemäss einer Schätzung des Zentralsekretariats der GDK ist rund ein Prozent des Totals der Pflgetage der Akut- und Übergangspflege zuzurechnen.

2.2. Eckpunkte der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Bereich der Pflegeheime

Die intensive Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen zur Vernehmlassung in Verbindung mit zahlreich geführten Diskussionen im Rahmen von Projektpräsentationen und Besprechungen mit Vertreterinnen und Vertretern des Bündner Spital und Heimverbands haben zu verschiedenen Anpassungen der Vorlage gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf geführt.

Die im Nachgang zur Vernehmlassung in Aussicht genommene Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene weist im stationären Bereich folgende Eckpunkte auf:

- Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner differenziert für Pensionskosten, Instandsetzungs- und Erneuerungskosten, Betreuungskosten sowie Pflegekosten durch die Regierung
- Finanzierung der Pensionskosten, Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sowie der Betreuungskosten durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

- Beteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an den Kosten der Pflegeleistungen im gemäss der Bundesgesetzgebung maximal möglichen Umfang mit Reduktionsvorgabe bei günstigen Heimen
- Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton (15%) und durch die Gemeinden (85%)
- Festschreibung des Beitragssatzes der Gemeinden zur Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Gesetz
 Von kostengünstigen Leistungserbringern sollen nicht die Gemeinden, sondern die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger profitieren. Die geltende Regelung beinhaltet die Gefahr, dass Gemeinden auf die Leistungserbringer Druck ausüben, den Aufwand zu senken, damit sie nur einen reduzierten Kostenanteil zu leisten haben. Ungünstige Auswirkungen auf die Pflege- und Betreuungsqualität der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger können bei einem solchen Verhalten nicht ausgeschlossen werden.
- Gesetzliche Vorgabe an die Leistungserbringer, die Tarife derart anzusetzen, dass die gemäss Vorgaben der Regierung maximal zulässigen Reserven nicht überschritten werden.
 Fixe Beitragssätze des Kantons und der Gemeinden können in Verbindung mit hohen Kostenbeteiligungen der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger bei kostengünstigen Leistungserbringern zu Überdeckungen führen. Die Vorgabe maximal zulässiger Reserven soll sicherstellen, dass nicht unangemessene Reserven auf Kosten der öffentlichen Hand und der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger geäuft werden.
 Kostengünstige Leistungserbringer werden entsprechend gehalten sein, die effektiven Kostenbeteiligungen der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger unter den von der Regierung festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen anzusetzen.
- Erweiterung der gemäss Bundesrecht gegebenen 12 Pflegebedarfsstufen auf 16 Pflegebedarfsstufen
 Mit der Erweiterung des Pflegebedarfssystems von 12 auf 16 Stufen soll die Finanzierung der Pflegekosten für stark pflegebedürftige Personen, auch im Zusammenhang mit Leistungen der palliativen Pflege, sichergestellt werden. Gleichzeitig werden die gemäss geltender Pflegefinanzierung durch den Kanton für ausserordentlich pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf speziellen Nachweis hin separat ausgerichteten Beiträge an die Pflegeheime ins Pflegebedarfssystem integriert.
- Verpflichtung der Wohnsitzgemeinde zur Mitfinanzierung der Kosten eines wegen fehlender Platzierungsmöglichkeit in einem Pflegeheim be-

dingten Spitalaufenthaltes einer pflege- und betreuungsbedürftigen Person

Falls pflege- und betreuungsbedürftige Personen nach der Spitalbehandlung nicht in eine stationäre Einrichtung überwiesen werden können und sie sich daher länger im Spital aufhalten müssen, ist es folgerichtig, dass die Wohnsitzgemeinde analog zu einem Heimaufenthalt der betreffenden Person die Differenzkosten zwischen dem Spital- und einem Heimaufenthalt zu tragen hat.

- Rückgriffsmöglichkeit der beitragspflichtigen Wohnsitzgemeinde auf frühere Wohnsitzgemeinden

Beitragspflichtig ist grundsätzlich die Wohnsitzgemeinde der Heimbewohnerin beziehungsweise des Heimbewohners vor Eintritt in das Pflegeheim. Mit der Möglichkeit, auf Wohnsitzgemeinden der letzten zehn Jahre Regress zu nehmen, kann die finanzielle Belastung auf mehrere Gemeinden verteilt werden.

- Verpflichtung aller auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführten Pflegeheime, bei Bedarf Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen
- Finanzierung der Investitionskosten für in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung geschaffene zusätzliche Pflegebetten und für die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer zu gleichen Teilen durch den Kanton und die Gemeinden

Die Umsetzung der geltenden Bestimmung von Art. 21 Abs. 5, wonach die Investitionsbeiträge der Gemeinden in Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden der Planungsregion und den Trägerschaften der Pflegeheime zu vereinbaren sind, hat sich insbesondere in Planungsregionen mit einer Vielzahl von Gemeinden und mehreren Pflegeheimen als äusserst schwierig erwiesen. In einigen Fällen ist es den Trägerschaften der Pflegeheime nicht gelungen, Investitionsbeiträge der Gemeinden der Planungsregionen zur Sicherstellung der Finanzierung der Investitionen für die Schaffung der notwendigen zusätzlichen Pflegebetten sowie für die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer zu erhalten. Die Folge sind zu hohe Fremdkapitalanteile und entsprechend hohe Fremdkapitalkosten, welche einen erheblichen Kostenschub bei den Betriebskosten auslösen und höhere Tarife für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nach sich ziehen. Als Folge davon nehmen die Ergänzungsleistungen zu Lasten des Kantons zu. Um dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, ist den Gemeinden im Gesetz explizit vorzuschreiben, dass sie den Trägerschaften der Pflegeheime für die Erstellung der notwendigen zusätzlichen Pflegebetten beziehungsweise für die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer den gleichen Investitionsbeitrag wie der Kanton auszurichten haben.

In den nachstehenden Abbildungen wird die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Bezug auf die Finanzierung der Pflegeleistungen (Abbildung 3) und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Abbildung 4) im stationären Bereich dargestellt.

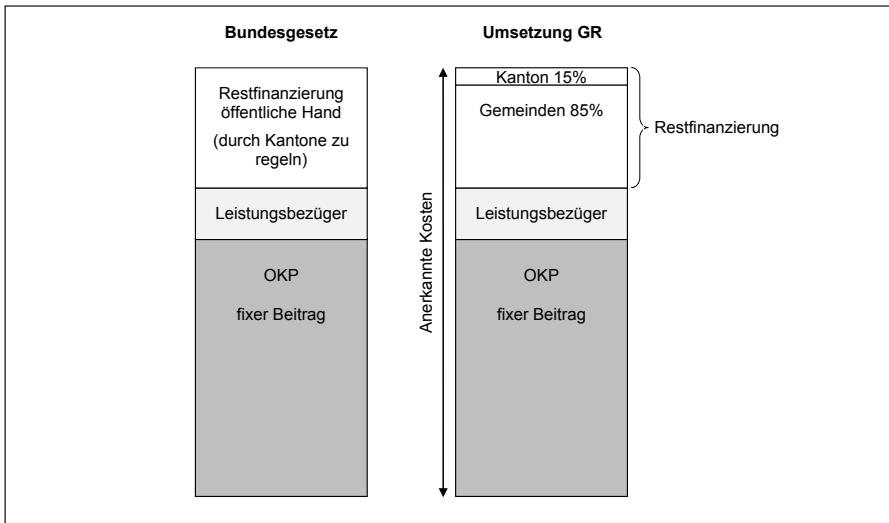


Abbildung 3: Finanzierung der Pflegeleistungen im stationären Bereich

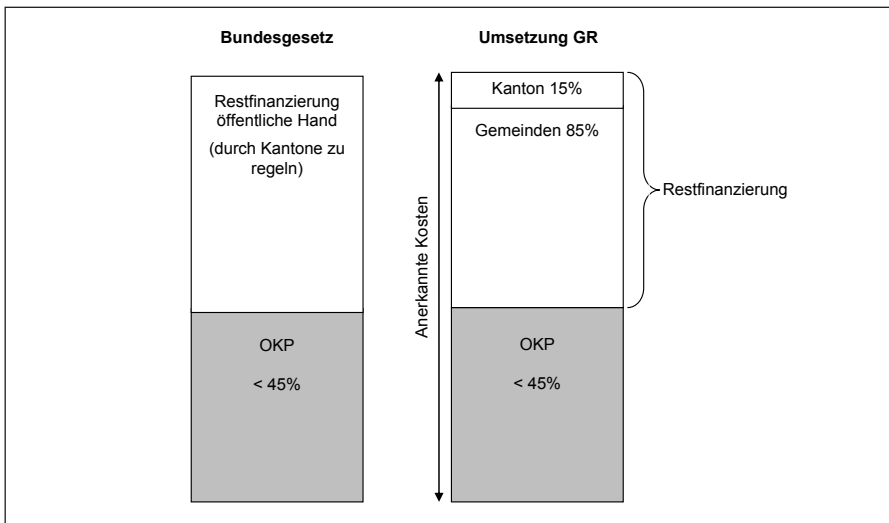


Abbildung 4: Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im stationären Bereich

2.3. Anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

2.3.1. Allgemeine Bemerkungen

Die Regierung legt für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen jährlich die anerkannten Kosten sowie die maximale Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für folgende Leistungskategorien fest (Art. 21b Abs. 1 KPG):

- Pension
- Instandsetzung und Erneuerung
- Betreuung
- Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Massgebend sind die bereinigten Kosten- und Leistungsdaten des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres (Art. 21b Abs. 2 KPG). Analog zum geltenden System fliessen in die Berechnung die Daten der wirtschaftlichen Pflegeheime ein, welche im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen sind und somit die Qualitätsvorgaben erfüllen. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Kostenänderungen.

2.3.2. Pension

Ausgehend von den bereinigten Kosten- und Leistungsdaten 2008 resultieren für das Vergleichsjahr 2010 im Durchschnitt Pensionskosten von rund 95 Franken pro Tag. Darin sind auch allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten (z. B. Verwaltung) enthalten.

2.3.3. Instandsetzung und Erneuerung

Die Finanzierung der Instandsetzungs- und Erneuerungskosten der bestehenden Pflegeheime erfolgt neu ausschliesslich durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Gemeinden der Planungsregionen haben keine Instandsetzungs- und Erneuerungskosten mehr zu tragen.

Im Sinne des gesundheitspolitischen Grundsatzes «ambulant vor stationär» wird die in der Mitfinanzierung der Instandsetzungs- und Erneuerungskosten durch die Gemeinden hinsichtlich der Finanzierung der Wohnkosten bestehende Besserstellung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gegenüber den Klientinnen und Klienten der häuslichen Pflege und Betreuung,

welche keine Beiträge der öffentlichen Hand an ihre Wohnkosten erhalten, zumindest teilweise aufgehoben. Die Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden an die aufgrund der demographischen Entwicklung notwendige Erstellung von zusätzlichen Pflegebetten sowie an die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer bleiben bestehen.

Die anerkannten kalkulatorischen Instandsetzungs- und Erneuerungskosten der Pflegeheime werden von heute maximal 20 Franken auf maximal 25 Franken pro Pflege-tag angehoben, damit den unterschiedlichen Ausbaustandards Rechnung getragen werden kann.

2.3.4. Betreuung

Aus den Kosten- und Leistungsdaten der Pflegeheime des Jahres 2008 kommt nicht klar zum Ausdruck, wie sich der Betreuungsaufwand auf die einzelnen Pflegebedarfsstufen verteilt. Der Bündner Spital- und Heimverband wird im Rahmen der geplanten Pilotprojekte für die Einführung eines neuen Systems zur Erfassung des Pflege- und Betreuungsbedarfs entsprechende Analysen vornehmen.

In den Hochrechnungen für das Vergleichsjahr 2010 wird von den in den Kosten- und Leistungsdaten 2008 ausgewiesenen durchschnittlichen Betreuungskosten von rund 27 Franken pro Pflege-tag ausgegangen. Dabei sind 40 Prozent der ausgewiesenen Betreuungskosten als pflegebedarfsunabhängige und 60 Prozent als pflegebedarfsabhängige Betreuungskosten in die Kalkulation eingeflossen. Demnach werden 11 Franken pro Pflege-tag unabhängig von Pflegebedarf und zusätzlich je nach Pflegebedarfsstufe zwischen zwei und 46 Franken pro Pflege-tag in der Kalkulation berücksichtigt.

2.3.5. Pflegeleistungen

Die anerkannten Kosten für Pflegeleistungen werden je Pflegebedarfsstufe festgelegt. Gestützt auf Art. 7 Abs. 3 KLV werden für die Ermittlung der anerkannten Pflegekosten nur jene Kosten berücksichtigt, welche in einem engen Zusammenhang mit der pflegerischen Tätigkeit stehen. Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten werden nicht angerechnet, sondern bei den Pensionskosten berücksichtigt. Nach eingehender Analyse und anschliessender Bereinigung der Kosten- und Leistungsdaten 2008 der Pflegeheime durch das Gesundheitsamt wurden den Hochrechnungen für das Vergleichsjahr 2010 anerkannte Pflegekosten von 90 Rappen pro Minute zugrunde gelegt, was 54 Franken pro Stunde entspricht.

Mit der Erweiterung des Pflegebedarfssystems von 12 auf 16 Stufen werden die gemäss geltender Pflegefinanzierung durch den Kanton für ausserordentlich pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf speziellen Nachweis hin separat ausgerichteten Beiträge an die Pflegeheime ins Pflegebedarfssystem integriert. Im Rechnungsjahr 2008 handelte es sich dabei um 19 Gesuche mit einem Pflegebedarf von mehr als sechs Stunden pro Tag. Da die neuen Pflegebedarfsstufen 13 bis 16 den Pflegebedarf ab 280 Minuten abdecken, werden damit mehr Fälle als bisher erfasst. Ausgehend von den 55 BESA 4c Fällen Ende 2008 kann aber davon ausgegangen werden, dass es sich um eine relativ geringe Anzahl Fälle, welche mehr als 280 Minuten Pflege pro Tag (Pflegebedarfsstufe 13 und höher) benötigen, handelt. Die Zuordnung zu den Pflegebedarfsstufen 13 bis 16 erfolgt durch die Leistungserbringer und wird durch das Controlling des Gesundheitsamtes überprüft. Im Gegenzug zur geltenden Regelung haben sich die Gemeinden neu an den Pflegekosten für ausserordentlich pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu beteiligen. Die Erweiterung des Pflegebedarfssystems trägt auch den Anforderungen an die Palliativpflege (Palliative Care) Rechnung, indem die Finanzierung der aufwendigeren Pflegeleistungen sichergestellt wird.

Den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern kann für Pflegeleistungen von den Leistungserbringern die gemäss der Bundesgesetzgebung maximal mögliche Kostenbeteiligung in Rechnung gestellt werden, soweit die anerkannten Kosten der jeweiligen Pflegebedarfsstufe nicht durch die Beiträge der OKP gedeckt sind. Derzeit entspricht dies maximal 21.60 Franken. Diese maximale Kostenbeteiligung ist vertretbar, werden doch die stark pflegedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner durch die neue Pflegefinanzierung gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung massiv entlastet. Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der unteren Pflegebedarfsstufen werden demgegenüber nur geringfügig mehr belastet (vgl. Abbildung 5).

Ausgehend von den anerkannten Pflegekosten, den Leistungen der OKP und der maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger werden die im Rahmen der Restfinanzierung vom Kanton und den Gemeinden zu tragenden Kosten für Pflegeleistungen ermittelt.

Nachstehend wird aufgezeigt, wie die Festlegung der anerkannten Pflegekosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie die vom Kanton beziehungsweise den Gemeinden zu tragenden Kosten für Pflegeleistungen für die 16 Pflegebedarfsstufen für das Vergleichsjahr 2010 ausgefallen wäre.

Stufe	Pflegebedarf (Minuten)	Anerkannte Pflegekosten (Fr.)	Kostenträger (Fr.)			
			OKP	Leistungs- bezüger	Kanton	Gemeinden
1	0 – 20	9.00	9.00	0.00	0.00	0.00
2	21 – 40	27.00	18.00	9.00	0.00	0.00
3	41 – 60	45.00	27.00	18.00	0.00	0.00
4	61 – 80	63.00	36.00	21.60	0.80	4.60
5	81 – 100	81.00	45.00	21.60	2.15	12.25
6	101 – 120	99.00	54.00	21.60	3.50	19.90
7	121 – 140	117.00	63.00	21.60	4.90	27.50
8	141 – 160	135.00	72.00	21.60	6.20	35.20
9	161 – 180	153.00	81.00	21.60	7.55	42.85
10	181 – 200	171.00	90.00	21.60	8.90	50.50
11	201 – 220	189.00	99.00	21.60	10.25	58.15
12	221 – 280	225.00	108.00	21.60	14.30	81.10
13	281 – 340	279.00	108.00	21.60	22.40	127.00
14	341 – 400	333.00	108.00	21.60	30.50	172.90
15	401 – 460	387.00	108.00	21.60	38.60	218.80
16	> 460	441.00	108.00	21.60	46.70	264.70

Tabelle 6: Simulation der Festlegung der anerkannten Pflegekosten, der maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der Beiträge des Kantons und der Gemeinden für Pflegeleistungen im Langzeitbereich für das Vergleichsjahr 2010 je Pflegeetag und Pflegebedarfsstufe

2.3.6. Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Im Rahmen der regional abgestimmten Bedarfsplanung haben die Planungsregionen sicherzustellen, dass in den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen genügend Plätze für die Akut- und Übergangspflege zur Verfügung stehen. Ausgehend von einem Prozent des Totals Pflegeetage, welches der Akut- und Übergangspflege zuzurechnen ist, resultiert kantonsweit ein Bedarf an Plätzen für die Akut- und Übergangspflege von rund 20 Pflegebetten.

Bei der Festlegung der anerkannten Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege orientiert sich die Regierung an den zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Vergütun-

gen, welche je nach dem vorgängig durch die Regierung festgelegten prozentualen Anteil der öffentlichen Hand (Art. 21f KPG in Verbindung mit Art. 49a Abs. 2 KVG) maximal 45 Prozent der anerkannten Kosten betragen. Mit Beschluss vom 13. April 2010 (Prot. Nr. 274) hat die Regierung erstmals den für das Jahr 2011 massgeblichen kantonalen Anteil an den Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner auf 55 Prozent festgesetzt.

Nach Einschätzung des Bündner Spital- und Heimverbands dürfte sich der durchschnittliche Pflegeaufwand für Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege im Bereich der Pflegebedarfsstufe 8 bewegen. Ausgehend von den anerkannten Pflegekosten der Pflegebedarfsstufe 8 resultieren nach Abzug der von den Krankenversicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen die nicht durch die OKP gedeckten anerkannten Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege. Diese sind nach den gleichen Beitragssätzen wie in der Langzeitpflege vom Kanton (15%) und von den Gemeinden (85%) zu tragen.

Es ist davon auszugehen, dass die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger unmittelbar nach dem Spitalaustritt mehr pflegerische Leistungen benötigen als kurz vor der Entlassung nach Hause. Die Regierung erachtet es als angezeigt, die anerkannten Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege und die daraus abgeleiteten leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden pro Pflegetag für den gesamten Aufenthalt gleich hoch festzulegen. Durch die Pauschalierung wird verhindert, dass für einen befristeten Heimaufenthalt aufgrund des Genesungsfortschritts mehrmals eine neue Pflegebedarfseinstufung vorgenommen werden muss.

Stufe	Pflegebedarf (Minuten)	Anerkannte Pflegekosten (Fr.)	Kostenträger (Fr.)			
			OKP 45%	Leistungs- bezüger	Kanton (8.25%) ¹	Gemeinden (46.75%) ²
8	141 – 160	135.00	60.80	0.00	6.20	35.20
¹ 15% von 55% = 8.25% ² 85% von 55% = 46.75%						

Tabelle 7: Simulation der Festlegung der anerkannten Pflegekosten sowie der Beiträge des Kantons und der Gemeinden für Leistungen der Akut- und Übergangspflege für das Vergleichsjahr 2010

Pensionskosten, Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sowie Betreuungskosten sind von den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger im selben Umfang wie von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu tragen.

2.3.7. Tages- und Nachtstrukturen

Gemäss der Bundesgesetzgebung leistet die OKP auch Beiträge für Leistungen, welche in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Obschon Tages- und Nachtstrukturen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG als ambulante Strukturen gelten, erfolgt die Vergütung durch die OKP auf Basis der Beiträge an die Pflegeheime. Die Beiträge der OKP gelten pro Tag oder pro Nacht und entsprechen jenen, welche den Pflegeheimen entsprechend dem Pflegebedarf ausgerichtet werden (Art. 7a Abs. 4 KLV). Die Gemeinden beziehungsweise die Trägerschaften der Pflegeheime sind gehalten, vermehrt Angebote in Tages- oder Nachtstrukturen wie Tagesheime oder Betten für Übernachtungen zu schaffen. In Kombination mit Leistungen der häuslichen Pflege und Betreuung kann damit den Bedürfnissen der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen und der pflegenden Angehörigen Rechnung getragen werden.

Die Regierung legt die für Tages- und Nachtstrukturen anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger entsprechend der Inanspruchnahme der Leistungen durch die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger fest.

Der Pflegebedarf ist analog zum stationären Langzeitaufenthalt oder zum Aufenthalt im Rahmen der Akut- und Übergangspflege mit einem standardisierten und validierten Verfahren (z.B. BESA = Bewohner- und Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) zu ermitteln.

2.3.8. Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

Die durchschnittlichen Taxen, welche von den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern gemäss der neuen Pflegefinanzierung zu tragen sind, belaufen sich zwischen 131 Franken pro Tag (geringer Pflege- und Betreuungsbedarf, Pflegebedarfsstufe 1) und 199 Franken pro Tag (hoher Pflege- und Betreuungsbedarf, Pflegebedarfsstufe 12 und mehr). Im gewichteten Durchschnitt aller Pflegebedarfsstufen beträgt die Taxe brutto 164 Franken beziehungsweise nach Abzug der Ergänzungsleistungen 125 Franken pro Pflorgetag. Die durchschnittliche Kostenbeteiligung gemäss der neuen Pflegefinanzierung liegt netto rund drei Franken unter jener gemäss der geltenden Pflegefinanzierung. Der Unterschied zur geltenden Pflegefinanzierung (Tabelle 2) besteht darin, dass die finanzielle Belastung von stark pflegebedürftigen Personen erheblich durch die Begrenzung der Beteiligung an den Pflegekosten verringert wird.

Stufe	Pflegetariff (Minuten)	Kostenträger Leistungsbezüger (Fr. pro Pflgetag)				
		Pension	Instandsetzung und Erneuerung	Betreuung	Pflege	Total
1	0 – 20	95.00	25.00	11.00	0.00	131.00
2	21 – 40	95.00	25.00	14.00	9.00	143.00
3	41 – 60	95.00	25.00	16.00	18.00	154.00
4	61 – 80	95.00	25.00	19.00	21.60	160.60
5	81 – 100	95.00	25.00	22.00	21.60	163.60
6	101 – 120	95.00	25.00	24.00	21.60	165.60
7	121 – 140	95.00	25.00	28.00	21.60	169.60
8	141 – 160	95.00	25.00	31.00	21.60	172.60
9	161 – 180	95.00	25.00	34.00	21.60	175.60
10	181 – 200	95.00	25.00	39.00	21.60	180.60
11	201 – 220	95.00	25.00	46.00	21.60	187.60
12	221 – 280	95.00	25.00	57.00	21.60	198.60
13	281 – 340	95.00	25.00	57.00	21.60	198.60
14	341 – 400	95.00	25.00	57.00	21.60	198.60
15	401 – 460	95.00	25.00	57.00	21.60	198.60
16	> 460	95.00	25.00	57.00	21.60	198.60

Tabelle 8: Approximative durchschnittliche Taxen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner je Kostenträger und Total gemäss neuer Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010

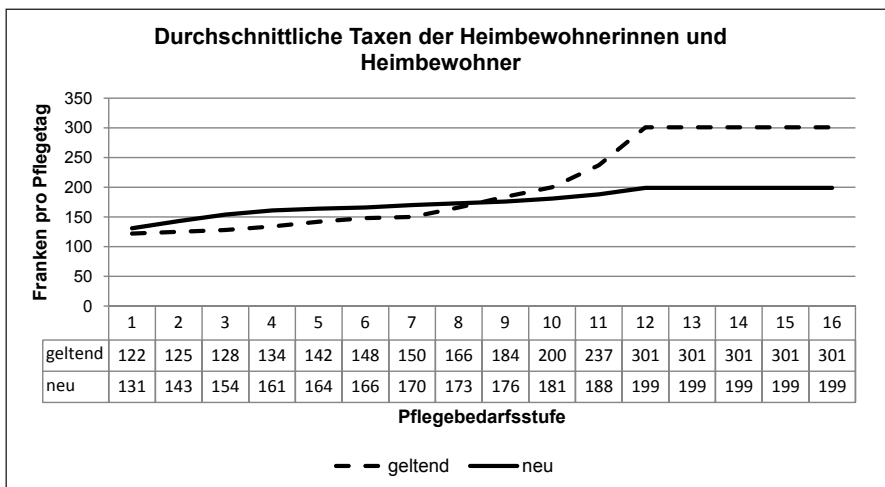


Abbildung 5: Gegenüberstellung der durchschnittlichen Taxen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gemäss geltender Pflegefinanzierung und gemäss neuer Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010

2.4. Finanzielle Auswirkungen auf die Kostenträger

Gemäss Hochrechnung auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten 2008 der auf der Pflegeheimliste aufgeführten Pflegeheime resultieren für das Vergleichsjahr 2010 gemäss der neuen Pflegefinanzierung folgende Eckdaten:

Basis: <ul style="list-style-type: none"> • Kosten- und Leistungsdaten 2008 • Modellrechnungen des Gesundheitsamts vom 31. März 2010 • Beiträge OKP gem. Art. 7a Abs. 3 KLV (Änderung vom 24. Juni 2009) 	Pflegeleistungen	Akut- und Übergangspflege	Pension	Instandsetzung und Erneuerung	Betreuung	Ergänzungsleistungen	Total	Abweichung des Totals gegenüber geltender Pflegefinanzierung (vgl. Tabelle 1)
Anerkannte Kosten	65.1	1.1	79.5	21.0	23.6	–	190.3	+ 0.4
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	–	100.0%	+ 0.2%
Kostenträger OKP	37.0	0.5	0.0	0.0	0.0	–	37.5	– 4.8
	56.8%	45.5%	0.0%	0.0%	0.0%	–	19.7%	–11.3%
Kostenträger Leistungsbezüger	13.5	0.0	79.5	21.0	23.6	– 33.2	104.4	– 2.7
	20.7%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	–	54.9%	– 2.5%
Kostenträger Gemeinden	12.4	0.5	0.0	0.0	0.0	–	12.9	+ 4.5
	19.1%	45.5%	0.0%	0.0%	0.0%	–	6.7%	+ 53.6%
Kostenträger Kanton	2.2	0.1	0.0	0.0	0.0	33.2	35.5	+ 3.4
	3.4%	9.0%	0.0%	0.0%	0.0%	–	18.7%	+ 11.0%

Tabelle 9: Approximative anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Kostenträger der Pflegeheime gemäss neuer Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 in Millionen Franken pro Jahr und Abweichung des Totals von der geltenden Pflegefinanzierung

Wie Tabelle 9 zeigt, nehmen die anerkannten Kosten um 0.4 Millionen Franken gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung zu (vgl. Tabelle 1). Dies ist durch die höheren Pflegekosten in der Akut- und Übergangspflege bedingt.

Die Beiträge der OKP nehmen gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung um 4.8 Millionen Franken ab. Die Abnahme ist durch in Art. 7a Abs. 3 KLV festgelegten Beiträge der OKP begründet. Diese sind im gewichteten Durchschnitt tiefer als die derzeit im Kanton auf Grund der Vereinbarung zwischen dem Bündner Spital- und Heimverband und santésuisse vom Dezember 2009 Anwendungen findenden Beiträge der OKP.

Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner werden aufgrund der Begrenzung der Beteiligung an den Pflegekosten und insbesondere aufgrund

der höheren Vermögensfreibeträge bei der Festlegung der Ergänzungsleistungen gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung mit 2.7 Millionen Franken pro Jahr entlastet.

Die gemäss Bundesrecht maximal mögliche Kostenbeteiligung entspricht 20 Prozent des höchsten Beitrags der OKP (Pflegebedarfsstufe 12). Bei den unteren Pflegebedarfsstufen macht der prozentuale Anteil der durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mitzufinanzierenden Pflegeleistungen damit mehr als 20 Prozent aus. Daher kommt in der Tabelle 9 der prozentuale Anteil der von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in Summe zu bezahlenden Kosten für Pflegeleistungen über 20 Prozent zu liegen.

Die Gemeinden werden durch die Beteiligung an der Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege mit 12.9 Millionen Franken pro Jahr belastet. Durch die vollständige Übernahme der kalkulatorischen Instandsetzungs- und Erneuerungskosten durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner werden die Gemeinden in diesem Bereich um 8.4 Millionen pro Jahr entlastet. Die zusätzliche Belastung der Gemeinden verringert sich dadurch auf 4.5 Millionen Franken pro Jahr.

Der Kanton wird aufgrund der Beteiligung an der Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowie insbesondere aufgrund der höheren Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen mit 3.4 Millionen Franken pro Jahr zusätzlich belastet.

3. Häusliche Pflege und Betreuung

3.1. Vorgaben der Bundesgesetzgebung

3.1.1. Pflegeleistungen

Gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV übernimmt die OKP für Leistungen, welche von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern sowie von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbracht werden, folgende Beiträge:

Art der Leistung	Beitrag OKP pro Stunde Franken
Massnahmen der Abklärung und der Beratung	79.80
Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung	65.40
Massnahmen der Grundpflege	54.60

Tabelle 10: Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie an Pflegefachpersonen für Pflegeleistungen

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden. Dies entspricht einer maximal möglichen Kostenbeteiligung von 15.95 Franken pro verrechenbare Stunde (20% von 79.80 Franken). Der Beitrag der Klientinnen und Klienten ist nur soweit geschuldet, als die Pflegekosten durch die der OPK in der KLV vorgegebenen Beiträge nicht vollständig gedeckt sind.

3.1.2. Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind gemäss Art. 25 a Abs. 2 KVG von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten. Versicherer und Leistungserbringer haben entsprechende Pauschalen zu vereinbaren. Für Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger der Akut- und Übergangspflege fallen keine Pflegekosten an. Die Vergütung der Leistungen bezieht sich ausschliesslich auf Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV. Andere Leistungen, wie zum Beispiel hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen, sind nicht Bestandteil der Vergütung gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG.

3.2. Eckpunkte der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung

Die intensive Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen zur Vernehmlassung in Verbindung mit zahlreich geführten Diskussionen im Rahmen von Projektpräsentationen und Besprechungen mit Vertreterinnen und Vertretern des Spitex Verbandes Graubünden hat auch im Bereich der häus-

lichen Pflege und Betreuung zu verschiedenen Anpassungen der Vorlage gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf geführt.

Die im Nachgang zur Vernehmlassung in Aussicht genommene Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene weist im ambulanten Bereich folgende Eckpunkte auf:

- Erweiterung der Beitragsberechtigung für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege auf Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und auf selbständig erwerbende Pflegefachpersonen, soweit diese nebst den Anforderungen für die Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung die von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen

Gemäss der neuen Bundesgesetzgebung haben auch bislang vom Kanton nicht als beitragsberechtigt anerkannte Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie selbständig erwerbende Pflegefachpersonen Anspruch auf Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch die öffentliche Hand.

- Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege bei den beitragsberechtigten Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung und Pflegefachpersonen durch die Regierung

Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen sind nicht verpflichtet, die Leistungen flächendeckend und für alle anspruchsberechtigten Klientinnen und Klienten zu erbringen. Diesem Umstand ist bei der Festlegung der anerkannten Kosten und der Leistungsbeiträge der öffentlichen Hand Rechnung zu tragen.

- Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen sowie für den Mahlzeitendienst bei Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag durch die Regierung
- Einführung der neuen beitragsberechtigten Leistungskategorie Akut- und Übergangspflege
- Beteiligung der Klientinnen und Klienten an den Kosten der Pflegeleistungen zu 50 Prozent des gemäss der Bundesgesetzgebung maximal möglichen Umfangs mit Reduktionsvorgabe bei günstigen Diensten
- Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton (55%) und durch die Gemeinden (45%)

- Restfinanzierung der Kosten für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen sowie für den Mahlzeitendienst bei den Diensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag durch den Kanton (55%) und durch die Gemeinden (45%)
- Festschreibung des Beitragssatzes der Gemeinden zur Restfinanzierung der Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Gesetz.

Von kostengünstigen Leistungserbringern sollen nicht die Gemeinden, sondern die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger profitieren. Die geltende Regelung beinhaltet die Gefahr, dass Gemeinden auf die Leistungserbringer Druck ausüben, den Aufwand zu senken, damit sie nur einen reduzierten Kostenanteil zu leisten haben. Ungünstige Auswirkungen auf die Pflege- und Betreuungsqualität der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger können bei einem solchen Verhalten nicht ausgeschlossen werden.

- Gesetzliche Vorgabe an die Leistungserbringer, die Tarife derart anzusetzen, dass die gemäss Vorgaben der Regierung maximal zulässigen Reserven nicht überschritten werden.

Fixe Beitragssätze des Kantons und der Gemeinden können in Verbindung mit hohen Kostenbeteiligungen der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger bei kostengünstigen Leistungserbringern zu Überdeckungen führen. Die Vorgabe maximal zulässiger Reserven soll sicherstellen, dass nicht angemessene Reserven auf Kosten der öffentlichen Hand und der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger geöffnet werden.

Kostengünstige Leistungserbringer werden entsprechend gehalten sein, die effektiven Kostenbeteiligungen der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger unter den von der Regierung festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen anzusetzen.

- Verpflichtung aller Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag, bei Bedarf in ihrem Tätigkeitsgebiet Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen

In den nachstehenden Abbildungen wird die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes im Kanton in Bezug auf die Finanzierung der Pflegeleistungen (Abbildung 6) und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Abbildung 7) im ambulanten Bereich dargestellt.

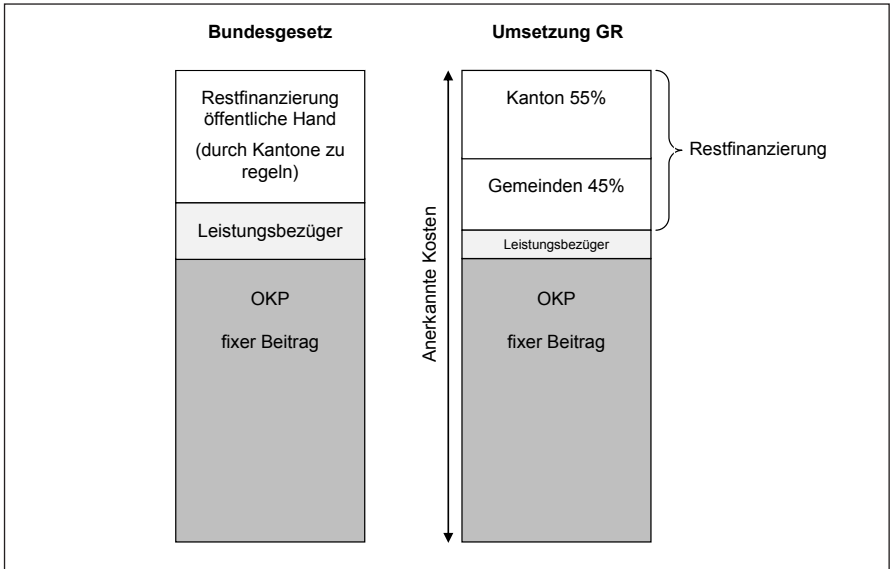


Abbildung 6: Finanzierung der Pflegeleistungen im ambulanten Bereich

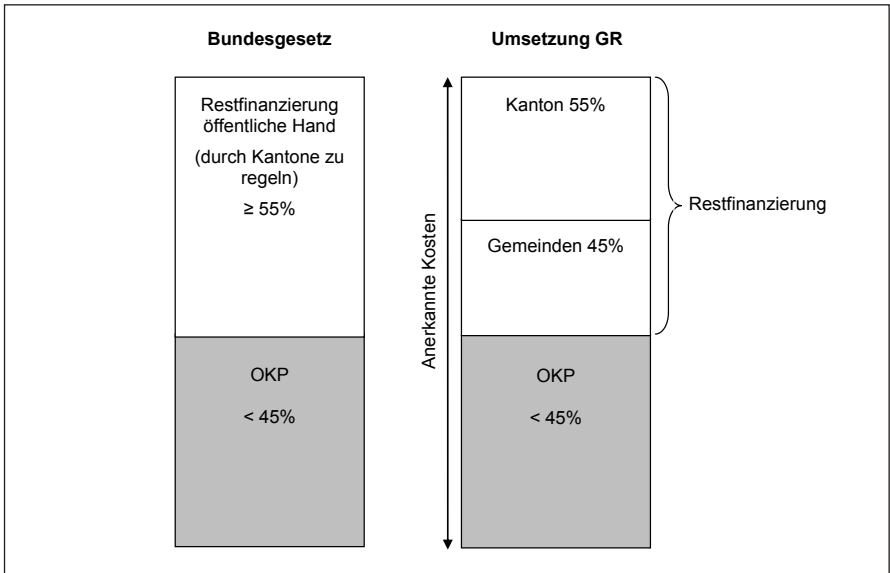


Abbildung 7: Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im ambulanten Bereich

3.3. Anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten

3.3.1. Allgemeine Bemerkungen

Die Regierung legt für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und die anerkannten Pflegefachpersonen die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten für die in Art. 31b Abs. 1 und 2 aufgeführten Leistungskategorien fest.

Massgebend für die Festlegung der anerkannten Kosten sind die bereinigten Kosten- und Leistungsdaten des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres (Art. 31e Abs. 3). Analog zum heutigen System fliessen in die Berechnungen die Daten der wirtschaftlichen Leistungserbringer, welche im Besitz einer Betriebsbewilligung beziehungsweise einer Berufsausübungsbevolligung ohne Auflagen sind, ein.

Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der Leistungsbeiträge des Kantons beziehungsweise der Gemeinden für Leistungen der Akut- und Übergangspflege bilden die von den Krankenversicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Pauschalen.

Die maximale Kostenbeteiligung, welche von den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung beziehungsweise von den anerkannten selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen den Klientinnen und Klienten für Pflegeleistungen in Rechnung gestellt werden darf, wird im Sinne des gesundheitspolitischen Grundsatzes «ambulant vor stationär» auf 50 Prozent des aufgrund der Bundesgesetzgebung maximal möglichen Umfangs begrenzt. Dies entspricht derzeit einem Betrag von acht Franken pro Stunde. Zur Begründung der Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten wird auf die Ausführungen in Kapitel II. 4.2.2 verwiesen. Für Leistungen der Akut- und Übergangspflege dürfen den Klientinnen und Klienten keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen wie auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgt zu 55 Prozent durch den Kanton und zu 45 Prozent durch die Wohnsitzgemeinden. Dieselben Beitragssätze gelten auch für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen sowie für den Mahlzeitendienst bei Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag.

3.3.2. Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag

Die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sind neu für Leistungen der Akut- und Übergangspflege beitragsberechtigt. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung sind diese Leistungen in einer eigenen Leistungskategorie zu erfassen und abzurechnen.

Für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag (bisher als anerkannte Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung bezeichnet) werden entsprechend in Art. 31c KPG neu vier beitragsberechtigte Leistungskategorien aufgeführt:

- Pflegeleistungen
- Leistungen der Akut- und Übergangspflege
- Hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen
- Mahlzeitendienst

Nachstehend wird aufgezeigt, wie die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie die vom Kanton und den Wohnsitzgemeinden zu bezahlenden Leistungsbeiträge gemäss der neuen Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 ausgefallen wäre.

Leistungskategorie	Anerkannte Kosten (Fr. pro Stunde bzw. Mahlzeit)	Kostenträger (Fr.)			
		OKP	Leistungsbezüger	Kanton ³	Gemeinden ⁴
Pflegeleistungen	84.70	57.50 ¹	8.00	10.60	8.60
Leistungen der Akut- und Übergangspflege	84.70	38.10 ²	0.00	25.60	21.00
Hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen	62.30	0.00	26.00	20.00	16.30
Mahlzeitendienst	18.60	0.00	14.00	2.50	2.10

¹ gewichtetes arithmetisches Mittel der Beiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 1
² Annahme: 45% der anerkannten Kosten
³ 55% der nicht durch die OKP oder die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge des Kantons)
⁴ 45% der nicht durch die OKP oder die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge der Gemeinden)

Tabelle 11: Simulation der Festlegung der je Leistungskategorie anerkannten Kosten, maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der Leistungsbeiträge des Kantons und der Gemeinden für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag für das Vergleichsjahr 2010 gemäss neuer Pflegefinanzierung

3.3.3. Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie anerkannte Pflegefachpersonen

Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie anerkannte Pflegefachpersonen sind nur für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege beitragsberechtigt. Die Regierung geht davon aus, dass die Kosten dieser Leistungserbringer um 15 Prozent (Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag) beziehungsweise 20 Prozent (anerkannte Pflegefachpersonen) tiefer sind als bei den Diensten mit kommunalem Leistungsauftrag. Gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf, wonach bei Leistungserbringern ohne kommunalen Leistungsauftrag und anerkannten Pflegefachpersonen 20 bis 30 Prozent tiefere Kosten als bei den Diensten mit kommunalem Leistungsauftrag geschätzt wurden, wird aufgrund vertiefter Analyse der Kostenstrukturen einzelner ambulanter Leistungserbringer von einem geringeren Kostenunterschied ausgegangen. Der Kostenunterschied ist darin begründet, dass Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag und anerkannte Pflegefachpersonen ihre Leistungen nicht im gesamten Tätigkeitsgebiet und damit auch nicht in abgelegenen Gegenden, welche lange Anfahrtswege bedingen, zu erbringen haben. Zum anderen sind sie auch nicht verpflichtet, allen anspruchsberechtigten und somit auch aufwändigen und schwierigen Klientinnen und Klienten Leistungen zu erbringen. Bei selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen fallen zudem kaum Bereitschafts- und Infrastrukturkosten an.

Nachstehend wird aufgezeigt, wie die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligungen der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der vom Kanton beziehungsweise den Wohnsitzgemeinden zu bezahlenden Leistungsbeiträge gemäss der neuen Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 ausgefallen wäre.

Leistungskategorie	Anerkannte Kosten (Fr. pro Stunde)	Kostenträger (Fr.)			
		OKP	Leistungs- bezüger	Kanton ³	Gemein- den ⁴
Pflegeleistungen	72.00	57.50 ¹	8.00	3.60	2.90
Leistungen der Akut- und Übergangspflege	72.00	38.10 ²	0.00	18.60	15.30

¹ gewichtetes arithmetisches Mittel der Beiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 1
² Annahme: 45% der anerkannten Kosten
³ 55% der nicht durch die OKP oder die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge des Kantons)
⁴ 45% der nicht durch die OKP oder die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge der Gemeinden)

Tabelle 12: Simulation der Festlegung der je Leistungskategorie anerkannten Kosten, maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der Leistungsbeiträge des Kantons und der Gemeinden für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag gemäss neuer Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010

Leistungskategorie	Anerkannte Kosten (Fr. pro Stunde)	Kostenträger (Fr.)			
		OKP	Leistungs- bezüger	Kanton ³	Gemein- den ⁴
Pflegeleistungen	67.80	57.50 ¹	8.00	1.30	1.00
Leistungen der Akut- und Übergangspflege	67.80	38.10 ²	0.00	16.30	13.40

¹ gewichtetes arithmetisches Mittel der Beiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 1
² Annahme: 45% der anerkannten Kosten
³ 55% der nicht durch die OKP oder die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge des Kantons)
⁴ 45% der nicht durch die OKP oder die maximale Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger gedeckten anerkannten Kosten (Leistungsbeiträge der Gemeinden)

Tabelle 13: Simulation der Festlegung der je Leistungskategorie anerkannten Kosten, maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der Leistungsbeiträge des Kantons und der Gemeinden für anerkannte Pflegefachpersonen gemäss neuer Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010

3.4. Finanzielle Auswirkungen auf die Kostenträger

Gemäss Hochrechnung auf Basis der bereinigten Kosten- und Leistungsdaten 2008 der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag resultieren gemäss der neuen Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 folgende Eckdaten.

Basis: <ul style="list-style-type: none"> • Kosten- und Leistungsdaten 2008 • Modellrechnungen des Gesundheitsamts vom 17. März 2010 • Beiträge OKP gem. Art. 7a KLV (Änderung vom 20. August 2009) • Maximaltarife und kantonale Leistungsbeiträge 2010 gem. RB vom 15. Dezember 2009 (Prot. Nr. 1217) • Beitragssatz Kanton: 55%, Beitragssatz Gemeinden: 45% 	Pflegeleistungen	Akut- und Übergangspflege	Hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen	Mahlzeitendienst	Total	Abweichung des Totals gegenüber geltender Pflegefinanzierung (vgl. Tabelle 4)
Approximative verrechenbare Stunden bzw. Anzahl Mahlzeiten	218685	24298	126421	120713		
Anerkannte Kosten	18.5	2.1	7.9	2.2	30.7	0.0
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
Kostenträger OKP	12.6	0.9	0.0	0.0	13.5	+ 0.6
	68.1%	45.0%	0.0%	0.0%	44.0%	+ 4.7%
Kostenträger Leistungsbezüger	1.7	0.0	3.3	1.7	6.7	+ 1.7
	9.2%	0.0%	41.8%	77.3%	21.8%	+ 34.0%
Kostenträger Gemeinden	1.9	0.5	2.1	0.2	4.7	- 1.1
	10.3%	24.8%	26.6%	9.1%	15.3%	- 19.0%
Kostenträger Kanton	2.3	0.7	2.5	0.3	5.8	- 1.2
	12.4%	30.2%	31.6%	13.6%	18.9%	- 17.1%

Tabelle 14: Approximative Leistungen, anerkannte Kosten und Kostenbeteiligung der Kostenträger der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag gemäss neuer Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 in Millionen Franken pro Jahr und Abweichung des Totals von der geltenden Pflegefinanzierung

Wie Tabelle 14 zeigt, fallen die Beiträge der OKP für das Jahr 2010 gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung (vgl. Tabelle 4) um rund 0.6 Millionen Franken pro Jahr höher aus. Die Erhöhung ist auf die in Art. 7a Abs.1 KLV

festgelegten Beiträge der OKP zurückzuführen. Diese sind höher als die derzeit auf Grund des Vertrages zwischen dem Spitex Verband Graubünden und santésuisse vom 13. Oktober 2008 Anwendung findenden Beiträge der OKP.

Die Klientinnen und Klienten werden aufgrund der Beteiligung an den Kosten für Pflegeleistungen gegenüber dem geltenden System mit 1.7 Millionen Franken pro Jahr belastet. Ausgehend von 4639 Klientinnen und Klienten, welche im Betriebsjahr 2008 Leistungen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag erhalten haben, entspricht die gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung zusätzliche Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten für Pflegeleistungen durchschnittlich einem Franken pro Tag.

Kanton und Gemeinden werden entsprechend der Mehrbelastung der OKP und der Klientinnen und Klienten um 1.2 Millionen Franken beziehungsweise 1.1 Millionen Franken entlastet.

Nicht enthalten in dieser Hochrechnung sind aufgrund von fehlenden differenzierten Kosten- und Leistungsdaten allfällige Beiträge der öffentlichen Hand für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche von Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag beziehungsweise von anerkannten Pflegefachpersonen erbracht werden. Ausgehend von der Annahme, dass sowohl Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag als auch anerkannte Pflegefachpersonen zusätzlich je fünf Prozent der gemäss den Hochrechnungen von den Diensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag erbrachten Pflegeleistungen erbringen, ergibt sich eine zusätzliche Belastung des Kantons und der Gemeinden von rund 54000 Franken beziehungsweise 43000 Franken pro Jahr.

Pflegeleistungen	verrechenbare Stunden ¹	Kostenträger Kanton und Gemeinden (Fr.)			
		Leistungsbeitrag Kanton	Total Kanton	Leistungsbeitrag Gemeinden	Total Gemeinden
Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag	11000	3.60 ²	39600	2.90 ²	31900
Anerkannte Pflegefachpersonen	11000	1.30 ³	14300	1.00 ³	11000
Total	22000		53900		42900

¹ 5% vom Total der verrechenbaren Stunden bei den Diensten mit kommunalem Leistungsauftrag (vgl. Tabelle 4)
² Leistungsbeiträge pro verrechenbare Stunde gemäss Tabelle 10
³ Leistungsbeiträge pro verrechenbare Stunde gemäss Tabelle 13

Tabelle 15: Kalkulation der approximativen Leistungsbeiträge des Kantons und der Gemeinden für Pflegeleistungen, welche von Diensten der

häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und von anerkannten Pflegefachpersonen gemäss neuer Pflegefinanzierung erbracht werden für das Vergleichsjahr 2010

Die finanzielle Entlastung der EL-berechtigten Klientinnen und Klienten wie auch die finanzielle Belastung des Kantons aufgrund der Erhöhung der Vermögensfreibeträge für zu Hause lebende Personen (vgl. Kapitel I, Ziffer 1) kann nur gesamthaft geschätzt werden. Entsprechend sind sie im Kapitel IV, Ziffer 1 in der finanziellen Gesamtbilanz berücksichtigt.

IV. Gesamtbilanz der finanziellen Auswirkungen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

1. Allgemeine Bemerkungen

In der nachstehenden Tabelle werden die finanziellen Auswirkungen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes im Kanton Graubünden gemäss der vorstehenden Konzeption zusammengefasst. Nebst den finanziellen Auswirkungen bei den Pflegeheimen und bei der häuslichen Pflege und Betreuung werden in der Gesamtbilanz auch die finanziellen Auswirkungen im Bereich der Ergänzungsleistungen für zu Hause lebende Personen berücksichtigt.

Kostenträger Bereich	Pflege- finanzierung	OKP	Leistungs- bezüger	Gemein- den	Kanton
Pflegeheime	geltend	42.3	138.8	8.4	0.4
	neu	37.5	137.6	12.9	2.3
	Mehrkosten (+) / Minderkosten (-)	- 4.8	- 1.2	+ 4.5	+ 1.9
Häusliche Pflege und Betreuung	geltend	12.9	5.0	5.8	7.0
	neu	13.5	6.7	4.7	5.8
	Mehrkosten (+) / Minderkosten (-)	+ 0.6	+ 1.7	- 1.1	- 1.2
Ergänzungsleistungen für im Pflegeheim lebende Personen (nur Kantonsanteil)	geltend		-31.7		+31.7
	neu		-33.2		+33.2
	Mehrkosten (+) / Minderkosten (-)	-	- 1.5	-	+ 1.5

Kostenträger Bereich	Pflege- finanzierung	OKP	Leistungs- bezüger	Gemein- den	Kanton
Ergänzungsleistungen für zu Hause lebende Personen (nur Kantons- anteil)	geltend		- 33.4		+ 33.4
	neu		- 35.0		+ 35.0
	Mehrkosten (+) / Minderkosten (-)	-	- 1.6	-	+ 1.6
Total	geltend	55.2	81.5	14.2	69.7
	neu	51.0	78.9	17.6	73.5
	Mehrkosten (+) / Minderkosten (-)	- 4.2	- 2.6	+ 3.4	+ 3.8

Tabelle 16: Gesamtbilanz der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für das Vergleichsjahr 2010 in Millionen Franken pro Jahr (+ Belastung gegenüber geltender Pflegefinanzierung, – Entlastung gegenüber geltender Pflegefinanzierung)

2. Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene entlastet die OKP gegenüber der geltenden Pflegefinanzierung um 4.2 Millionen Franken pro Jahr.

3. Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger

Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger werden insbesondere aufgrund der Anhebung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen um 2.6 Millionen Franken entlastet. Davon profitieren aufgrund einer detaillierten Auswertung der Sozialversicherungsanstalt Graubünden einerseits rund 1500 Personen, welche bereits EL-berechtigt sind. Zudem wird geschätzt, dass durch die Erhöhung der Vermögensfreibeträge rund 150 Personen neu Anspruch auf Ergänzungsleistungen erhalten. Diese zusätzlichen 150 Personen, welche mit einer durchschnittlichen jährlichen Ergänzungsleistung von je 12500 Franken in die Berechnungen eingeflossen sind, entsprechen einer Zunahme gegenüber dem heutigen Gesamtbestand der EL-berechtigten Personen um rund drei Prozent.

Die Entlastung der OKP führt zu einem entsprechend geringeren Anstieg der Krankenkassenprämien, wovon die Versicherten profitieren.

Die nach Leistungskategorien gegliederte Fakturierung der Leistungen schafft für die Leistungsbezügerinnen und die Leistungsbezüger Transpa-

renz. Dies ermöglicht zum Beispiel, dass zur Reduktion der Heimrechnung ein Teil der Betreuungsleistungen von Angehörigen geleistet werden kann. Im ambulanten Bereich dürften sich durch die Ausweitung der Beitragsberechtigung für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege auf Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie auf anerkannte Pflegefachpersonen die Anzahl der ambulanten Leistungserbringer und damit die Wahlmöglichkeiten für die Klientinnen und Klienten erhöhen.

Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger von kostengünstigen Leistungserbringern profitieren davon, dass letztere gemäss dem Gesetz gehalten sind, die Taxe unter der von der Regierung festgelegten maximalen Kostenbeteiligung anzusetzen.

4. Gemeinden

Die Gemeinden werden durch den im Bereich der Pflegeheime neu zu übernehmenden Anteil an der Restfinanzierung der Kosten für die Pflegeleistungen sowie der Leistungen der Akut- und Übergangspflege trotz Entlastung bei der häuslichen Pflege und Betreuung mit rund 3.4 Millionen Franken pro Jahr zusätzlich belastet.

Bei den Gemeinden, die weniger hohe Investitionsbeiträge an Pflegeheime als der Kanton geleistet haben, und bei Gemeinden, welche den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung Beiträge von weniger als 45 Prozent des von der Regierung anerkannten ungedeckten Aufwands geleistet haben, resultiert gegenüber den übrigen Gemeinden eine stärkere Mehrbelastung. Es handelt sich dabei um eine relativ kleine Anzahl Gemeinden.

5. Kanton

Der Kanton wird als Folge der höheren Ergänzungsleistungen und des im stationären Bereich neu zu übernehmenden Anteils an der Restfinanzierung der Kosten für die Pflegeleistungen sowie der Leistungen der Akut- und Übergangspflege trotz Entlastung bei der häuslichen Pflege und Betreuung insgesamt mit 3.8 Millionen Franken pro Jahr zusätzlich belastet.

Durch den auf Grund der Entlastung der OKP entsprechend geringeren Anstieg der Krankenkassenprämien wird die Beitragszunahme des Kantons bei den individuellen Prämienverbilligungen etwas tiefer ausfallen.

V. Personelle Auswirkungen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

1. Leistungserbringer

Die differenzierte Erfassung der Kosten- und Leistungsdaten dürfte zumindest anfänglich mit einem zusätzlichen personellen Aufwand verbunden sein. Analog zu den bestehenden leistungsbezogenen Finanzierungssystemen im Bereich der Spitäler und der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag haben neu auch die Pflegeheime und die anderen zugelassenen ambulanten Leistungserbringer dem Gesundheitsamt halbjährlich die beitragsberechtigten Leistungseinheiten zu melden.

2. Gemeinden

Mit der vorgeschlagenen Regelung, wonach die Regierung jährlich die für das kommende Betriebsjahr geltenden leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden zur Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege festlegt, entfällt die teilweise sehr aufwändige Ausarbeitung der Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern. Bezüglich der Restfinanzierung können die Gemeinden vom Controlling des Kantons in Bezug auf die Prüfung der Kosten- und Leistungsdaten und der Einstufung in die verschiedenen Pflegebedarfsstufen sowie von der Berechnung der nach Pflegebedarf abgestuften leistungsbezogenen Beiträge sowohl des Kantons und der Gemeinden profitieren.

3. Kanton

Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene bedingt einen erheblichen personellen Aufwand.

Im stationären Bereich führt die im Gegensatz zur geltenden Pflegefinanzierung differenzierte Festlegung der anerkannten Kosten für Pension, Instandsetzung und Erneuerung, Betreuung und Pflege sowie die Ermittlung und Auszahlung der Beiträge des Kantons für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu einem gegenüber heute erheblichen Mehraufwand. Weiter hat das Gesundheitsamt im Rahmen des Controllings die Einstufung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in die Pflegebedarfsstufen stichprobenweise zu prüfen.

Im ambulanten Bereich bedingen die Einführung der neuen Leistungskategorie Akut- und Übergangspflege sowie die Ausweitung der beitragsberechtigten Leistungserbringer auf nicht anerkannte Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und auf Pflegefachpersonen einen erheblichen Mehraufwand beim Controlling. Gegenüber heute sind zusätzlich die von den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie den anerkannten Pflegefachpersonen jährlich einzureichenden Kosten- und Leistungsdaten zu analysieren sowie die anerkannten Kosten differenziert festzulegen und die Beiträge des Kantons auszuführen.

Für die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene ist gesamthaft die Schaffung zusätzlicher personeller Ressourcen beim Gesundheitsamt im Umfang von 100 Stellenprozenten notwendig.

VI. Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

Die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung gemäss der im Kapitel III. aufgezeigten Konzeption bedingt eine Anpassung des kantonalen Krankenpflegegesetzes.

VII. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 2 Marginalie, Art. 3 Marginalie

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch den Bund haben auch selbständig erwerbende Pflegefachpersonen Anspruch auf kantonale Beiträge der öffentlichen Hand für Pflegeleistungen sowie für Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Die geltenden Marginalien sind daher durch «Beitragsberechtigte Leistungserbringer» beziehungsweise «Nichtkantonale Leistungserbringer» zu ersetzen.

Art. 3 Abs. 1 lit. a bis e

Die geltenden Bestimmungen von Abs. 1 werden präzisiert, indem einerseits je Litera nur mehr eine vom Kanton unterstützte Leistungserbringerkategorie aufgeführt wird und andererseits die Aussage gestrichen wird, wofür Leistungen gewährt werden.

Anspruch auf kantonale Beiträge haben wie bis anhin jene Spitäler, die entweder in Art. 6 KPG aufgeführt sind oder von der Regierung als beitragsberechtigt anerkannt werden (lit. a).

Massgebend für kantonale Beiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen ist die Aufnahme auf die kantonale Pflegeheimliste (lit. b).

Aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben haben neu alle Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung, welche im Besitz einer Betriebsbewilligung sind, Anspruch auf kantonale Beiträge zur Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (lit. c).

Neu haben selbständig erwerbende Pflegefachpersonen, welche die Anerkennungsvoraussetzungen gemäss Abs. 4 von Art. 3 erfüllen, Anspruch auf Beiträge des Kantons (lit. d).

Massgebend für kantonale Beiträge an Dienste der Mütter- und Väterberatung ist ein Leistungsauftrag einer Gemeinde beziehungsweise einer Gemeindeverbindung. Die geltende lit. e wird entsprechend präzisiert.

Art. 3 Abs. 2 bis 5

Der neue Absatz 2 entspricht mit Ausnahme des Begriffs «Bedürfnis», welcher durch «Bedarf» ersetzt wird, dem geltenden Art. 7 Abs. 2 lit. a.

Der neue Absatz 3 entspricht inhaltlich dem geltenden Abs. 2. Einzig die nicht mehr zutreffenden Begriffe «Institutionen» beziehungsweise «Sanitätsdepartement» werden durch «Leistungserbringer» beziehungsweise «zuständiges Amt» ersetzt.

Selbständig erwerbende Pflegefachpersonen benötigen für die Berufsausübung eine Berufsausübungsbewilligung. Sie werden als beitragsberechtigt anerkannt, wenn sie die von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität werden in der VzKPG festgeschrieben. Es handelt sich dabei insbesondere um Vorgaben in Bezug auf die zu absolvierende Weiterbildung, auf die Erreichbarkeit beziehungsweise Einrichtung eines Pikettdienstes sowie auf die Erarbeitung und Umsetzung eines Pflege- und Betreuungskonzepts (Abs. 4).

Die Veröffentlichung von Kenndaten der vom Kanton unterstützten Leistungserbringer schafft Transparenz und fördert gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit (Abs. 5).

Art. 7

Die Bestimmungen des geltenden Art. 7 sind im neuen Art. 3 Abs. 1 und 2 enthalten. Art. 7 kann daher aufgehoben werden.

Art. 9 Abs. 1

Der Verweis in lit. a auf Art. 7 Abs. 1 wird mit der Aufhebung von Art. 7 hinfällig. Mit dem Verweis auf Art. 3 Abs. 1 lit. a bis e kann auf eine Wiederholung der Leistungserbringer, welche nebst dem Anspruch auf kantonale Beiträge auch Anspruch auf kommunale Beiträge haben, verzichtet werden.

Art. 17

Dieser neue Artikel regelt die Zuständigkeit für die Festlegung des gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG vom Kanton jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn festzusetzenden Anteils der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern vereinbarten Vergütungen. Aus vollzugstechnischen Gründen ist die Zuständigkeit der Regierung zu übertragen.

Im Hinblick auf das Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 wird die Zuständigkeit auf kantonaler Ebene analog wie bei der Akut- und Übergangspflege (Art. 21f) bereits mit der vorliegenden Teilrevision des KPG geregelt. Damit wird sichergestellt, dass anfangs 2011 die gesetzliche Grundlage für die Festsetzung des Anteils der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern vereinbarten Vergütungen vorhanden ist.

Art. 20 Abs. 5

Diese Bestimmung soll sicherstellen, dass ausserkantonale Personen nur von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen aufgenommen werden, die über ausreichend Bettenkapazitäten verfügen, um pflege- und betreuungsbedürftige Personen der Heimregion aufzunehmen. Die Aufnahme ausserkantonaler Personen soll nicht zu Lasten der Bevölkerung der Heimregion gehen. Die Regierung wird diesen Umstand in der Verordnung als Bewilligungsvoraussetzung statuieren.

Zudem sieht sie vor, analog zu verschiedenen anderen Kantonen die Aufnahme ausserkantonaler Personen von einer Kostengutsprache ihres Wohnkantons oder ihrer Wohnsitzgemeinde bezüglich der Übernahme des Restfinanzierungsbeitrages an die Pflegekosten abhängig zu machen.

Art. 21 Abs. 1 bis 3, 5 und 6

Die bis anhin in den individuellen Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden der Planungsregionen und den Trägerschaften der stationären Angebote festzulegenden Investitionsbeiträge der Gemeinden für zusätzlich geschaffene Pflegebetten und die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer werden analog zu denjenigen des Kantons neu im Gesetz fixiert (Abs. 1 und 2). Zur Begründung wird auf die Ausführungen bei den Eckpunkten (Kapitel III. 2.2) verwiesen.

Die Änderung von Abs. 1 bedingt eine Anpassung des Wortlauts von Abs. 2.

Die geltende Bestimmung von Abs. 5 wird aufgrund der vorerwähnten Änderung von Abs. 1 und 2 sowie der vollständig durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu bezahlenden Investitionspauschale an die Instandsetzung und Erneuerung obsolet.

Anstelle des bisherigen in Abs. 6 enthaltenen Verweises auf Art. 13 wird die Bestimmung neu in Abs. 5 präzisiert. Falls die gemäss Abs. 1 und 3 vom Kanton und den Gemeinden gewährten Investitionsbeiträge die Investitionskosten nicht zu decken vermögen, haben die Trägerschaften zusammen mit den Gemeinden der Planungsregionen die Restkosten zu übernehmen.

Art. 21b Abs. 1

Neu werden die anerkannten Kosten sowie die Kostenbeteiligung, welche den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern maximal in Rechnung gestellt werden darf, durch die Regierung nach Leistungskategorien und bei den Betreuungs- und Pflegekosten zusätzlich nach Leistungsumfang differenziert festgelegt. Die differenzierte Festlegung der anerkannten Kosten ist notwendig, damit die von der öffentlichen Hand zu leistende Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege bestimmt werden kann. Die Leistungserbringer haben ihre Kosten- und Leistungsdaten sowie die Fakturierungen an die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger nach Leistungskategorien zu gliedern.

Art. 21b Abs. 2

Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bilden die effektiven Kosten der wirtschaftlichen Pflegeheime, welche in der Kosten- und Leistungsrechnung ausgewiesen werden. Neu wird anstelle des bisher verwendeten Begriffs «Aufwand» aus der Finanzbuchhaltung die für die Kostenrechnung korrekte Bezeichnung «Kosten» verwendet.

Neu sind im Sinne der Gleichbehandlung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit den Klientinnen und Klienten der häuslichen Pflege und Betreuung (vgl. Kapitel III. 2.3.3) anstelle von bisher 50 Prozent die gesamten anerkannten kalkulatorischen Instandsetzungs- und Erneuerungskosten durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu tragen. Die Bestimmung über den zu Lasten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bei der Festlegung der maximalen Kostenbeteiligung zu berücksichtigenden Anteil an den Instandsetzungs- und Erneuerungskosten erübrigt sich damit.

Art. 21b Abs. 3

Dieser Absatz statuiert, dass für die Festlegung der maximalen Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für Pflegeleistungen durch die Regierung der gemäss Bundesrecht maximal zulässige Betrag massgebend ist. Zur Begründung wird auf die Ausführungen in Kapitel III. 2.3.5 verwiesen.

Art. 21b Abs. 4

Diese neue Bestimmung stellt in Verbindung mit Art. 21g lit. d und Art. 27 sicher, dass die von der öffentlichen Hand unterstützten Pflegeheime nicht unangemessene Reserven äufnen.

Art. 21c

Dieser Artikel regelt die gemäss der Bundesgesetzgebung verlangte Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen sowie für Leistungen der Akut- und Übergangspflege sicher.

Mit der Erweiterung des Pflegebedarfssystems von 12 auf 16 Stufen werden die gemäss der geltenden Pflegefinanzierung durch den Kanton ausgerichteten Beiträge für ausserordentlich pflegeaufwendige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in das Pflegebedarfssystem integriert. Die geltenden Bestimmungen von Abs. 1 lit. b und Abs. 2 können daher aufgehoben werden.

Der Beitragssatz des Kantons beträgt 15 Prozent der nicht durch die OKP und die maximal mögliche Kostenbeteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gedeckten anerkannten Kosten. Der Beitragssatz der Gemeinden beträgt entsprechend 85 Prozent. Mit diesen Beitragssätzen wird die aus der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung resultierende finanzielle Belastung der öffentlichen Hand in etwa paritätisch auf den Kanton und die Gemeinden aufgeteilt. Bezüglich des fixen Beitragssatzes der Gemeinden wird auf die Ausführungen bei den Eckpunkten der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Bereich der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen verwiesen (Abs. 2).

Gemäss Abs. 3 hat die zahlungspflichtige Gemeinde bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, welche sich in einer ausserkantonalen Institution aufhalten, die ungedeckten Pflegekosten maximal in dem Umfang zu übernehmen, der bei einem Aufenthalt in einer innerkantonalen Einrichtung angefallen wäre. Damit wird verhindert, dass die zahlungspflichtige Gemeinde höhere Kosten als bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim im Kanton Graubünden übernehmen muss.

Damit die Standortgemeinde der Einrichtung nicht für die Restfinanzierung der Kosten für Pflegeleistungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern aufkommen muss, die vor dem Eintritt ihren zivilrechtlichen Wohnsitz nicht in ihrer Gemeinde hatten, wird jene Gemeinde als zahlungspflichtig bezeichnet, in welcher die Leistungsbezügerin beziehungsweise der Leistungsbezüger vor Eintritt in die Einrichtung den zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Diese Gemeinde kann im Sinne der Lastenverteilung auf jene Gemeinden Regress nehmen, in denen die Leistungsbezügerin beziehungsweise der Leistungsbezüger in den letzten zehn Jahren vor Eintritt in das Pflegeheim den zivilrechtlichen Wohnsitz hatte (Abs. 4).

Statt des bisherigen Verweises in Abs. 3 auf Art. 19 wird im neuen Abs. 5 festgeschrieben, dass, falls die Tarife der Bewohnerinnen und der Bewohner, die Beiträge der OKP sowie die leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden (Restfinanzierung der Pflegekosten) die Kosten nicht zu decken vermögen, die Trägerschaften zusammen mit den Gemeinden der Planungsregion das Defizit zu tragen haben.

Wenn pflegebedürftige Personen, welche in eine stationäre Einrichtung eintreten sollten, sich länger als medizinisch notwendig im Spital aufhalten müssen, weil die Gemeinden der Planungsregion ihrer Pflicht zur Bereitstellung eines ausreichenden Angebots an teilstationären und stationären Angeboten nicht nachgekommen sind (Art. 20 Abs. 1), hat die Wohnsitzgemeinde der pflegebedürftigen Personen für die entsprechenden Kosten aufzukommen. Sie hat dem Spital den Differenzbetrag zwischen dem von der OKP geleisteten Betrag und den von der Regierung anerkannten Kosten der obersten Pflegebedarfsstufe zu überweisen. (Abs. 6).

Art. 21f

Analog zu den Spitälern ist die Regierung als zuständige Instanz für die Festlegung des gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG vom Kanton festzusetzenden Anteils der öffentlichen Hand an den zwischen Krankenversicherern und Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen vereinbarten Vergütungen für die stationäre Akut- und Übergangspflege zu bezeichnen.

Art. 21g

Um die beitragsberechtigten Leistungserbringer zur Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben wie auch derjenigen der Regierung zu veranlassen, wird für die in dieser Bestimmung aufgelisteten Tatbestände die Möglichkeit der Beitragskürzung statuiert.

Die Bestimmung von lit. a soll eine angemessene Pflege und Betreuung sicherstellen und verhindern, dass Effizienzsteigerungen auf Kosten der Strukturqualität erfolgen.

Um eine korrekte Berechnung der Beiträge zu gewährleisten, ist der Kanton auf vollständige und rechtzeitige Datenlieferungen durch die beitragsberechtigten Pflegeheime angewiesen. Durch die Möglichkeit der Kürzung der Beiträge bei mangelhaft oder verspätet eingereichten Kosten- und Leistungsdaten soll die vollständige und rechtzeitige Datenlieferung sichergestellt werden (lit. b).

Die Bestimmung von lit. c soll sicherstellen, dass den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern höchstens die von der Regierung festgelegte maximale Kostenbeteiligung in Rechnung gestellt wird.

Lit. d stellt in Verbindung mit Art. 21b Abs. 4 und Art. 27 Abs. 2 sicher, dass die Pflegeheime nicht beliebige Reserven auf Kosten der Heimbewoh-

nerinnen und Heimbewohner beziehungsweise der Ergänzungsleistungen äufnen können. Falls die von der Regierung in der Verordnung festgeschriebene maximal zulässige Reserve überschritten wird, können die Beiträge des Kantons gekürzt werden.

Die Bestimmung von lit. e steht in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 wonach die Regierung Vorgaben zur Betriebsführung und Rechnungslegung der beitragsberechtigten Leistungserbringer erlassen kann. Durch die Möglichkeit der Beitragskürzung soll sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer sich an diese Vorgaben halten.

Mit der Möglichkeit der Beitragskürzung bei Unterschreitung der von der Regierung vorgegebenen Anzahl Ausbildungsplätze, welche von den einzelnen beitragsberechtigten Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden müssen, soll sichergestellt werden, dass alle beitragsberechtigten Leistungserbringer dem Ausbildungsauftrag nachkommen (lit. f).

Lit. g ermöglicht Pflegeheime, welche ohne Genehmigung des Gesundheitsamtes Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz aufgenommen haben, durch Kürzung der Beiträge zu sanktionieren.

Art. 22 Abs. 1 und Art. 23

In Sinne einer einheitlichen Verwendung der Begriffe (vgl. Marginalie zu Art. 2) werden die Begriffe «Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens» beziehungsweise «Institutionen des Gesundheitswesens» durch «beitragsberechtigte Leistungserbringer des Gesundheits- und Sozialwesens» (Art. 22 Abs. 1) beziehungsweise «beitragsberechtigte Leistungserbringer des Gesundheitswesens» ersetzt.

Art. 26 Abs. 1

Durch die Ausweitung der Beitragsberechtigung auf anerkannte selbständig erwerbende Pflegefachpersonen ist der Begriff «Institutionen» durch den umfassenden Begriff «Leistungserbringer» zu ersetzen. Analog zur gesundheitspolizeilichen Aufsicht obliegt auch die finanzielle Aufsicht dem Gesundheitsamt. Der Begriff «Regierung» ist durch den Begriff «zuständiges Amt» zu ersetzen.

Art. 27

Der Kommentar zu Art. 26 Abs. 1 gilt sinngemäss auch für Änderungen in Abs. 1.

Die Anpassung in Abs. 1 ermöglicht der Regierung, in der Verordnung Vorgaben zur Gliederung der Betriebsrechnung und der Bilanz sowie der Kosten- und Leistungsrechnung der beitragsberechtigten Leistungserbringer zu erlassen. Sie wird sich dabei an anerkannten Fachempfehlungen zur Rechnungslegung (z.B. Swiss GAAP FER 21) orientieren. Die Vorgaben

sollen die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Jahresrechnungen erhöhen und ein effizientes Controlling sicherstellen.

Mit der Bestimmung von Abs. 2 wird die Regierung verpflichtet, Vorgaben zur Begrenzung der zulässigen Reserven bei den beitragsberechtigten Leistungserbringern zu erlassen. Mit der Begrenzung der zulässigen Reserven soll verhindert werden, dass von der öffentlichen Hand unterstützte Leistungserbringer auf Kosten der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger betrieblich nicht notwendige Reserven äufnen.

Die Regierung sieht vor, die maximal zulässige Reserve in Abhängigkeit des Jahresumsatzes festzulegen. Dabei wird sie dem Erfordernis Rechnung tragen, dass in der mehrjährigen Betrachtung mittels der Reserven allfällige Verluste der Betriebsrechnung ausgeglichen und die Angebote der beitragsberechtigten Leistungserbringer weiterentwickelt und Innovationen ermöglicht werden sollen. Die Regierung sieht weiter vor, den Pflegeheimen in der Verordnung vorzuschreiben, für Bewohnerinnen und Bewohner, die vor dem Heimantritt ihren Wohnsitz ausserhalb des Kantons hatten, eine separate Kostenträgerrechnung zu führen. Damit soll verhindert werden, dass wegen fehlender Restfinanzierung des Herkunftskantons den Pflegeheimen entstehende Ertragsausfälle zu Lasten der übrigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gehen.

Titel zu Kapitel VIII

Der Titel ist durch die anerkannten Pflegefachpersonen, welche neu Anspruch auf Beträge der öffentlichen Hand haben, zu ergänzen. Zur besseren Systematik des Erlasses werden die die Mütter- und Väterberatung betreffenden Bestimmungen in einem eigenen Kapitel (Kapitel IX.) zusammengefasst.

Art. 31 Abs. 1

Die Vorgaben zur Mütter- und Väterberatung sind neu im Kapitel IX. enthalten. Sie sind daher aus dem geltenden Art. 31 Abs. 1 zu streichen.

Art. 31a

Analog zu den Spitälern und den Alters- und Pflegeheimen ist die Regierung als zuständige Instanz für die Festlegung des gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG vom Kanton festzusetzenden Anteils der öffentlichen Hand an den zwischen Krankenversicherern und den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung beziehungsweise den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen vereinbarten Vergütungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege zu bezeichnen.

Art. 31b

Analog zum stationären Bereich legt die Regierung im ambulanten Bereich jährlich die anerkannten Kosten der für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege beitragsberechtigten Leistungserbringer fest (Abs. 1).

Zusätzlich legt sie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag die anerkannten Kosten sowie die maximale Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen sowie für den Mahlzeitendienst fest (Abs. 2).

Abs. 3 statuiert, dass bei der Festlegung der maximalen Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten für Pflegeleistungen durch die Regierung die Kostenbeteiligung auf 50 Prozent des gemäss Bundesrecht maximal möglichen Betrags begrenzt ist. Zur Begründung der Kostenbeteiligung wird auf die Ausführungen in Kapitel II. 4.2.2 verwiesen.

Abs. 4 stellt in Verbindung mit Art. 21g lit. d und Art. 27 sicher, dass die von der öffentlichen Hand unterstützten ambulanten Leistungserbringer nicht unangemessene Reserven äufnen können.

Art. 31c

Die geltenden Bestimmungen in Art. 31c zur Mütter- und Väterberatung werden neu in das Kapitel IX. (Art. 31h) überführt.

Art. 31c regelt neu die Beiträge des Kantons und der Gemeinden, welche an Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag ausgerichtet werden.

Die beitragsberechtigten Leistungen werden gegenüber der geltenden Bestimmung von Art. 31a Abs. 2 um die Leistungen der Akut- und Übergangspflege ergänzt (Abs. 1).

Neu wird der Beitragssatz fix im Gesetz festgeschrieben. Bezüglich des fixen Beitragssatzes wird auf die Ausführungen bei den Eckpunkten der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung in Kapitel III. 3.2 verwiesen (Abs. 2).

Abs. 3 beinhaltet einerseits die Bestimmungen des geltenden Art. 31a Abs. 4. Neu wird festgeschrieben, dass die Kosten- und Leistungsdaten der Kostenrechnung für die Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge massgebend sind. Zudem wird die Bestimmung von Art. 22 Abs. 2 VzKPG, wonach bei der jährlichen Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge die gegenüber dem Basisjahr aufgelaufene Teuerung sowie durch andere Faktoren verursachte Aufwandänderungen berücksichtigt werden, ins Gesetz aufgenommen.

Zahlungspflichtig sind jene Gemeinden, in welchen die Klientinnen beziehungsweise Klienten ihren Wohnsitz haben (Abs. 4).

Abs. 5 entspricht dem geltenden Art. 31a Abs. 6.

Der Verweis im bisherigen Art. 31a Abs. 7 auf Art. 19 wird im neuen Art. 31c Abs. 6 präzisiert. Falls die Tarife der Klientinnen und Klienten, die Beiträge der OKP sowie die leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden die Kosten nicht zu decken vermögen, haben die Trägerschaften zusammen mit den Auftrag gebenden Gemeinden allfällige Defizite zu tragen (Abs. 6).

Art. 31d

Die geltenden Bestimmungen von Art. 31d werden in Art. 31e überführt.

Art. 31d regelt neu die Beiträge des Kantons und der Gemeinden, welche an Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und an anerkannte selbständig erwerbende Pflegefachpersonen auszurichten sind.

Der Unterschied zu den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag besteht darin, dass die Beitragsberechtigung der Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag auf Pflegeleistungen und auf Leistungen der Akut- und Übergangspflege beschränkt ist. Diese Leistungserbringer haben wie bis anhin keinen Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen und für Leistungen des Mahlzeitendienstes (Abs. 1).

Die Beitragssätze der leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie an anerkannte Pflegefachpersonen entsprechen jenen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag (Abs. 2).

Das Verfahren zur Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge entspricht jenem bei den Diensten mit kommunalem Auftrag. Entsprechend wird darauf verwiesen (Abs. 3).

Zahlungspflichtig sind anlog zu den Diensten mit kommunalem Leistungsauftrag jene Gemeinden, in welchen die Klientinnen beziehungsweise Klienten ihren Wohnsitz haben (Abs. 4).

Art. 31e

Die geltende Bestimmung von Art. 31e zur Mütter- und Väterberatung wird neu in das Kapitel IX. überführt (Art. 31i).

Art. 31e entspricht neu sinngemäss dem geltenden Art. 31d.

Art. 31f lit. d bis g

Der Begriff «Maximaltarife» ist terminologisch durch «maximale Kostenbeteiligungen» zu ersetzen (lit. d).

Die geltende lit. e zur Mütter- und Väterberatung wird neu in das Kapitel IX. überführt.

Die neue lit. e stellt in Verbindung mit Art. 31b Abs. 4 und Art. 27 Abs. 2 sicher, dass die ambulanten Leistungserbringer nicht beliebig Reserven auf Kosten der Klientinnen und Klienten beziehungsweise der Ergänzungsleistungen äufnen können. Falls die von der Regierung in der VzKPG festgeschriebene maximal zulässige Reserve überschritten wird, können die Beiträge des Kantons gekürzt werden.

Die Bestimmung von lit. f steht in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 wonach die Regierung Vorgaben zur Betriebsführung und Rechnungslegung der beitragsberechtigten Leistungserbringer erlassen kann. Durch die Möglichkeit der Beitragskürzung soll sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer sich an diese Vorgaben halten.

Mit der Möglichkeit der Beitragskürzung bei Unterschreitung der vorgegebenen Anzahl Ausbildungsplätze, welche von den einzelnen Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden müssen, soll sichergestellt werden, dass alle beitragsberechtigten Leistungserbringer dem Ausbildungsauftrag nachkommen (lit. g).

Titel zu Kapitel IX

Unter dem Kapitel IX. werden neu sämtliche die Mütter- und Väterberatung betreffenden Bestimmungen aufgeführt. Entsprechend verschieben sich die nachfolgenden Titel um eine Einheit nach hinten. Die Bestimmungen zum Rettungswesen sind neu in Kapitel X., die Bestimmungen zu den Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie neu in Kapitel XI. und die Schluss- und Übergangsbestimmungen neu in Kapitel XI. enthalten.

Art. 31g

Der neue Art. 31g entspricht sinngemäss dem bisherigen Art. 31.

Art. 31h

Die Absätze 1 und 2 entsprechen dem bisherigen Art. 31c Abs. 1 und 2.

Abs. 3 wird gegenüber der bisherigen Bestimmung von Art. 31c Abs. 3 dahingehend geändert, dass nebst dem Pauschalbeitrag des Kantons neu auch der Pauschalbeitrag der Gemeinden im Gesetz festgeschrieben wird. Gemäss den Kosten- und Leistungsdaten der Dienste der Mütter- und Väterberatung deckt der Pauschalbeitrag des Kantons rund einen Drittel des Betriebsaufwands. Entsprechend werden die von den Gemeinden zu leistenden Pauschalbeiträge für Kinder in Chur oder im Bündner Rheintal auf 360 Franken und für Kinder in den übrigen Regionen auf 500 Franken festgelegt.

Die Beiträge der Gemeinden an die gemäss Art. 31h Abs. 2 zu erbringenden Leistungen sind nicht mehr in den individuellen Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Diensten der Mütter- und Väterbera-

tung zu vereinbaren. Zahlungspflichtig ist neu die Gemeinde des zivilrechtlichen Wohnsitzes des Kindes (Abs. 4).

Abs. 5 entspricht dem bisherigen Abs.5 in Art. 31c.

Der Verweis im bisherigen Art. 31c Abs. 6 auf Art. 19 wird im neuen Art. 31h Abs. 6 präzisiert. Falls die Pauschalbeiträge des Kantons und der Gemeinden die Kosten nicht zu decken vermögen, haben die Trägerschaften zusammen mit den Auftrag gebenden Gemeinden das Defizit zu tragen.

Art. 31i

Art. 31i entspricht dem geltenden Art. 31e.

Art. 31k

Art. 31k lit. a bis d sind aus dem geltenden Art. 31f überführt.

Die Bestimmung von lit. e stellt sicher, dass nicht auf Kosten der Beiträge der öffentlichen Hand unangemessene Reserven geäufnet werden.

Die Bestimmung von lit. f steht in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 wonach die Regierung Vorgaben zur Betriebsführung und Rechnungslegung der beitragsberechtigten Leistungserbringer erlassen kann. Durch die Möglichkeit der Beitragskürzung soll sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer sich an diese Vorgaben halten.

Art. 47

Die vorgesehenen Änderungen im Krankenpflegegesetz und die im Gesetz über die Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in Graubünden (NFA-GR) vom 18. April 2007 (GRP 2006–2007, S. 897) vorgenommenen Änderungen der Finanzierung der Einrichtungen zur Integration behinderter Menschen im Gesetz über die Förderung von Menschen mit Behinderungen (BR 440.000) bedingen eine entsprechende Anpassung von Art. 4 ELG.

Art. 49d

Da die Restzahlungen an die vor dem Inkrafttreten der Teilrevision vom 13. Juni 2007 entstandenen Betriebsdefizite der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Mütter- und Väterberatung vollständig erfolgt sind, kann diese Bestimmung ersatzlos gestrichen werden.

VIII. Verordnung zum Krankenpflegegesetz

Die Details zum Ablauf des Beitragsverfahrens, auch in Bezug auf die von den Wohnsitzgemeinden der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger im Rahmen der Restfinanzierung zu gewährenden leistungsbezogenen Beiträge an die Leistungserbringer, sowie zum notwendigen Controlling regelt die Regierung in der Verordnung.

IX. Beachtung der VFRR-Grundsätze

Die Grundsätze der Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung und Rechtsanwendung (VFRR) werden beim vorliegenden Erlass beachtet. Auf Wiederholungen übergeordneten Rechts wird verzichtet, sofern nicht Aspekte der Lesbarkeit, der Verständlichkeit und des Vollzugs eine Wiederholung erforderlich scheinen lassen.

X. Anträge

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir Ihnen:

1. auf die Vorlage einzutreten;
2. der Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) zuzustimmen.

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

Namens der Regierung

Der Präsident: *Lardi*

Der Kanzleidirektor: *Riesen*

Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)

Änderung vom ...

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden,

gestützt auf Art. 87 der Kantonsverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom ...,

beschliesst:

I.

Das Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) vom 2. Dezember 1979 wird wie folgt geändert.

Art. 2 Marginalie

Art. 3 Abs. 1 lit. a bis e, Abs. 2 bis 5

¹ Der Kanton unterstützt:

- a) **die anerkannten Spitäler (...);**
- b) **die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen;**
- c) **die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einer Betriebsbewilligung;**
- d) **die von der Regierung anerkannten Pflegefachpersonen;**
- e) **die Dienste der Mütter- und Väterberatung mit einem kommunalen Leistungsauftrag;**

² Sofern ein offensichtlicher Bedarf nachgewiesen ist, kann die Regierung die Unterstützung auf weitere Leistungserbringer ausdehnen.

³ Die vom Kanton unterstützten Leistungserbringer sind verpflichtet, dem zuständigen Amt einen Jahresbericht und eine Jahresrechnung einzureichen und alle zur Ausübung der Aufsicht und Kontrolle nötigen Angaben zu unterbreiten.

Beitrags-
berechtigte
Leistungs-
erbringer
a) Kantonale
Kliniken

b) Nichtkantonale
Leistungs-
erbringer

4 Selbständig erwerbende Pflegefachpersonen werden als beitragsberechtigzt anerkannt, wenn sie die von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen.

5 Der Kanton kann Daten der Leistungserbringer veröffentlichen. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Art. 7

Aufgehoben

Art. 9 Abs. 1

¹ Alle Gemeinden richten, solange die Trägerschaften oder die anerkannten Pflegefachpersonen nicht auf Beitragsleistungen der Gemeinden verzichten, Beiträge an die vom Kanton gemäss Artikel 3, Absatz 1, Litera a bis e unterstützten Leistungserbringer aus.

Art. 17

Anteil der
öffentlichen
Hand

Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern vereinbarten Vergütungen fest.

Art. 20 Abs. 5

⁵ Die Aufnahme von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz bedarf der Bewilligung des zuständigen Amtes. Die Regierung legt die Bewilligungsvoraussetzungen fest.

Art. 21 Abs. 1 bis 3, 5 und 6

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren der Planungsregion für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett je folgenden Investitionsbeitrag:

- a) Alters- und Pflegeheime 160 000 Franken;
- b) Pflegegruppen 120 000 Franken.

² Bei Angeboten von kantonalen Bedeutung kann der Kanton auch den Investitionsbeitrag der Gemeinden übernehmen.

³ An die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer gewähren der Kanton und die Gemeinden für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Zimmer in Alters- und Pflegeheimen bis zu einem maximalen Anteil an Einbettzimmern von 90 Prozent einen Investitionsbeitrag von je 120 000 Franken.

⁵ Die Trägerschaften übernehmen zusammen mit den Gemeinden der Planungsregion die nach Abzug der Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden verbleibenden Kosten. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

6 Aufgehoben

Art. 21b Abs. 1 bis 4

¹ Die Regierung legt für **die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen** nach Leistungsumfang abgestuft die **anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner** fest für:

Kosten und Kostenbeteiligung der Bewohner

- a) **Pensionskosten;**
- b) **Instandsetzungs- und Erneuerungskosten;**
- c) **Betreuungskosten;**
- d) **Pflegekosten.**

² Basis für die Festlegung der **anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner** bilden die durchschnittlichen **Kosten** der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres (...). Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen.

³ Für die Festlegung der **maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner an den Pflegekosten** ist der nach Bundesrecht maximal zulässige Betrag massgebend.

⁴ Die beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen haben ihre Tarife derart anzusetzen, dass die gemäss Vorgabe der Regierung maximal zulässigen Reserven nicht überschritten werden.

Art. 21c

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen leistungsbezogene Beiträge an:

- a) die Pflegeleistungen;
- b) die Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

² Der Beitrag des Kantons und der Gemeinden beträgt 15 Prozent beziehungsweise 85 Prozent der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner gedeckten anerkannten Pflegekosten.

³ Bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Alters- und Pflegeheim oder in einer ausserkantonalen Pflegegruppe werden die ungedeckten Pflegekosten maximal in dem Umfang übernommen, der bei einem Aufenthalt in einer kantonalen Einrichtung anfallen würde.

⁴ Beitragspflichtig ist die Gemeinde, in welcher der Bewohner vor Eintritt in das Alters- und Pflegeheim oder die Pflegegruppe seinen zivilrechtlichen Wohnsitz (Wohnsitz) hatte. Die Gemeinden, in denen der Bewohner in den letzten zehn Jahren vor Eintritt in das Alters- und

Pflegeheim oder in die Pflegegruppe Wohnsitz hatte, haben sich anteilmässig am Beitrag zu beteiligen.

⁵ Die Trägerschaften übernehmen zusammen mit den Gemeinden der Planungsregion die nach Abzug der leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden verbleibenden Kosten. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

⁶ Kann eine im Anschluss an einen Spitalaufenthalt der stationären Pflege und Betreuung bedürftige Person vom behandelnden Spital nicht an einen Leistungserbringer gemäss Art. 3 Abs. 1 lit b überwiesen werden, hat die Wohnsitzgemeinde dem Spital den Differenzbeitrag zwischen dem vom Krankenversicherer geleisteten Beitrag und den von der Regierung für die oberste Pflegebedarfsstufe anerkannten Kosten gemäss Art. 21b Abs. 1 lit a bis d zu leisten.

Art. 21f

Anteil der öffentlichen Hand

Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen vereinbarten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest.

Art. 21g

Beitragskürzung

Die Beiträge des Kantons können um 5 bis 30 Prozent gekürzt werden, wenn

- a) die Leistungen nicht gemäss den von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erbracht werden;
- b) die Kosten- und Leistungsdaten unvollständig, fehlerhaft oder verspätet eingereicht werden;
- c) den pflege- und betreuungsbedürftigen Personen höhere als die von der Regierung festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen in Rechnung gestellt werden;
- d) die den pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in Rechnung gestellten Tarife zu einer Überschreitung der gemäss Vorgabe der Regierung maximal zulässigen Reserven führen;
- e) die von der Regierung erlassenen Vorschriften über die Betriebsführung und Rechnungslegung nicht eingehalten werden;
- f) die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe nicht zur Verfügung gestellt wird;
- g) Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz ohne Bewilligung des zuständigen Amtes aufgenommen werden.

Art. 22 Abs. 1

¹ Die beitragsberechtigten **Leistungserbringer** des Gesundheits- und Sozialwesens sind verpflichtet, innerkantonalen und im Interesse des Kan-

tons liegenden ausserkantonalen Ausbildungsstätten eine dem Mitarbeitendenbestand angemessene Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung zu stellen.

Art. 23

Beitragsberechtigten **Leistungserbringern** des Gesundheitswesens, welche die von der Regierung festgelegten Anforderungen an Ausbildungsplätze nicht erfüllen oder nicht die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen, können die Betriebs- und die Investitionsbeiträge des Kantons gekürzt oder verweigert werden. Beiträge können nicht zurückgefordert werden.

Art. 26 Abs. 1

¹ Die beitragsberechtigten **Leistungserbringer** unterstehen den Bestimmungen dieses Gesetzes und, wenn sie sich auf Kantonsgebiet befinden, der Aufsicht **des zuständigen Amtes**.

Art. 27

¹ Die Regierung kann (...) Vorschriften über die **Betriebsführung**, die **Rechnungslegung**, die **Tarifgestaltung**, die Stellen- und Einreichungspläne sowie über die Anstellungsbedingungen für das Personal der beitragsberechtigten **Leistungserbringer** erlassen. Sie kann die Bücher jederzeit überprüfen, durch (...) **das zuständige Amt** Einsicht in die Belege nehmen lassen und die Betriebsführung kontrollieren sowie auf Grund der Erhebungen Vergleiche zwischen den einzelnen **Leistungserbringern** anstellen.

**Betriebsführung
und Rechnungs-
legung**

² **Sie erlässt Vorgaben über die maximale Höhe der Reserven der beitragsberechtigten Leistungserbringer.**

VIII. Beiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie (...) an die anerkannten Pflegefachpersonen

Art. 31 Abs. 1

¹ Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung (...).

Art. 31a

¹ **Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung und den Pflegefachpersonen vereinbarten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest.**

**Anteil der
öffentlichen
Hand**

² **Aufgehoben**

³ **Aufgehoben**

⁴ Aufgehoben

⁵ Aufgehoben

⁶ Aufgehoben

⁷ Aufgehoben

Art. 31b

Kosten und
Kostenbe-
teiligung der
Klienten

¹ Die Regierung legt für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und die anerkannten Pflegefachpersonen die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten fest für:

- a) Pflegeleistungen;
- b) Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

² Sie legt zusätzlich für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten fest für:

- a) die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen;
- b) den Mahlzeitendienst.

³ Für die Festlegung der maximalen Kostenbeteiligung der Klienten an den Pflegekosten sind 50 Prozent des nach Bundesrecht maximal zulässigen Betrages massgebend.

⁴ Die beitragsberechtigten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung haben die Kostenbeteiligungen der Klienten derart anzusetzen, dass die gemäss Vorgabe der Regierung maximal zulässigen Reserven nicht überschritten werden.

Art. 31c

Beiträge
a) Dienste mit
kommunalem
Leistungsauftrag

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag leistungsbezogene Beiträge an:

- a) die Pflegeleistungen;
- b) die Leistungen der Akut- und Übergangspflege;
- c) die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen;
- d) den Mahlzeitendienst.

² Der Beitrag des Kantons und der Gemeinden beträgt 55 Prozent beziehungsweise 45 Prozent der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten gedeckten anerkannten Kosten.

³ Basis für die Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge bilden die Kosten- und Leistungsdaten der Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres der wirtschaftlichen Dienste mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen.

⁴ Beitragspflichtig ist die Gemeinde, in welcher der Klient seinen Wohnsitz hat.

⁵ Die Regierung kann den zeitlichen Umfang der hauswirtschaftlichen und betruerischen Leistungen und des Mahlzeitendienstes begrenzen.

⁶ Die Trägerschaften übernehmen zusammen mit den Gemeinden die nach Abzug der leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden verbleibenden Kosten. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

Art. 31d

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und den anerkannten Pflegefachpersonen leistungsbezogene Beiträge an:

b) Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und anerkannte Pflegefachpersonen

- a) die Pflegeleistungen;
- b) die Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

² Der Beitrag des Kantons und der Gemeinden beträgt 55 Prozent beziehungsweise 45 Prozent der pro Leistungskategorie nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten gedeckten anerkannten Kosten.

³ Artikel 31c Absatz 3 gilt sinngemäss.

⁴ Beitragspflichtig ist die Gemeinde, in welcher der Klient seinen Wohnsitz hat.

Art. 31e

¹ Voraussetzung für den Anspruch auf hauswirtschaftliche und betruerische Leistungen sowie den Mahlzeitendienst ist eine standardisierte Bedarfsabklärung, welche die Ressourcen der Klienten und diejenigen ihres sozialen Umfeldes berücksichtigt.

Anspruch auf Leistungen

² Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag haben anspruchsberechtigten pflege- und betruerungsbedürftigen Personen mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet alle Leistungen gemäss Artikel 31c Absatz 1 zu erbringen.

Art. 31f lit. d bis g

Die Beiträge des Kantons können um 5 bis 30 Prozent gekürzt werden, wenn:

- d) den pflege- oder betruerungsbedürftigen Personen höhere als die von der Regierung festgelegten **maximalen Kostenbeteiligungen** in Rechnung gestellt werden;
- e) die den pflege- und betruerungsbedürftigen Personen in Rechnung gestellten Tarife zu einer Überschreitung der gemäss Vorgabe der Regierung maximal zulässigen Reserven führen;

- f) die von der Regierung erlassenen Vorschriften über die Betriebsführung und Rechnungslegung nicht eingehalten werden;
- g) die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe nicht zur Verfügung gestellt wird.

IX. Beiträge an die Dienste der Mütter- und Väterberatung

Art. 31g

Zuständigkeit

¹ Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot an Diensten der Mütter- und Väterberatung.

² Die Absätze 2 und 3 von Artikel 20 gelten sinngemäss.

Art. 31h

Beiträge

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten der Mütter- und Väterberatung mit einem kommunalen Leistungsauftrag Beiträge an die zu erbringenden Leistungen.

² Die zu erbringenden Leistungen sind:

- a) Beratung bei der Pflege und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern;
- b) Durchführung von Elternbildungskursen.

³ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten für jedes am 31. Dezember des Vorjahres in Chur oder im Bündner Rheintal wohnhafte Kind im ersten Lebensjahr einen Pauschalbeitrag von 180 Franken beziehungsweise von 360 Franken und für jedes am 31. Dezember des Vorjahres in den übrigen Regionen wohnhafte Kind im ersten Lebensjahr einen Pauschalbeitrag von 250 Franken beziehungsweise von 500 Franken. Die Regierung kann den Beitrag der Teuerung anpassen.

⁴ Beitragspflichtig ist die Gemeinde des Wohnsitzes des Kindes.

⁵ Leistungen gemäss Absatz 2 sind für die anspruchsberechtigten Personengruppen kostenlos.

⁶ Die Trägerschaften übernehmen zusammen mit den Gemeinden die nach Abzug der leistungsbezogenen Beiträge des Kantons und der Gemeinden verbleibenden Kosten. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

Art. 31i

Anspruch auf Leistungen

Anspruch auf Leistungen gemäss Artikel 31g Absatz 2 haben:

- a) werdende Eltern;
- b) Eltern von Säuglingen und Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr;

- c) **elternvertretende Bezugspersonen von Säuglingen und Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr.**

Art. 31k

Die Beiträge des Kantons können um 5 bis 30 Prozent gekürzt werden, wenn: Beitragskürzung

- a) **die Leistungen nicht gemäss den von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erbracht werden;**
- b) **die Kosten und Leistungsdaten unvollständig, fehlerhaft oder verspätet eingereicht werden;**
- c) **anspruchsberechtigten Personen Leistungen vorenthalten werden;**
- d) **Leistungen den anspruchsberechtigten Personengruppen in Rechnung gestellt werden;**
- e) **die Beiträge des Kantons und der Gemeinden zu einer Überschreitung der gemäss Vorgabe der Regierung maximal zulässigen Reserven führen;**
- f) **die von der Regierung erlassenen Vorschriften über die Betriebsführung und Rechnungslegung nicht eingehalten werden.**

X. Rettungswesen

XI. Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

XII. Schluss- und Übergangsbestimmungen

Art. 47

Das Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen; BR 544.300) wird wie folgt geändert:

Art. 4

Bei Aufenthalt in einem Heim werden höchstens die **von der Regierung für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen der Bewohner** (Alters- und Pflegeheime) beziehungsweise die **im Gesetz über die Förderung von Menschen mit Behinderungen festgelegten Tarife für Behinderteneinrichtungen** angerechnet.

Art. 49d

Aufgehoben

II.

Diese Teilrevision untersteht dem fakultativen Referendum.
Die Regierung bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Lescha per promover la tgira da personas malsaunas e l'assistenza da personas attempadas e da personas che basegnan tgira (lescha per promover la tgira da personas malsaunas)

Midada dals ...

Il cussegl grond dal chantun Grischun,

sa basond sin l'art. 87 da la constituziun chantunala,
sunter avair gi invista da la missiva da la regenza dals ...,

concluda:

I.

La lescha per promover la tgira da personas malsaunas e l'assistenza da personas attempadas e da personas che basegnan tgira (lescha per promover la tgira da personas malsaunas) dals 2 da december 1979 vegn midada sco suonda:

Art. 2 marginala

Furniturs da prestaziuns che han il dretg da survegnir contribuziuns
a) clinicas chantunalas

Art. 3 al. 1 lit. a fin e, al. 2 fin 5

¹ Il chantun sustegna:

- a) (...) **ils ospitals renconuschids (...);**
- b) **chasas da personas attempadas e da tgira e las gruppas da tgira che vegnan menziunadas sin la glista da las chasas da tgira;**
- c) **ils servetschs da la tgira e da l'assistenza a chasa che han ina permissiun da manaschi;**
- d) **las tgirunzas diplomadas ch'èn renconuschidas da la regenza;**
- e) **ils servetschs (...) da la cussegliaziun per mammas e per babs che han ina incarica da prestaziun communal;**

b) **furniturs da prestaziuns betg chantunalas**

² Sch'in basegn evident è cumprovà, po la regenza extender il sustegn sin ulteriurs furniturs da prestaziuns.

³ Ils furniturs da prestaziuns che vegnan sustegnids dal chantun èn obligads d'inoltrar in rapport annual ed in quint annual a l'uffizi cumpetent e da preschentar tut las infurmaziuns ch'èn necessarias per exequir la surveglianza e la controlla.

⁴ Tgirunzas diplomadas che pratitgeschan in'actividad da gudogn independenta vegnan reconuschidas sco tgirunzas che han il dretg da survegnir contribuziuns, sch'ellas adempleschan las pretensiuns a la qualidad da las structures che vegnan prescrittas da la regenza.

⁵ Il chantun po publitgar datas dals furniturs da prestaziuns. Datas che sa refereschan a la gestiun pon vegnir publitgadas en furma betg anonimisada.

Art. 7
aboli

Art. 9 al. 1

¹ Tut las vischnancas pajan contribuziuns als furniturs da prestaziuns che vegnan sustegnids dal chantun tenor l'artitgel 3 alinea 1 literas a fin e, uschè ditg che las instituziuns responsablas u las tgirunzas diplomadas reconuschidas na renunzian betg a las prestaziuns da contribuziuns da las vischnancas (...).

Art. 17

Part dal maun public

La regenza fixescha la part ch'il maun public sto pajar vi da las indemnisaziuns ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns ed ils ospitals.

Art. 20 al. 5

⁵ La recezziun da personas cun in domicil extrachantunal basegna la permissiun da l'uffizi cumpetent. La regenza fixescha las premissas per la permissiun.

Art. 21 al. 1 fin 3, 5 fin 6

¹ Per mintga letg da tgira ch'è vegnì stgaffi supplementarmain ed en concordanza cun la planisaziun generala chantunala concedan il chantun e las vischnancas a la regiun da planisaziun mintgamai la suandanta contribuziun d'investiziun:

- a) chasas da personas attempadas e da tgira 160 000 francs;
- b) gruppas da tgira 120 000 francs.

² En cas da purschidas d'impurtanza chantunala po il chantun er surpigliar la contribuziun d'investiziun da las vischnancas.

³ Per transfurmar chombras da dus letgs en chombras d'in letg concedan il chantun e las vischnancas ina contribuziun d'investiziun da **mintgamai** 120 000 francs per mintga chombra ch'è vegnida stgaffida supplementarmain en chasas da personas attempadas e da tgira, e quai en concordanza cun la planisaziun generala chantunala, dentant mo fin ad ina quota maximala da las chombras d'in letg da 90 pertschient.

⁵ Ensemen cun las vischnancas da la regiun da planisaziun surpiglian las instituziuns responsablas ils custs che restan suenter che las contribuziuns d'investiziun dal chantun e da las vischnancas èn vegnidas deducidas. La repartiziun vegn fatga tenor ina clav che sto vegnir determinada da las instituziuns responsablas e da las vischnancas.

⁶ aboli

Art. 21b al. 1 fin 4

¹ Per las chasas da personas attempadas e da tgira e per las gruppas da tgira che vegnan menziunadas sin la glista da las chasas da tgira fixescha la regenza – graduads tenor la dimensiun da las prestaziuns – **ils custs reconuschids e la participaziun maximala als custs tras ils abitants** per:

Custs e participaziun als custs tras ils abitants

- a) **ils custs da pensiun;**
- b) **ils custs da reparaziun e da renovaziun;**
- c) **ils custs d'assistenza;**
- d) **ils custs da tgira.**

² La basa per fixar **ils custs reconuschids e la participaziun maximala dals abitants furma la media dals custs** da las chasas da personas attempadas e da tgira sco er da las gruppas da tgira che lavuran en moda economica e che han ina permissiun da manaschi senza cundiziuns, e quai tenor la calculaziun dals custs da l'onnn che preceda l'onnn dal conclus (...). Tar la fixaziun resguarda la regenza las midadas dals custs ch'èn vegnidas chaschunadas – cumpareglià cun l'onnn da basa – da facturs exogens e da la chareschia.

³ Per fixar la participaziun maximala dals abitants als custs da tgira è decisiv l'import ch'è permess maximalmain tenor il dretg federal.

⁴ Las chasas da personas attempadas e da tgira sco er las gruppas da tgira che han il dretg da survegnir contribuziuns ston fixar lur tariffas, uschia che las reservas ch'èn permessas maximalmain tenor las directivas da la regenza na vegnan betg surpassadas.

Art. 21c

¹ Il chantun e las vischnancas concedan a las chasas da personas attempadas e da tgira sco er a las gruppas da tgira che vegnan menziunadas sin la glista da las chasas da tgira contribuziuns che sa drizzan tenor la prestaziun per:

- a) las prestaziuns da tgira;
- b) las prestaziuns da la tgira acuta e transitorica.

² La contribuziun dal chantun e da las vischnancas importa 15 pertschient respectivamain 85 pertschient dals custs da tgira reconuschids che n'èn betg cuvrids da l'assicuranza obligatorica per la tgira da persunas malsaunas e da la participaziun maximala als custs tras ils abitants.

³ En cas d'ina dimora en ina chasa da persunas attempadas e da tgira extrachantunala u en ina gruppa da tgira extrachantunala vegnan ils custs da tgira betg cuvrids surpigliads maximalmain en la dimensiun che resultass tras ina dimora en ina instituziun chantunala.

⁴ Obligada da surpigliar quests custs da tgira è la vischnanca, en la quala l'abitant aveva ses domicil da dretg civil (domicil), avant ch'el è entrà en la chasa da persunas attempadas e da tgira u en la gruppa da tgira. Las vischnancas, en las qualas l'abitant aveva ses domicil ils ultims 10 onns avant ch'el è entrà en la chasa da persunas attempadas e da tgira u en la gruppa da tgira, han da sa participar proporziunalmain a la contribuziun.

⁵ Ensemen cun las vischnancas da la regiun da planisaziun surpiglian las instituziuns responsablas ils custs che restan suenter che las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas, che sa drizzan tenor la prestaziun, èn vegnidas deducidas. La repartiziun vegn fatga tenor ina clav che sto vegnir determinada da las instituziuns responsablas e da las vischnancas.

⁶ Sch'ina persuna che sto vegnir tgirada ed assistida en moda staziunara suenter ina dimora en l'ospital na po betg vegnir assignada da l'ospital tractant ad in furnitur da prestaziuns tenor l'artitgel 3 alinea 1 litera b, ha la vischnanca da domicil d'indemnisar a l'ospital la differenza tranter la contribuziun ch'è vegnida prestada da l'assicuranza da malsauns ed ils custs tenor l'artitgel 21b alinea 1 literas a fin d che vegnan reconuschids da la regenza per il stgalim da basegn da tgira il pli aut.

Art. 21f

Part dal maun public

¹ La regenza fixescha la part da las indemnisaziuns ch'il maun public sto pajar per prestaziuns da la tgira acuta e transitorica ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns e las chasas da persunas attempadas e da tgira sco er las gruppas da tgira.

Art. 21g

Reducziun da las contribuziuns

Las contribuziuns dal chantun pon vegnir reducidas per 5 fin 30 pertschient, sche:

- a) las prestaziuns na vegnan betg furnidas tenor las pretensiuns a la qualidad da la structura che la regenza ha fixà;

- b) las datas dals custs e da las prestaziuns vegnan inoltradas en moda incumpleta, incorrecta u memia tard;
- c) i vegnan messas a quint a personas che basegnan tgira u assistenza participaziuns als custs pli autas che quellas ch'èn vegnidas fixadas da la regenza sco maximum;
- d) las tariffas che vegnan messas a quint a las personas che basegnan tgira ed assistenza chaschunan che las reservas, ch'èn maximalmain permessas tenor las directivas da la regenza, vegnan surpassadas;
- e) las prescripziuns davart la gestiun e davart la contabilitad che la regenza ha relaschè na vegnan betg observadas;
- f) il dumber fixà da la regenza per plazzas da scolaziun per professiuns da la sanadad e dals fatgs socials na vegn betg mess a disposiziun;
- g) personas cun in domicil extrachantunal vegnan recepidas senza ina permissiun da l'uffizi competent.

Art. 22 al. 1

¹ **Ils furniturs da prestaziuns dals fatgs da sanadad e socials che han il dretg da survegnir contribuziuns èn obligads** da metter a disposiziun a lieus da scolaziun chantunals ed a lieus da scolaziun extrachantunals ch'èn en l'interess dal chantun in tschert dumber da plazzas da scolaziun per professiuns dals fatgs da sanadad e socials, e quai en relaziun cun l'effectiv da lur collavuratur.

Art. 23

A **furniturs da prestaziuns** dals fatgs da sanadad **che han il dretg** da survegnir contribuziuns e che n'adempleschan betg las pretendiuns a plazzas da scolaziun fixadas da la regenza u che na mettan betg a disposiziun il dumber da plazzas da scolaziun fixà da la regenza, pon vegnir scursanidas u refusadas las contribuziuns da gestiun e d'investiziun dal chantun. Contribuziuns (...) na pon betg vegnir pretendidas enavos.

Art. 26 al. 1

¹ **Ils furniturs da prestaziuns che han il dretg** da survegnir contribuziuns èn **suttamess** a las disposiziuns da questa lescha e – sch'ellas sa chattan sin territori chantunal – a la surveglianza da **l'uffizi competent**.

Art. 27

¹ La regenza **po relaschar** prescripziuns davart la gestiun, (...) davart il rendaquint, davart **la concepziun da las tariffas**, davart ils plans da las plazzas da lavur e da la classificaziun sco er davart las cundiziuns d'engaschament per il personal **dals furniturs da prestaziuns che han il dretg** da survegnir contribuziuns. Ella po examinar da tut temp ils cudeschs, laschar prender invista dals mussaments tras (...) **l'uffizi**

Gestiun e
rendaquint

cumpetent e controllar la gestiun sco er far cumparegliaziuns tranter **ils singuls furniturs da prestaziuns** sin basa da las retschertgas.

² Ella relascha las directivas davart l'autezza maximala da las reservas dals furniturs da prestaziuns che han il dretg da survegnir contribuziuns.

VIII. Contribuziuns als servetschs da la tgira ed assistenza a chasa sco er (...) a las tgirunzas diplomadas reconuschidas

Art. 31 al. 1

¹ Las vischnancas procuran per ina purschida suffizienta da servetschs da la tgira ed assistenza a chasa (...).

Art. 31a

Part dal maun public

¹ La regenza fixescha la part ch'il maun public sto pagar vi da las indemnizaziuns ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns ed ils servetschs da la tgira ed assistenza a chasa e las tgirunzas diplomadas per las prestaziuns da la tgira acuta e transitorica.

² abolì

³ abolì

⁴ abolì

⁵ abolì

⁶ abolì

⁷ abolì

Art. 31b

Custs e participaziun als custs tras ils clients

¹ Per ils servetschs da la tgira ed assistenza a chasa e per las tgirunzas diplomadas fixescha la regenza ils custs reconuschids e la participaziun maximala als custs tras ils clients per:

- a) las prestaziuns da tgira;
- b) las prestaziuns da la tgira acuta e transitorica.

² Per ils servetschs da la tgira ed assistenza a chasa che han ina incarica da prestaziun communal fixescha ella supplementarmain ils custs reconuschids e la participaziun maximala als custs tras ils clients per:

- a) las prestaziuns da tegnairchasa e d'assistenza;
- b) il servetsch da pasts.

³ Per fixar la participaziun maximala dals clients als custs da tgira èn decisivs 50 perschent da l'import ch'è permess maximalmain tenor il dretg federal.

⁴ Ils servetschs da la tgira ed assistenza a chasa che han il dretg da survegnir contribuziuns ston fixar las participaziuns dals clients als custs, uschia che las reservas, ch'èn permessas maximalmain tenor las directivas da la regenza, na vegnan betg surpassadas.

Art. 31c

¹ Il chantun e las vischnancas concedan als servetschs da la tgira ed assistenza a chasa che han ina incarica da prestaziun communal a contribuziuns che sa drizzan tenor la prestaziun per:

Contribuziuns
a) servetschs cun
ina incarica da
prestaziun
comunala

- a) las prestaziuns da tgira;
- b) las prestaziuns da la tgira acuta e transitorica;
- c) las prestaziuns da tegnairchasa e d'assistenza;
- d) il servetsch da pasts.

² La contribuziun dal chantun e da las vischnancas importa 55 pertschient respectivamain 45 pertschient dals custs reconuschids che n'èn betg cuvrids da l'assicuranza obligatorica per la tgira da personas malsaunas e da la participaziun maximala als custs tras ils clients.

³ La basa per fixar las contribuziuns che sa drizzan tenor la prestaziun èn las datas dals custs e da las prestaziuns da la calculaziun dals custs dals servetschs economics che han ina permissiun da manaschi senza cundiziuns, e però las datas che preceda l'onn dal conclus. Tar la fixaziun resguarda la regenza las midadas dals custs ch'èn vegnidas chaschunadas – cumpareglia cun l'onn da basa – da facturs exogens e da la chareschia.

⁴ L'obligaziun da pajar la contribuziun ha quella vischnanca, nua ch'il client ha ses domicil.

⁵ La regenza po limitar il temp, durant il qual las prestaziuns da tegnairchasa e d'assistenza sco er il servetsch da pasts vegnan furnids.

⁶ Ensemen cun las vischnancas surpiglian las instituziuns responsablas ils custs che restan suenter che las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas, che sa drizzan tenor la prestaziun, èn vegnidas deducidas. La repartiziun vegn fatga tenor ina clav che sto vegnir determinada da las instituziuns responsablas e da las vischnancas.

Art. 31d

¹ Il chantun e las vischnancas concedan als servetschs da la tgira ed assistenza a chasa senza ina incarica da prestaziun communal ed a las tgirunzas diplomadas reconuschidas contribuziuns che sa drizzan tenor la prestaziun per:

b) servetschs
senza ina
incarica da
prestaziun
comunala e
tgirunzas
diplomadas
reconuschidas

- a) las prestaziuns da tgira;
- b) las prestaziuns da la tgira acuta e transitorica.

² La contribuziun dal chantun e da las vischnancas importa 55 pertschient respectivamain 45 pertschient dals custs reconuschids per categoria da prestaziun che n'èn betg cuvrids da l'assicuranza obligatorica per la tgira da personas malsaunas e da la participaziun maximala als custs tras ils clients.

³ L'artitgel 31c alinea 3 vala conform al senn.

⁴ L'obligaziun da pajar la contribuziun ha quella vischnanca, nua ch'il client ha ses domicil.

Art. 31e

Dretg da survegnir prestaziuns

¹ La premissa per avair il dretg da survegnir prestaziuns da tegnairchasa e d'assistenza sco er da profitar dal servetsch da pasts è in scleriment dal basegn standardisà che resguarda las resursas dals clients sco er las resursas da lur conturns socials.

² Servetschs da la tgira ed assistenza a chasa che han ina incarica da prestaziun communal han da furnir tut las prestaziuns tenor l'artitgel 31c alinea 1 a personas cun domicil en lur territori che basegnan tgira ed assistenza e che han il dretg da survegnir questas prestaziuns.

Art. 31f lit. d fin g

Las contribuziuns dal chantun pon vegnir reducidas per 5 fin 30 pertschient, sche:

- d) i vegnan messas a quint a personas che basegnan tgira u assistenza **participaziuns als custs** pli autas che quellas ch'èn vegnidas fixadas da la regenza **sco maximum**;
- e) **las tariffas** che vegnan messas a quint a las personas che basegnan tgira ed assistenza chaschunan che las reservas, ch'èn **maximalmain permessas** tenor las directivas da la regenza, vegnan surpassadas;
- f) **las prescripziuns** davart la gestiun e davart la contabilitad che la regenza ha relaschè na vegnan betg observadas;
- g) **il dumber fixà** da la regenza per **plazzas da scolaziun** per professiuns da la sanadad e dals fatgs socials na vegn betg mess a disposiziun.

IX. Contribuziuns als servetschs da la cussegliaziun per mammas e per babs

Art. 31g

Cumpetenza

¹ Las vischnancas procuran per ina purschida suffizienta da servetschs da la cussegliaziun per mammas e per babs.

² L'artitgel 20 alineas 2 e 3 vala conform al senn.

Art. 31h

¹ Als servetschs da la cussegliaziun per mammas e per babs che han ina incarica da prestaziun communal concedan il chantun e las vischnancas contribuziuns a las prestaziuns che ston vegnir furnidas. Contribuziuns

² Las prestaziuns che ston vegnir furnidas èn:

- a) la cussegliaziun per la tgira ed assistenza da poppins e d'uffants pitschens;
- b) la realisaziun da curs da furmaziun per geniturs.

³ Per mintga uffant che ha abità ils 31 da december da l'onn precedent a Cuira ed en la Val dal Rain grischuna concedan il chantun e las vischnancas als servetschs ina contribuziun pauschala da 180 francs respectivamain da 360 francs per l'emprim onn da vita da quest uffant. Per mintga uffant che ha abità ils 31 da december da l'onn precedent en las ulteriuras regiuns concedan il chantun e las vischnancas als servetschs ina contribuziun pauschala da 250 francs respectivamain da 500 francs per l'emprim onn da vita da quest uffant. La regenza po adattar questa contribuziun a la chareschia.

⁴ Obligada da pajar questas contribuziuns è la vischnanca da domicil da l'uffant.

⁵ Las prestaziuns tenor l'alinea 2 èn gratuitas per las gruppas da personas che han il dretg da survegnir questas prestaziuns.

⁶ Ensemen cun las vischnancas surpiglian las instituziuns responsablas ils custs che restan suenter che las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas, che sa drizzan tenor la prestaziun, èn vegnidas deducidas. La repartiziun vegn fatga tenor ina clav che sto vegnir determinada da las instituziuns responsablas e da las vischnancas.

Art. 31i

Il dretg da survegnir prestaziuns tenor l'artitgel 31g alinea 2 han:

Dretg da survegnir prestaziuns

- a) geniturs vegnints;
- b) geniturs da poppins e d'uffants fin ch'il terz onn da vegliadetgna è cumpleni;
- c) personas da referiment che remplazzan ils geniturs da poppins e d'uffants fin ch'il terz onn da vegliadetgna è cumpleni.

Art. 31k

Las contribuziuns dal chantun pon vegnir reducidas per 5 fin 30 pertschient, sche:

Reducziun da las contribuziuns

- a) las prestaziuns na vegnan betg furnidas tenor las pretensiuns a la qualitat da la structura che la regenza ha fixà;
- b) ils custs e las datas da las prestaziuns vegnan inoltrads en moda incumpletta, incorrecta u memia tard;

- c) prestaziuns vegnan refusadas a personas che han il dretg da survegnir talas;
- d) prestaziuns vegnan messas a quint a gruppas da personas che han il dretg da survegnir talas;
- e) las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas chaschunan che las reservas, ch'èn maximalmain permessas tenor las directivas da la regenza, vegnan surpassadas;
- f) las prescripziuns davart la gestiun e davart la contabilitad che la regenza ha relaschà na vegnan betg observadas.

X. Servetsch da salvament

XI. Instituziuns per la psichiatria d'uffants e da juvenils

XII. Disposiziuns finalas e transitoricas

Art. 47

La lescha davart las prestaziuns supplementaras chantunalas tar l'assicuranza da vegls, survivents ed invalids (lescha chantunala davart las prestaziuns supplementaras; DG 544.300) vegn midada sco suonda:

Art. 4

En cas d'ina dimora en ina chasa vegnan messas a quint maximalmain **las participaziuns maximalas als custs tras ils abitants che vegnan fixadas da la regenza per las chasas da personas attempadas e da tgira e per las gruppas da tgira ch'èn menziunadas sin la glista da las chasas da tgira** (chasas da personas attempadas e da tgira) respectivamain **las tariffas per las instituziuns da personas cun impediments ch'èn fixadas en la lescha davart la promoziun da personas cun impediments.**

Art. 49d

aboli

II.

Questa revisiun parziala è suttamessa al referendum facultativ.
La regenza fixescha il termin da l'entrada en vigur.

Legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (Legge sulla cura degli ammalati)

Modifica del ...

Il Gran Consiglio del Cantone dei Grigioni,

visto l'art. 87 della Costituzione cantonale,
visto il messaggio del Governo del ...,

decide:

I.

La legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (Legge sulla cura degli ammalati) del 2 dicembre 1979 è modificata come segue:

Art. 2 Titolo marginale

Art. 3 cpv. 1 lett. a – e, cpv. 2 – 5

¹ Il Cantone sussidia:

- a) **gli ospedali riconosciuti (...);**
- b) **le case per anziani e di cura e le unità di cura che figurano nell'elenco delle case di cura;**
- c) i servizi di cura e assistenza a domicilio con un'autorizzazione d'esercizio;
- d) **gli infermieri diplomati riconosciuti dal Governo;**
- e) i servizi (...) di consulenza alle madri e ai padri **con un mandato di prestazioni comunale;**

² Se è comprovata una chiara necessità, il Governo può estendere il sussidio ad altri fornitori di prestazioni.

³ I fornitori di prestazioni sussidiati dal Cantone sono tenuti a spedire all'Ufficio competente un rapporto e un conto annuali e a fornirgli tutte le indicazioni necessarie per la vigilanza e il controllo.

Fornitori di prestazioni aventi diritto a sussidi
a) Cliniche cantonali

b) Fornitori di prestazioni non cantonali

⁴ Gli infermieri diplomati esercitanti un'attività lucrativa indipendente sono riconosciuti come aventi diritto a sussidi se soddisfano i requisiti fissati dal Governo relativi alla qualità della struttura.

⁵ Il Cantone può pubblicare i dati dei fornitori di prestazioni. I dati riferiti all'esercizio possono essere pubblicati in forma non anonima.

Art. 7

Abrogato

Art. 9 cpv. 1

¹ Fintanto che gli enti responsabili o gli infermieri diplomati riconosciuti non rinunciano a prestazioni di sussidio comunali, tutti i comuni erogano sussidi ai fornitori di prestazioni sussidiati dal Cantone conformemente all'articolo 3 capoverso 1 lettere a – e.

Art. 17

Quota dell'ente pubblico

Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni convenute tra gli assicuratori malattia e gli ospedali.

Art. 20 cpv. 5

⁵ Per l'ammissione di persone domiciliate fuori Cantone è necessaria l'autorizzazione dell'Ufficio competente. Il Governo stabilisce i presupposti per l'autorizzazione.

Art. 21 cpv. 1 – 3, 5 e 6

¹ Il Cantone e i comuni concedono alla regione di pianificazione per ogni posto letto di cura supplementare creato conformemente alla pianificazione quadro cantonale il seguente sussidio agli investimenti **ciascuno**:

- a) case per anziani e di cura 160'000 franchi;
- b) unità di cura 120'000 franchi.

² Per le offerte di importanza cantonale il Cantone può farsi carico anche del sussidio agli investimenti dei comuni.

³ Per la trasformazione di camere doppie in camere singole il Cantone e i comuni concedono, per ogni posto letto di cura supplementare in case per anziani e di cura creato conformemente alla pianificazione quadro cantonale, un sussidio agli investimenti di 120'000 franchi **ciascuno** fino a una quota massima di camere singole del 90 per cento.

⁵ Gli enti responsabili si assumono insieme ai comuni della regione di pianificazione le spese rimanenti dopo deduzione dei sussidi agli investimenti del Cantone e dei comuni. La ripartizione avviene secondo una chiave definita dagli enti responsabili e dai comuni.

⁶ Abrogato

Art. 21b cpv. 1 – 4

¹ Per le case per anziani e di cura e per le unità di cura che figurano nell'elenco delle case di cura il Governo fissa le spese riconosciute e la partecipazione alle spese massima degli ospiti graduate secondo l'entità delle prestazioni per:

Spese e partecipazione alle spese degli ospiti

- a) la retta per la pensione;
- b) le spese di riparazione e di rinnovo;
- c) le spese di assistenza;
- d) le spese di cura.

² La base per la determinazione delle **spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima degli ospiti** è costituita dalle spese medie secondo il calcolo dei costi dell'anno precedente quello della decisione (...) delle case per anziani e di cura e delle unità di cura economiche con un'autorizzazione d'esercizio senza condizioni. Nella determinazione il Governo tiene conto delle modifiche di spesa rispetto all'anno di base causate da fattori esogeni e dal rincaro.

³ Per stabilire la **partecipazione massima degli ospiti alle spese di cura** è determinante l'importo massimo ammesso secondo il diritto federale.

⁴ Le case per anziani e di cura e le unità di cura aventi diritto a sussidi devono fissare le proprie tariffe in modo tale da non superare le riserve massime ammesse conformemente alla direttiva del Governo.

Art. 21c

¹ Il Cantone e i comuni concedono alle case per anziani e di cura e alle unità di cura che figurano nell'elenco delle case di cura sussidi riferiti alle prestazioni per:

- a) le prestazioni di cura;
- b) le prestazioni di cure acute e transitorie.

² I sussidi del Cantone e dei comuni ammontano al 15 per cento, rispettivamente all'85 per cento delle spese di cura riconosciute non coperte dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie e dalla partecipazione alle spese massima degli ospiti.

³ In caso di soggiorno in una casa per anziani e di cura fuori Cantone o in un'unità di cura fuori Cantone, le spese di cura non coperte vengono assunte al massimo nella misura delle spese che si presenterebbero in caso di soggiorno in una struttura all'interno del Cantone.

⁴ È tenuto a versare sussidi il comune nel quale l'ospite aveva il proprio domicilio civile (domicilio) prima dell'ammissione nella casa per anziani e di cura o nell'unità di cura. I comuni nei quali gli ospiti sono stati domiciliati negli ultimi dieci anni precedenti l'ammissione nella casa per anziani e di cura o nell'unità di cura devono partecipare proporzionalmente al sussidio.

⁵ Gli enti responsabili si assumono insieme ai comuni della regione di pianificazione le spese rimanenti dopo deduzione dei sussidi riferiti alle prestazioni del Cantone e dei comuni. La ripartizione avviene secondo una chiave definita dagli enti responsabili e dai comuni.

⁶ Se una persona bisognosa di cure e di assistenza stazionarie in seguito a una degenza ospedaliera non può essere trasferita dall'ospedale curante a un fornitore di prestazioni conformemente all'articolo 3 capoverso 1 lettera b, il comune di domicilio deve versare all'ospedale l'importo risultante dalla differenza tra il contributo versato dall'assicuratore malattia e le spese riconosciute dal Governo per il fabbisogno di cura più elevato conformemente all'articolo 21b capoverso 1 lettere a – d.

Art. 21f

Quota dell'ente pubblico

¹ Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni per le cure acute e transitorie convenute tra gli assicuratori malattia, le case per anziani e di cura e le unità di cura.

Art. 21g

Riduzione dei sussidi

I sussidi cantonali possono venire ridotti del 5 – 30 per cento se:

- a) le prestazioni non vengono fornite secondo i requisiti fissati dal Governo relativi alla qualità della struttura;
- b) i dati relativi alle spese e alle prestazioni vengono inoltrati in modo incompleto, con errori o in ritardo;
- c) alle persone bisognose di cure e di assistenza vengono fatturate partecipazioni alle spese superiori a quelle massime fissate dal Governo;
- d) le tariffe fatturate alle persone bisognose di cure e di assistenza portano a un superamento delle riserve massime ammesse conformemente alla direttiva del Governo;
- e) non vengono osservate le prescrizioni emanate dal Governo sulla gestione e sul rendiconto;
- f) non viene messo a disposizione il numero di posti di formazione stabilito dal Governo nelle professioni sanitarie e sociali;
- g) senza l'autorizzazione dell'Ufficio competente, vengono ammesse persone domiciliate fuori Cantone.

Art. 22 cpv. 1

¹ I fornitori di prestazioni in campo sanitario e sociale aventi diritto a sussidi sono tenuti a mettere a disposizione degli istituti di formazione cantonali e di quelli extracantonali che sono di interesse per il Cantone un numero di posti di formazione per professioni sanitarie e sociali adeguato all'effettivo dei dipendenti (...).

Art. 23

Ai fornitori di prestazioni in campo sanitario aventi diritto a sussidi che non soddisfano i requisiti fissati dal Governo in termini di posti di formazione o **che** non mettono a disposizione il numero di posti fissati dal Governo, possono venire ridotti o negati i sussidi d'esercizio e i sussidi agli investimenti del Cantone. Non può essere richiesta la restituzione dei sussidi.

Art. 26 cpv. 1

¹ **I fornitori di prestazioni** aventi diritto a sussidi sono **soggetti alle disposizioni della** presente legge e, se si trovano in territorio **cantonale**, alla vigilanza **dell'Ufficio competente**.

Art. 27

¹ Il Governo può emanare (...) disposizioni sulla gestione (...), **il rendiconto** e le tariffe, gli organici, la classificazione e le condizioni d'impiego del personale **dei fornitori di prestazioni** aventi diritto a sussidi. Esso può in ogni **momento** verificare i libri, far esaminare i documenti giustificativi (...) **dall'Ufficio competente**, controllare la gestione e fare confronti tra **i singoli fornitori di prestazioni** in base a questi rilievi.

Gestione e rendiconto

² **Esso emana direttive sull'ammontare massimo delle riserve dei fornitori di prestazioni aventi diritto a sussidi.**

VIII. Sussidi ai servizi di cura e assistenza a domicilio, nonché (...) agli infermieri diplomati riconosciuti

Art. 31 cpv. 1

¹ I comuni provvedono a una sufficiente offerta di servizi di cura e assistenza a domicilio (...).

Art. 31a

¹ **Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni convenute tra gli assicuratori malattia, i servizi di cura e assistenza a domicilio e gli infermieri diplomati per le prestazioni di cure acute e transitorie.**

Quota dell'ente pubblico

² **Abrogato**

³ **Abrogato**

⁴ **Abrogato**

⁵ **Abrogato**

⁶ **Abrogato**

⁷ **Abrogato**

Art. 31b

Spese e partecipazione alle spese degli utenti

¹ Per i servizi di cura e assistenza a domicilio e per gli infermieri diplomati riconosciuti il Governo fissa le spese riconosciute e la partecipazione alle spese massima degli utenti per:

- a) le prestazioni di cura;
- b) le prestazioni di cure acute e transitorie.

² Inoltre, per i servizi di cura e assistenza a domicilio con mandato di prestazioni comunale, fissa le spese riconosciute e la partecipazione alle spese massima degli utenti per:

- a) le prestazioni di economia domestica e di assistenza;
- b) il servizio pasti.

³ Per stabilire la partecipazione massima degli utenti alle spese di cura è determinante il 50 per cento dell'importo massimo ammesso secondo il diritto federale.

⁴ I servizi di cura e assistenza a domicilio aventi diritto a sussidi devono fissare le partecipazioni alle spese degli utenti in modo tale da non superare le riserve massime ammesse conformemente alla direttiva del Governo.

Art. 31c

Sussidi
a) Servizi con mandato di prestazioni comunale

¹ Il Cantone e i comuni concedono ai servizi di cura e assistenza a domicilio con mandato di prestazioni comunale sussidi riferiti alle prestazioni per:

- a) le prestazioni di cura;
- b) le prestazioni di cure acute e transitorie;
- c) le prestazioni di economia domestica e di assistenza;
- d) il servizio pasti.

² I sussidi del Cantone e dei comuni ammontano al 55 per cento, rispettivamente al 45 per cento delle spese riconosciute non coperte dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie e dalla partecipazione alle spese massima degli utenti.

³ La base per la determinazione dei sussidi riferiti alle prestazioni è costituita dai dati relativi alle spese e alle prestazioni derivati dal conteggio delle spese dell'anno precedente quello della decisione dei servizi economici con un'autorizzazione d'esercizio senza condizioni. Nella determinazione il Governo tiene conto delle modifiche di spesa rispetto all'anno di base causate da fattori esogeni e dal rincaro.

⁴ È tenuto a versare sussidi il comune nel quale l'utente ha il proprio domicilio civile.

⁵ Il Governo può limitare il tempo a disposizione per fornire le prestazioni di economia domestica e di assistenza, nonché del servizio pasti.

⁶ Gli enti responsabili si assumono insieme ai comuni le spese rimanenti dopo deduzione dei sussidi riferiti alle prestazioni del Cantone e

dei comuni. La ripartizione avviene secondo una chiave definita dagli enti responsabili e dai comuni.

Art. 31d

¹ Il Cantone e i comuni concedono ai servizi di cura e assistenza a domicilio senza mandato di prestazioni comunale e agli infermieri diplomati riconosciuti sussidi riferiti alle prestazioni per:

- a) le prestazioni di cura;
- b) le prestazioni di cure acute e transitorie.

b) Servizi senza mandato di prestazioni comunale e infermieri diplomati riconosciuti

² I sussidi del Cantone e dei comuni ammontano al 55 per cento, rispettivamente al 45 per cento delle spese riconosciute per categoria di prestazioni non coperte dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie e dalla partecipazione alle spese massima degli utenti.

³ L'articolo 31c capoverso 3 fa stato per analogia.

⁴ È tenuto a versare sussidi il comune nel quale l'utente ha il proprio domicilio civile.

Art. 31e

¹ Il presupposto per il diritto a prestazioni di economia domestica e di assistenza, nonché al servizio pasti è una verifica del bisogno standardizzata che tenga conto delle risorse dell'utente e di quelle del suo ambiente sociale.

Diritto a prestazioni

² I servizi di cura e assistenza a domicilio con un mandato di prestazioni comunale devono fornire tutte le prestazioni conformemente all'articolo 31c capoverso 1 a favore di persone bisognose di cure e di assistenza aventi diritto domiciliate nel loro comprensorio di attività.

Art. 31f lett. d – g

I sussidi cantonali possono venire ridotti del 5 – 30 per cento se:

- d) alle persone bisognose di cure o di assistenza vengono fatturate **partecipazioni alle spese** superiori a quelle **massime** fissate dal Governo;
- e) **le tariffe fatturate alle persone bisognose di cure e di assistenza portano a un superamento delle riserve massime ammesse conformemente alla direttiva del Governo;**
- f) **non vengono osservate le prescrizioni emanate dal Governo sulla gestione e sul rendiconto;**
- g) **non viene messo a disposizione il numero di posti di formazione stabilito dal Governo nelle professioni sanitarie e sociali.**

IX. Sussidi ai servizi di consulenza alle madri e ai padri

Art. 31g

Competenza

¹ I comuni provvedono a una sufficiente offerta di servizi di consulenza alle madri e ai padri.

² I capoversi 2 e 3 dell'articolo 20 fanno stato per analogia.

Art. 31h

Sussidi

¹ Il Cantone e i comuni concedono ai servizi di consulenza alle madri e ai padri con un mandato di prestazioni comunale sussidi alle prestazioni da fornire.

² Le prestazioni da fornire sono:

- a) consulenza nella cura e nell'assistenza di lattanti e bambini piccoli;
- b) organizzazione di corsi di formazione per genitori.

³ Il Cantone e i comuni concedono ai servizi un sussidio forfetario di 180 franchi, rispettivamente di 360 franchi per ogni bambino nel primo anno di vita che il 31 dicembre dell'anno precedente era residente a Coira o nella Valle grigione del Reno e un sussidio forfetario di 250 franchi, rispettivamente di 500 franchi per ogni bambino nel primo anno di vita che il 31 dicembre dell'anno precedente era residente nelle altre regioni. Il Governo può adeguare i sussidi al rincaro.

⁴ È tenuto a versare sussidi il comune di domicilio del bambino.

⁵ Le prestazioni secondo il capoverso 2 sono gratuite per i gruppi di persone aventi diritto.

⁶ Gli enti responsabili si assumono insieme ai comuni le spese rimanenti dopo deduzione dei sussidi riferiti alle prestazioni del Cantone e dei comuni. La ripartizione avviene secondo una chiave definita dagli enti responsabili e dai comuni.

Art. 31i

Diritto a prestazioni

Hanno diritto a prestazioni conformemente all'articolo 31g capoverso 2:

- a) i futuri genitori;
- b) i genitori di lattanti e bambini fino a tre anni compiuti;
- c) persone di riferimento che sostituiscono i genitori di lattanti e bambini fino a tre anni compiuti.

Art. 31k

Riduzione dei sussidi

I sussidi cantonali possono venire ridotti del 5 – 30 per cento se:

- a) le prestazioni non vengono fornite secondo i requisiti fissati dal Governo relativi alla qualità della struttura;

- b) i dati relativi alle spese e alle prestazioni vengono inoltrati in modo incompleto, con errori o in ritardo;
- c) vengono negate prestazioni a persone aventi diritto;
- d) le prestazioni vengono fatturate ai gruppi di persone aventi diritto;
- e) i sussidi del Cantone e dei comuni portano a un superamento delle riserve massime ammesse conformemente alla direttiva del Governo;
- f) non vengono osservate le prescrizioni emanate dal Governo sulla gestione e sul rendiconto.

X. Servizio di salvataggio

XI. Istituzioni di psichiatria dei bambini e degli adolescenti

XII. Disposizioni finali e transitorie

Art. 47

La legge concernente le prestazioni complementari cantonali all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (Legge cantonale sulle prestazioni complementari; CSC 544.300) è modificata come segue:

Art. 4

In caso di soggiorno in un istituto vengono computate al massimo **la partecipazione alle spese massima degli ospiti stabilita dal Governo per le case per anziani e di cura e per le unità di cura che figurano nell'elenco delle case di cura** (case per anziani e di cura), rispettivamente le **tariffe per le strutture per persone handicappate** stabilite nella legge sulla promozione delle persone handicappate.

Art. 49d

Abrogato

II.

La presente revisione parziale è soggetta a referendum facoltativo.
Il Governo stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Auszug aus dem geltenden Recht

Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) ¹⁾

Vom Volke angenommen am 2. Dezember 1979 ²⁾

I. Allgemeines

Art. 2 ³⁾

Der Kanton unterhält die für die Versorgung notwendigen psychiatrischen Kliniken, Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch behinderte Menschen. Die Betriebsführung ist den als öffentlich-rechtliche Anstalt ausgestalteten Psychiatrischen Diensten Graubünden übertragen.

Institutionen
a) Kantonale
Kliniken

Art. 3 ⁴⁾

¹⁾ Der Kanton unterstützt:

- a) ⁵⁾ Den Bau, die Einrichtungen und den Betrieb von anerkannten Spitälern sowie von stationären Angeboten zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen;
- b) ... ⁶⁾

b) Nichtkantonale
Institutionen

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; B vom 20. Juni 2000, 343; GRP 2000/2001, 315

²⁾ B vom 6. November 1978, 387; GRP 1978/79, 799 (1. Lesung), GRP 1979/80, 51 (2. Lesung)

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 30. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 657; GRP 2005/2006, 277; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 1991; B vom 11. Juni 1990, 227; GRP 1990/91, 423; mit RB vom 23. April 1991 auf den 1. Januar 1992 in Kraft gesetzt; Art. 23 rückwirkend auf 1. Januar 1991 in Kraft getreten

⁵⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁶⁾ Aufgehoben gemäss Volksbeschluss vom 30. November 2003; tritt am 1. Januar 2004 in Kraft

- c) ... ¹⁾
- d) ²⁾die Einrichtungen und den Betrieb von anerkannten Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung;
- e) ³⁾die anerkannten Dienste der Mütter- und Väterberatung;
- f) die regionalen Organisationen für den Notfall- und Krankentransportdienst;
- g) die anerkannten Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

² Die vom Kanton unterstützten Institutionen sind verpflichtet, dem Sanitätsdepartement einen Jahresbericht und eine Jahresrechnung einzureichen und alle zur Ausübung der Aufsicht und Kontrolle nötigen Angaben zu unterbreiten.

Art. 7⁴⁾

Beitragsberechtig-
tigte Institutionen

¹ Beitragsberechtigt sind folgende Institutionen:

- a) Spitäler, deren Leistungsangebot ihrem zugeordneten Spitaltyp entspricht;
- b) ⁵⁾die anerkannten Trägerschaften von stationären Angeboten zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen.
- c) ⁶⁾
- d) ⁷⁾
- e) ⁸⁾die von der Regierung anerkannten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung;
- f) ⁹⁾die von der Regierung anerkannten Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie;

¹⁾ Aufgehoben gemäss Volksbeschluss vom 30. November 2003; tritt am 1. Januar 2004 in Kraft

²⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung bzw. Aufhebung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 1991, siehe FN zu Art. 3

⁵⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁶⁾ Aufgehoben gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁷⁾ Aufgehoben gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁸⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁹⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

g) ¹⁾ die von der Regierung anerkannten Dienste der Mütter- und Väterberatung.

² Sofern ein offensichtliches Bedürfnis nachgewiesen ist, kann die Regierung

a) die Beitragsberechtigung auf weitere Institutionen ausdehnen;

b) ²⁾

c) ³⁾

Art. 9

¹ ⁴⁾ Alle Gemeinden richten, solange die Trägerschaften nicht auf Beitrags-
Beitragsleistungen der Gemeinden verzichten, Beiträge aus: Gemeinde-
beiträge

a) ⁵⁾ an den Betrieb der vom Kanton gemäss Artikel 7 Absatz 1 litera a, litera e und litera g dieses Gesetzes unterstützten Spitäler, Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie Dienste der Mütter- und Väterberatung;

b) ⁶⁾ an den Bau und die Einrichtungen der vom Kanton gemäss Artikel 7 Absatz 1 litera a und litera b dieses Gesetzes unterstützten Spitäler und stationären Angebote zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen.

² ⁷⁾ Befindet sich in einer Spitalregion kein beitragsberechtigtes Spital, so haben sich die betreffenden Gemeinden mit 20 Prozent an den Kosten aus Vereinbarungen über die Sicherstellung der Spitalversorgung zu beteiligen. Vor Abschluss von Vereinbarungen sind die betroffenen Gemeinden anzuhören.

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

²⁾ Aufgehoben gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

³⁾ Aufgehoben gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁴⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁷⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

³ ¹⁾Die Gemeinden der einzelnen Spitalregionen sowie der Planungsregionen für die teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen, die häusliche Pflege und Betreuung sowie die Mütter- und Väterberatung haben sich in zweckmässiger Weise zu organisieren.

III. Beiträge an den Betrieb von Spitälern

Art. 17²⁾

IV. Beiträge an Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen³⁾

Art. 20⁴⁾

Zuständigkeit
a) Gemeinden

¹ ⁵⁾Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen.

² Sie erstellen eine regional abgestimmte Bedarfsplanung.

³ ⁶⁾Die Regierung kann nach Anhören der Gemeinden Planungsregionen bezeichnen.

⁴ ⁷⁾Sie kann die Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste von der Zustimmung der Gemeinden der Planungsregion abhängig machen.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

²⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁷⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

Art. 21¹⁾

^{1 2)} Der Kanton gewährt der Planungsregion für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett folgenden Investitionsbeitrag:

- | | |
|----------------------------|------------------|
| a) Alters- und Pflegeheime | 160 000 Franken; |
| b) Pflegegruppen | 120 000 Franken. |

Investitions-
beiträge
a) Grundsatz
und Höhe

^{2 3)} Bei Angeboten von kantonalen Bedeutung kann der Kanton den Investitionsbeitrag maximal verdoppeln.

^{3 4)} An die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer gewährt der Kanton für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Zimmer in Alters- und Pflegeheimen bis zu einem maximalen Anteil an Einbettzimmern von 90 Prozent einen Investitionsbeitrag von 120'000 Franken.

^{4 5)} Die Regierung kann die Investitionsbeiträge der Teuerung anpassen.

^{5 6)} Die Beiträge der Gemeinden an Investitionen gemäss den Absätzen 1 und 3 sowie an die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sind in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden der Planungsregionen und den Trägerschaften der Angebote festzulegen. Die Gemeinden ermöglichen den Trägerschaften eine längerfristige Finanz- und Investitionsplanung.

^{6 7)} Artikel 13 gilt sinngemäss.

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁷⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

Art. 21a¹⁾

b) Beitragsvoraussetzungen

¹ Voraussetzung für die Gewährung von Beiträgen ist die Anerkennung des Angebotes durch die Regierung.² Die Anerkennung wird gewährt wenn,

- a) das Angebot der kantonalen Rahmenplanung entspricht;
- b) das Projekt eine zweckmässige Pflege und Betreuung gewährleistet und baulich einwandfrei ist;
- c) bei Pflegegruppen die Unterstützung durch ein Alters- und Pflegeheim oder durch einen Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung sichergestellt ist;
- d) eine zweckmässige und wirtschaftliche Betriebsführung gewährleistet ist.

Art. 21b²⁾

Taxen

¹ Die Regierung legt für vom Kanton mit Beiträgen unterstützte Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen nach Leistungsumfang abgestufte Maximaltarife fest.² ³⁾ Basis für die Festlegung der Maximaltarife bildet der durchschnittliche durchschnittliche Aufwand der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres einschliesslich 50 Prozent der kalkulatorischen Instandsetzungs- und Erneuerungskosten. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen.³ ... ⁴⁾⁴ ... ⁵⁾⁵ ... ⁶⁾¹⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel²⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.⁴⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.⁵⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.⁶⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 18. Oktober 2005; B vom 28. Juni 2005, 769; GRP 2005/2006, 545; Mit RB vom 31. Januar 2006 rückwirkend auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

Art. 21c¹⁾

¹ Der Kanton gewährt den Trägerschaften von Angeboten zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Patienten Beiträge für: Betriebsbeiträge

- a) ...²⁾
- b) nachgewiesen ausserordentlich pflegeaufwendige Bewohner.

² Die Regierung legt die Beiträge fest.

³ ³⁾ Artikel 19 gilt sinngemäss.

⁴ ...⁴⁾

Art. 21d⁵⁾

Der Kanton kann neue Modelle für die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen während einer befristeten Versuchsphase finanzieren, sofern eine qualifizierte Wirkungsbeurteilung gewährleistet ist. Innovationsbeiträge

Art. 21e⁶⁾

¹ Der Kanton kann in Berücksichtigung des öffentlichen Interesses kantonalen oder regional tätigen gemeinnützigen privaten Organisationen Beiträge zur Förderung der Altershilfe gewähren. Beiträge an Organisationen

V. Ausbildungsplätze für Schulen des Gesundheits- und Sozialwesens⁷⁾**Art. 22**⁸⁾

¹ Die beitragsberechtigten Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens sind verpflichtet, innerkantonalen und im Interesse des Kantons liegenden Ausbildungsplätze

¹⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

²⁾ Aufgehoben gemäss Volksbeschluss vom 30. November 2003; tritt am 1. Januar 2004 in Kraft

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁶⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁷⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁸⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

genden ausserkantonalen Ausbildungsstätten eine dem Mitarbeitendenbestand angemessene Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung zu stellen.

² Die Regierung kann die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Ausbildungsbetrieb festlegen. Sie legt die Anforderungen an die Ausbildungsplätze fest.

Art. 23¹⁾

Beitragskürzung,
-verweigerung
und -rückforde-
rung

Beitragsberechtigten Institutionen des Gesundheitswesens, welche die von der Regierung festgelegten Anforderungen an Ausbildungsplätze nicht erfüllen oder nicht die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen, können die Betriebs- und die Investitionsbeiträge des Kantons gekürzt oder verweigert werden. Bereits geleistete Beiträge können zurückgefordert werden.

VI. Aufsicht über Institutionen

Art. 26

Aufsicht,
Mitspracherecht

¹ Die beitragsberechtigten Institutionen unterstehen den Bestimmungen dieses Gesetzes und, wenn sie sich auf Kantonsgebiet befinden, der Aufsicht der Regierung.

² ...²⁾

³ ³⁾ Die Trägerschaften der Regionalspitäler und des Kantonsspitals Graubünden haben dem Kanton auf Verlangen Einsitz mit beratender Stimme in den Sitzungen ihrer Organe zu gewähren.

Art. 27

Grundsätze für
die Betriebs- und
Rechnungs-
führung

¹ Die Regierung kann nötigenfalls Vorschriften über die Betriebs- und Rechnungsführung, die Rechnungsablage, die Taxgestaltung, die Stellen- und Einreichungspläne sowie über die Anstellungsbedingungen für das Personal der beitragsberechtigten Institutionen erlassen. Sie kann die Bücher jederzeit überprüfen, durch die Finanzkontrolle oder die Organe des Sanitätsdepartementes Einsicht in die Belege nehmen lassen und die Betriebsführung kontrollieren sowie auf Grund der Erhebungen Vergleiche zwischen den einzelnen Institutionen anstellen.

¹⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

²⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

² Die beitragsberechtigten Institutionen sind zu sparsamer, ihren Aufgaben beziehungsweise ihren Spitaltypen angemessener Betriebsführung auf gemeinnütziger Basis verpflichtet.

VIII. Beiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Mütter- und Väterberatung ¹⁾

Art. 31

^{1 2)} Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Mütter- und Väterberatung. Zuständigkeit ¹

^{2 3)} Die Absätze 2 und 3 von Artikel 20 gelten sinngemäss.

^{3 ... 4)}

^{4 ... 5)}

Art. 31a ⁶⁾

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den anerkannten Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung Beiträge an die beitragsberechtigten Leistungen, sofern die Klienten beziehungsweise deren Kostenträger aufgrund gesetzlicher oder behördlicher Anordnung keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen. Häusliche Pflege
und Betreuung
1. Beiträge

² Beitragsberechtigte Leistungen sind:

- a) pflegerische Leistungen;
- b) hauswirtschaftliche und betruerische Leistungen;
- c) der Mahlzeitendienst.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

⁶⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

³ Der Beitrag des Kantons beträgt 55 Prozent des pro Leistungskategorie bei wirtschaftlicher Betriebsführung in Anwendung der Maximaltarife gemäss Artikel 31b ungedeckten Aufwands.

⁴ Basis für die Festlegung der Leistungsbeiträge bilden die Kosten- und Leistungsdaten des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres der wirtschaftlichen Dienste mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen.

⁵ Die Beiträge der Gemeinden an die gemäss Absatz 2 erbrachten Leistungen und an die von ihnen zusätzlich gewünschten Leistungen sind in den individuellen Leistungsvereinbarungen mit den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung festzulegen.

⁶ Die Regierung kann den zeitlichen Umfang der beitragsberechtigten Leistungen begrenzen.

⁷ Artikel 19 gilt sinngemäss.

Art. 31b¹⁾

2. Tarife

Die Regierung legt Maximaltarife für die beitragsberechtigten Leistungen fest.

Art. 31c²⁾

Mütter- und
Väterberatung

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den anerkannten Diensten der Mütter- und Väterberatung Beiträge an die zu erbringenden Leistungen.

² Die zu erbringenden Leistungen sind:

- a) Beratung bei der Pflege und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern;
- b) Durchführung von Elternbildungskursen.

³ Der Kanton gewährt den Diensten für jedes am 31. Dezember des Vorjahres in Chur und im Bündner Rheintal wohnhafte Kind im ersten Lebensjahr einen Pauschalbeitrag von 180 Franken und für jedes am 31. Dezember des Vorjahres in den übrigen Regionen wohnhafte Kind im ersten Lebensjahr einen Pauschalbeitrag von 250 Franken. Die Regierung kann den Beitrag der Teuerung anpassen.

⁴ Die Beiträge der Gemeinden an die gemäss Absatz 2 zu erbringenden Leistungen und an die von ihnen zusätzlich gewünschten Leistungen sind in den individuellen Leistungsvereinbarungen mit den Diensten der Mütter- und Väterberatung festzulegen.

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁵ Leistungen gemäss Absatz 2 sind für die anspruchsberechtigten Personengruppen kostenlos.

⁶ Artikel 19 gilt sinngemäss.

Art. 31d¹⁾

¹ Pflege- und betreuungsbedürftige Personen mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der anerkannten Dienste der Pflege und Betreuung haben im Umfang der Bedarfsabklärung Anspruch auf Leistungen gemäss Artikel 31a Absatz 2.

Anspruch auf Leistungen
1. Häusliche Pflege und Betreuung

² Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen gemäss Artikel 31a Absatz 2 litera a ist, dass diese auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung und der darin verlangten Bedarfsabklärung erbracht werden.

³ Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen gemäss Artikel 31a Absatz 2 litera b und c ist eine standardisierte Bedarfsabklärung, welche die Ressourcen der Klienten und diejenigen ihres sozialen Umfeldes berücksichtigt.

Art. 31e²⁾

Anspruch auf Leistungen gemäss Artikel 31c Absatz 2 durch anerkannte Dienste der Mütter- und Väterberatung haben:

2. Mütter- und Väterberatung

- a) werdende Eltern;
- b) Eltern von Säuglingen und Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr;
- c) elternvertretende Bezugspersonen von Säuglingen und Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr.

Art. 31f³⁾

Die Beiträge des Kantons können um 5 bis 30 Prozent gekürzt werden, wenn:

Beitragskürzung

- a) die Leistungen nicht gemäss den von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erbracht werden;
- b) die Kosten- und Leistungsdaten unvollständig, fehlerhaft oder verspätet eingereicht werden;

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

³⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

- c) anspruchsberechtigten Personen Leistungen vorenthalten werden;
- d) den pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen höhere als die von der Regierung festgelegten Maximaltarife in Rechnung gestellt werden;
- e) Leistungen der Mütter- und Väterberatung den anspruchsberechtigten Personengruppen in Rechnung gestellt werden.

XI. Schluss- und Übergangsbestimmungen

Art. 47¹⁾

Änderung und
Aufhebung von
Erlassen

Das nachstehende Gesetz wird wie folgt geändert:

Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen) (BR 544.300)

Art. 49d²⁾

4. Häusliche
Pflege und
Betreuung sowie
Mütter- und
Väterberatung

Die Restzahlungen des Kantons an die vor In-Kraft-Treten der Teilrevision entstandenen Betriebsdefizite der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Mütter- und Väterberatung erfolgen im Rahmen der verfügbaren Mittel bis spätestens drei Jahre nach In-Kraft-Treten der Teilrevision.

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen)

Vom 18. April 2007

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden ¹⁾,

gestützt auf Art. 31 Abs. 1 der Kantonsverfassung ²⁾,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom 9. Januar 2007 ³⁾,

beschliesst:

I. Ergänzungsleistungen

Art. 4

Bei Aufenthalt in einem Heim werden höchstens die vom Kanton für die Kosten in Heimen von ihm mit Beiträgen unterstützten Heime festgelegten Maximaltarife (Alters- und Pflegeheime) beziehungsweise die von ihm festgelegten Taxen (Behinderteneinrichtungen) angerechnet.

¹⁾ GRP 2006/2007, 981

²⁾ BR 110.100

³⁾ Seite 1937

