

# **Totalrevision der Verordnung zum Gesundheitsgesetz**

## **Erläuternder Bericht**

16. Februar 2017

## **Art. 1**

Diese Bestimmung legt die Zuständigkeiten der Amtsstellen für die in Art. 5 und 7 des vom Grossen Rat am 2. September 2016 beschlossenen Gesetzes zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz) dem Kanton übertragenen Aufgaben fest. Das Gesundheitsamt ist für alle Aufgaben zuständig, die nicht einem andern Amt übertragen sind (Abs. 1).

Neu wird in Abs. 1 die Zuständigkeit des Gesundheitsamtes für Mitteilungen der vom Bundesrecht vorgegebenen Daten an das Medizinalberuferegister, das Psychologieberuferegister und das nationale Register für Gesundheitsfachpersonen (NAREG) festgelegt.

Die in Abs. 2 und 3 festgelegten Zuständigkeiten entsprechen Art. 1 der geltenden Verordnung. Da der Schulbereich spezielles Know How erfordert, bleiben dafür weiterhin die für die jeweilige Schulstufe zuständigen Ämter zuständig. Die Zuständigkeit für die Sekundär- und Tertiärprävention verbleibt weiterhin beim Sozialamt. Das Gesundheitsamt ist Ansprechpartner für die verschiedenen Ämter mit Fachstellen.

Im Unterschied zur geltenden Verordnung werden die Suchtbereiche wie beispielsweise Alkohol-, Drogen- und Spielsucht nicht mehr einzeln aufgeführt (Abs. 3). Artikel 3 des Suchthilfegesetzes (BR 500.800) definiert die Sucht umfassend.

Der sich aufgrund der Arbeitsgesetzgebung und der Unfallversicherungsgesetzgebung ergebende Gesundheitsschutz wird im Kanton durch das Amt für Industrie, Gewerbe und Arbeit sichergestellt (Abs. 4).

## **Art. 2**

Absatz 1 der Bestimmung entspricht Art. 2 der geltenden Verordnung. Um einen optimalen Informationsaustausch und eine nachhaltige Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Stellen und den Gemeinden sicher zu stellen, werden die Gemeinde- und die Schulbehörden in Absatz 1 Litera a verpflichtet, eine für die Gesundheitsförderung und Prävention auf Gemeinden- und Schulstufe zuständige Stelle zu bezeichnen. Selbstverständlich ist es den Gemeinden unbenommen, für beide Bereiche eine einzige Stelle zu bezeichnen.

Gemäss Litera b haben die Gemeindebehörden bei der Wahrnehmung der ihnen obliegenden Aufgaben darauf zu achten, dass die von ihnen getroffenen Entscheide

gesundheitsverträglich sind, d.h. möglichst geringe negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinde zeitigen. Bei den Schulwegen beispielsweise ist darauf zu achten, dass sie nach Möglichkeit nicht direkt entlang der Hauptstrassen angelegt werden, bei Zonenplanungen oder konkreten Bauvorhaben, dass die Geruchs- und Lärmbelastigungen für die Wohnbevölkerung möglichst gering gehalten werden. Zur Gesundheitsförderung der Wohnbevölkerung können auch verkehrsberuhigende Massnahmen beitragen.

Absatz 2 der Bestimmung entspricht Art. 9 Abs. 1 der geltenden Ausführungsbestimmungen zur Organisation des Rettungswesens (BR 506.160) und konkretisiert die Anforderungen an das sanitätsdienstliche Konzept gemäss Art. 6 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes.

### **Art. 3**

Diese Bestimmung legt den spätesten Zeitpunkt der Gesuchseinreichung mit den vollständigen Unterlagen fest. Wird die Berufs- oder Betriebstätigkeit vor Ablauf dieser Frist ohne Vorliegen der entsprechenden Bewilligung aufgenommen, ist das Gesundheitsamt gehalten, ein Strafverfahren wegen Ausübung einer Tätigkeit respektive Aufnahme des Betriebs ohne Bewilligung (vgl. Art. 64 Abs. 2 lit. a und Abs. 4 lit. a des Gesundheitsgesetzes) zu eröffnen.

### **Art. 4**

Diese Bestimmung legt die Rahmenbedingungen für die bewilligungsfreie Berufsausübung einer Gesundheitsfachperson unter fachlicher Aufsicht fest. Die fachliche Aufsicht über die Tätigkeit der beaufsichtigten Person kann nur von einer Person mit dem gleichen Fachwissen wahrgenommen werden. Dementsprechend hat diese über dasselbe Fachwissen zu verfügen. Dieses kann nur im gleichen Beruf angeeignet werden. Bei den Ärztinnen und Ärzten, die zwar demselben Beruf angehören, ist eine starke Spezialisierung festzustellen, so dass beispielsweise ein Facharzt Gynäkologie nur die Fachaufsicht über einen Gynäkologen, nicht z.B. über einen Gastroenterologen, wahrnehmen kann. Dasselbe gilt beispielweise für Zahnärzte gegenüber Dentalhygienikerinnen. Entsprechend hat die leitende Dentalhygienikerin über eine Berufsausübungsbewilligung als Dentalhygienikerin zu verfügen, auch wenn sie bei einem Zahnarzt tätig ist.

## **Art. 5**

Diese Bestimmung legt in Konkretisierung von Art. 14 Abs. 1 lit. b zweiter Satz des Gesundheitsgesetzes fest, dass es in der Kompetenz der pflegebedürftigen Person liegt zu entscheiden, ob ihr eine Person nahe steht.

## **Art. 6**

Dieser Artikel nimmt gestützt auf Art. 14 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes die Atlaslogie und die Craniosacraltherapie vom Verbot der Vornahme von Manipulationen an der Wirbelsäule ohne Bewilligung aus.

## **Art. 7**

Diese Bestimmung konkretisiert Art. 14 Abs. 1 lit. h des Gesundheitsgesetzes und beinhaltet die Abgrenzung der Tätigkeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte zur Tätigkeit der Zahntechnikerinnen und Zahntechniker, die aufgrund ihrer Ausbildung keine Verrichtungen in der Mundhöhle oder an den Zähnen vornehmen dürfen. Das Bleaching ist von dieser Bestimmung nicht erfasst.

## **Art. 8**

Dieser Artikel konkretisiert die im Rahmen des revidierten Medizinalberufegesetzes (Art. 33a MedBG; SR 811.11) neu eingeführte persönliche Bewilligungsvoraussetzung der notwendigen Kenntnisse einer Amtssprache (vgl. Botschaft Totalrevision des Gesundheitsgesetzes, Heft Nr. 4/2016-2017, S. 145). Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit orientiert sich das Gesundheitsamt bei der Prüfung der Sprachkenntnisse am europäischen Referenzrahmen für Sprachen. Angemessen erscheinen Sprachkenntnisse im Bereich Niveau B2 (selbstständige Sprachverwendung). Dieses Niveau garantiert, dass die betreffende Person sowohl die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen als Fachdiskussion im eigenen Spezialgebiet versteht.

## **Art. 9**

Die Bestimmung entspricht dem geltenden Art. 25a der Verordnung.

Absatz 1 Litera a bis d regeln die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Apothekerin oder ein Apotheker ohne ärztliche Verschreibung Impfungen ausführen darf.

Apothekerinnen und Apothekern dürfen lediglich Personen impfen, die mindestens 16 Jahre alt sind und kein besonderes Impfrisiko aufweisen (lit. c und d). Sie haben dies vor der Vornahme der Impfung abzuklären. Während die Erfüllung der Altersgrenze mittels Vorweisen eines Ausweises leicht überprüft werden kann, bedarf es für die Beurteilung des Gesundheitszustands entsprechender Fähigkeiten. Litera b setzt in diesem Sinn voraus, dass die Apothekerinnen und Apotheker für die Vornahme von Impfungen eine schweizerisch anerkannte spezifische Impfausbildung absolviert haben. Gemäss dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Art. 9 lit. f des Bundesgesetzes über die Medizinalberufe haben Absolventinnen und Absolventen des Studiums der Pharmazie künftig unter anderem Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen, zu erwerben. Für Absolventinnen und Absolventen des Studiums der Pharmazie, welche die Impfenkenntnisse im Studium erworben haben, ist selbstredend die Absolvierung der spezifischen Impfausbildung nicht erforderlich. Der Entscheid, ob eine Impfung möglich ist, kann in der Regel ohne körperliche Untersuchung gefällt werden. Kommen Apothekerinnen oder Apotheker zum Schluss, dass eine solche notwendig ist, muss die Patientin oder der Patient einer Ärztin oder einem Arzt zu gewiesen werden.

In Abs. 2 werden diejenigen Impfungen aufgelistet, die von den Apothekerinnen und Apothekern ohne ärztliche Verschreibung verabreicht werden dürfen. Es sind dies langjährig erprobte Totimpfstoffe, deren Verwendung in der Regel unproblematisch ist und in aller Regel geringfügige Nebenwirkungen auslösen. Die Verwendung von Lebendimpfstoffen wie z.B. derjenige gegen Masern ist hingegen weiterhin der ärztlichen Verabreichung vorbehalten.

Der Entscheid, ob eine Impfung gegen Hepatitis A und/oder B möglich und notwendig ist, ist vielschichtiger als bei Grippe und FSME. In Bezug auf Hepatitis A kommt hinzu, dass diese heutzutage eine Reiseimpfung darstellt, weshalb hier ergänzend eine reisemedizinische Beratung angezeigt ist, bei der neben dem Gesundheitszustand der zu impfenden Person auch die Verhältnisse im entsprechenden Reiseland zu berücksichtigen sind. Aus diesen Gründen soll bei der Hepatitisimpfung die erste Dosis durch eine Ärztin oder einen Arzt injiziert werden. Nach der Erstimpfung sind Folgeimpfungen nötig, damit sich der angestrebte Schutz über mehrere Jahre, möglichst lebenslang entfalten kann. Durch das neue Angebot von Folgeimpfungen in

Apotheken sollen entsprechende Impflücken abgebaut oder vermieden werden. Welche Impfstoffe im konkreten Fall verwendet werden, obliegt dem Entscheid der Apothekerin oder des Apothekers. Diese haben sich an den Empfehlungen von Swissmedic und des BAG zu orientieren.

Damit der Kanton Kenntnis über die Impftätigkeit der Apothekerinnen und Apotheker erhält, wird in Abs. 3 eine entsprechende Meldepflicht statuiert.

#### **Art. 10**

Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger in Betrieben des Gesundheitswesens müssen die Gewähr haben, dass pflegerische Verrichtungen nur durch entsprechend ausgebildetes Personal erfolgen (Abs. 1).

Die Berufsgruppen, welche pflegerische Verrichtungen ausführen, werden den Gruppen Fachpersonal Pflege und Assistenzpersonal Pflege zugeordnet. Bei den Aus- und Weiterbildungsabschlüssen im Gesundheitswesen sind häufig Änderungen oder Anpassungen der Kompetenzniveaus zu verzeichnen, welche bezüglich ihrer Tragweite einer vertieften Abklärung bedürfen. Die Zuordnung der Berufe zu den Gruppen Fachpersonal beziehungsweise Assistenzpersonal Pflege erfolgt daher zweckmässigerweise in einer Liste des Gesundheitsamts. Praxisnahe Anpassungen sind dadurch kurzfristiger möglich (Abs. 2).

Die in der Liste vorgenommene Zuordnung "Fach- und Assistenzpersonen" ist auch für die Berechnung des notwendigen Personalbestandes von Bedeutung (Abs. 2).

Da der Umfang des Ausbildungsgangs bei ausländischen Diplomen nicht ohne weiteres ersichtlich ist, bedürfen diese Diplome der Anerkennung durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) (Abs. 3).

#### **Art. 11**

Die Absätze 1 und 2 entsprechen Art. 13a Abs. 1 und 2 der geltenden Verordnung.

Im Gegensatz zu Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen bestehen für Spitäler keine allgemein anerkannten Bemessungsgrundlagen bezüglich der zu erfüllenden quantitativen und qualitativen Anforderungen an den Personalbestand. Absatz 1 legt entsprechend im Sinne einer allgemein gehaltenen Vorgabe fest, dass der Stellenplan der Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser so ausgerichtet sein muss, dass eine angemessene medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung der Patientinnen und

Patienten gewährleistet ist.

Bei den Ausbildungsvorgaben wird den Spitälern und Kliniken der gleiche Anteil an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen vorgegeben wie den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung und den Pflegeheimen (Abs. 2).

Absatz 3 verpflichtet Spitäler und Kliniken entsprechend der Betriebsgrösse eine angemessene Anzahl Weiterbildungsstellen für Assistenzärzte und -ärztinnen anzubieten. Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiterbildung als Unterorganisation der Verbindung Schweizer Ärzte (FMH) regelt im Auftrag des Bundes die Weiterbildung zum Facharzt beziehungsweise zur Fachärztin. In diesem Rahmen legt das Institut in der Weiterbildungsordnung der FMH die Anerkennungsvoraussetzungen für Spitäler als Weiterbildungsstätten fest und anerkennt die Weiterbildungsstellen der Spitäler. Die Anzahl der angebotenen Weiterbildungsstellen wird in den Leistungsvereinbarungen zwischen dem Gesundheitsamt und den Spitälern festgelegt.

#### **Art. 12**

Absatz 1 legt in Konkretisierung zu Art. 20 und 21 des Gesundheitsgesetzes fest, dass neben den medizinisch, pflegerisch oder geburtshilflich verantwortlichen Personen auch deren Stellvertretungen über die entsprechende kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen müssen. Die Stellvertreterinnen beziehungsweise Stellvertreter handeln fachlich eigenverantwortlich.

In Abs. 2 werden die Spitäler verpflichtet dafür zu sorgen, dass die bei ihnen tätigen Fachärzte und -ärztinnen sich gemäss der Fortbildungsordnung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (vgl. Art. 11) fortbilden.

#### **Art. 13**

Diese Bestimmung enthält in Ergänzung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) Minimalvorgaben zur Strukturqualität für alle Fachrichtungen von Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern.

Absatz 1 konkretisiert die Infrastruktur, die im Zusammenhang mit Notfällen von Bedeutung ist und dementsprechend jederzeit einsatzbereit sein muss. Unter der für die Erstbehandlung lebensbedrohlicher Zustände notwendigen Infrastruktur sind beispielsweise Beatmungsmöglichkeiten, Defibrillatoren oder gewisse Medikamente zu verstehen. Die Zufahrt für Ambulanzfahrzeuge darf auch nicht durch temporäre Hin-

dernisse wie Baustellen oder Veranstaltungen versperrt werden.

Unter Erreichbarkeit rund um die Uhr ist zu verstehen, dass ein Anruf unverzüglich beantwortet wird und die für den jeweiligen Spitalbetrieb relevanten Personen und Dienstzweige innert nützlicher Frist erreicht werden können (Abs. 2).

Im Sinne der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit wird vorgesehen, dass die Art und Weise der Stellvertretung schriftlich geregelt sein muss (Abs. 3).

Die Sicherstellung einer angemessenen Qualität bedingt die Anwesenheit einer diplomierten Pflegefachperson oder Fachperson Gesundheit auf jeder betriebenen Bettenstation rund um die Uhr (Abs. 4).

#### **Art. 14**

Dieser Artikel entspricht Artikel 22a Abs. 2 der geltenden Verordnung. Auf Empfehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) werden die Spitäler verpflichtet, einen Qualitätsbericht gemäss der Qualitätsberichtsvorlage von H+ einzureichen. Da diese Berichte schweizweit einheitlich aufgebaut sind, wird ein Vergleich der Spitäler untereinander möglich.

#### **Art. 15**

Art. 20 Abs. 1 lit. b des Gesundheitsgesetzes legt fest, dass die Spitäler dem von der Regierung bezeichneten anonymen Fehlermeldesystem angeschlossen sein müssen. Da sich der Kanton seit 2012 an der Finanzierung beteiligt und der Nutzen eines anonymen Fehlermeldesystems grösser ist, wenn alle Spitäler und Kliniken dem gleichen System angeschlossen sind, wird, wie dies bereits in der Botschaft zum Gesundheitsgesetz (B 2016-2017 S. 148) angedacht wurde, das Fehlermeldesystem CIRNET als für alle Spitäler und Kliniken verbindlich festgelegt.

#### **Art. 16**

Die in Abs. 1 aufgelisteten räumlichen Anforderungen entsprechen Art. 14 Abs. 1 lit. a der geltenden Verordnung. Auf Anregung des Hochbauamtes werden in der Bestimmung die zwei relevanten Merkblätter der Schweizerischen Fachstelle für behindertengerechtes Bauen ([www.hindernisfrei-bauen.ch](http://www.hindernisfrei-bauen.ch)) aufgeführt.

In Pflegewohnungen werden pflegebedürftige Personen in den spezifischen Bedürfnissen älterer Menschen angepassten Grosswohnungen betreut, während Pflegegruppen Kleinstheimen entsprechen. Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner

sind auch Pflegewohnungen bewilligungspflichtig. Eine Betriebsbewilligung ist auch dann erforderlich, wenn das Angebot nicht Bestandteil der regionalen Bedarfsplanung bildet und es nicht auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt wird.

Das Gesundheitsamt kann im Einzelfall Ausnahmen bewilligen (Abs. 2). Im Vordergrund stehen bestehende Institutionen, Pflegewohnungen oder Pflegegruppen, bei denen die Anforderungen gemäss Abs. 1 mit einem verhältnismässigen Aufwand nicht vollumfänglich erfüllt werden können.

#### **Art. 17**

Die Litera a bis g entsprechen Art. 15 Abs. 1 lit. a-g der geltenden Verordnung.

Litera h der Bestimmung entspricht Art. 18 der geltenden Verordnung.

#### **Art. 18**

Mit diesem Artikel soll sichergestellt werden, dass die in diesen Betrieben tätigen Personen über die zur Aufgabenerfüllung notwendigen beruflichen Qualifikationen verfügen.

Absatz 1 entspricht sinngemäss Art. 17 Abs. 1 bis 5 der geltenden Verordnung. Der Stellenplan der Pflegeheime muss auf die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt sein. Das zur Einstufung notwendige Instrument BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) ermittelt den Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner pro Pflegestufe in Pflegeminuten. Für die Betreuung wird ein Zuschlag in Minuten pro Bewohner auf Basis des der Betreuungstaxe zugrunde liegenden durchschnittlichen zeitlichen Aufwands vorgenommen. Für die Qualitätssicherung, die Betreuung der Lernenden, für die so genannte nicht produktive Arbeitszeit sowie für die Kompensation des Nachtdienstes sind ebenfalls Zuschläge einzurechnen. Die Erläuterungen zum Richtstellenplan geben detaillierte Auskunft über die Berechnungsgrundlagen dieser Zuschläge. Das Erfüllen des Richtstellenplans durch die Institutionen wird durch das Gesundheitsamt vierteljährlich überprüft.

Absatz 2 lit. a entspricht der heutigen Regelung in Art. 16 Abs. 1 lit. a der Verordnung. Die Anforderungen an eine vom Gesundheitsamt anerkannte Ausbildung als Heimleiter beziehungsweise Heimleiterin entsprechen dem Ausbildungslehrgang "Institutionsleitung in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen", welcher das

Branchenwissen in Gerontologie im Umfang von 50 Lektionen beinhaltet.

Litera b entspricht Art. 16 Abs. 1 lit. b der geltenden Verordnung. Weiterbildungen im Führungsbereich auf der Stufe der Teamleitung (300 Lernstunden) werden beispielsweise vom Verband Heime und Institutionen der Schweiz (Curaviva) und vom Weiterbildungszentrum für Pflegeberufe (Careum) angeboten.

Die fachliche Begleitung in einer Langzeitinstitution setzt ebenfalls eine gerontologische Weiterbildung voraus. Für die Anerkennung der entsprechenden Weiterbildung durch das Gesundheitsamt sind folgende Inhalte (mindestens 160 Lernstunden) notwendig:

- Altersbilder und ihre Auswirkungen
- Lebensphase Alter: Kritische Lebensereignisse und Copingstrategien
- Biographiearbeit: Möglichkeiten, Grenzen biographieorientierter Pflege
- Alltagsgestaltung mit alten Menschen in der Langzeitpflege
- Pflege und Begleitung von dementen Menschen
- Pflege und Begleitung von depressiven Menschen
- Der sterbende Mensch: Palliativ Care, Schmerzmanagement, Angehörige, ethische und rechtliche Aspekte zur Sterbehilfe
- Kommunikation und Konfliktlösung

Litera c entspricht der geltenden Regelung in Art. 16 Abs. 1 lit. e der Verordnung. Der Personalbestand in der Pflege und Betreuung muss auf die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt sein. Um die qualitativen Anforderungen an eine angemessene Pflege und eine ausreichende fachliche Begleitung des Assistenzpersonals sicherzustellen, wird der Anteil des Fachpersonals Pflege auf 40 Prozent des minimal erforderlichen Personals des Fachbereichs Pflege und Betreuung festgelegt. Die Leiterin des Fachbereichs Pflege wird mit demjenigen Anteil eingerechnet, den sie für die direkte Pflege aufwendet. Im Minimum hat der Bestand des Fachpersonals Pflege, um rund um die Uhr die Pflege und Betreuung durch Fachpersonal zu gewährleisten, unter Berücksichtigung der 365 Tage im Jahr, der Nacht- und Sonntagszeitzuschläge, der Ferienabwesenheiten, etc. 5.1 Stellen zu betragen.

Litera d wird gegenüber der geltenden Regelung in Art. 16 Abs. 1 lit. f und g der Verordnung angepasst. Der Prozentsatz des minimal erforderlichen Personals des Fachbereichs Pflege und Betreuung wird von 20 Prozent auf 15 Prozent reduziert. Im

November 2016 wurde neu die Berufsprüfung Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und Betreuung eingeführt. Mit der entsprechenden Ausbildung erlangen die Absolventen vertiefte Handlungskompetenzen. In der Bildungssystematik entspricht dies einem Abschluss auf der Tertiärstufe eidgenössischer Fachausweis (FA) Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und Betreuung. Mit dieser neuen Berufsgruppe werden in der Praxis zusätzliche Kompetenzen zur Verfügung stehen. Die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess kann nur von einer Pflegefachperson FH oder HF wahrgenommen werden, weil nur über diese Ausbildung das dazu notwendige Fachwissen erworben werden kann. Die Bezeichnung Pflegefachpersonal HF oder Pflegefachpersonal FH entspricht der heutigen Berufsbezeichnung diplomierte Pflegefachperson. Die altrechtlichen Diplomausbildungen in Pflege und Betreuung gelten als gleichwertig. Pflegewohnungen und Kleinheime müssen die Abdeckung von mindestens einem Dienst pro Tag durch eine Pflegefachperson FH oder HF erfüllen. Im Minimum sind dafür 1.7 Stellen notwendig.

#### **Art. 19**

Absatz 1 der Bestimmung entspricht Art. 17 Abs. 6 lit. a und b der geltenden Verordnung.

Absatz 2 entspricht Art. 17 Abs. 7 der geltenden Verordnung.

#### **Art. 20**

Die Bestimmung entspricht Art. 19 der geltenden Verordnung.

#### **Art. 21**

Absatz 1 der Bestimmung entspricht Art. 20 Abs. 1 lit. b und c der geltenden Verordnung.

Die Leiterin des Fachbereichs Pflege und Betreuung hat eine Weiterbildung in Pflege im Umfang eines Nachdiplomkurses oder eine gleichwertige modulare Weiterbildung nachzuweisen (lit. a). Nachdiplomkurse bieten unter anderem die Bildungsinstitute WEG (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau), BGS (Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Graubünden, Chur) und der SBK (Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) an.

Die Einsatzleiterin muss neben dem Abschluss als Pflegefachperson HF/FH eine Weiterbildung im Führungsbereich auf der Stufe Teamleitung sowie eine Schulung

zur Abklärung des Bedarfs an Pflege und Betreuung nachweisen (lit. b).

In Ausnahmesituationen, besonders in Randregionen, wo die Personalgewinnung zunehmend problematischer wird, muss das Gesundheitsamt die Möglichkeit haben, hinsichtlich der Anforderungen an die Weiterbildung der Leiterin des Fachbereichs Pflege und Betreuung sowie der Einsatzleiterin individuelle Lösungen bewilligen können (Abs. 2). Die Ausnahmen sind zu befristen.

#### **Art. 22**

Die Bestimmung entspricht Art. 21 Abs. 1 lit. d und e der geltenden Verordnung.

Analog zu den Pflegeheimen wird in der Verordnung auch die von den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit Leistungsauftrag anzubietende Anzahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen festgeschrieben.

#### **Art. 23**

Mit dieser Bestimmung werden in Konkretisierung von Art. 24 des Gesundheitsgesetzes die Gewerbsmässigkeit des Kranken- und Verunfalltentransports (Abs. 1 und 2) sowie die freie Arzt- und Spitalwahl im Zusammenhang mit dem Kranken- und Verunfalltentransport definiert (Abs. 3).

Der Bewilligungspflicht unterstellt ist nur der gewerbsmässige Transport von Kranken und Verunfallten (Primär- und/oder Sekundärtransporte), die während des Transports eine medizinische Betreuung benötigen oder liegend transportiert werden müssen (Abs. 1). Als gewerbsmässig gelten Kranken- und Verunfalltentransporte, wenn sie berufsmässig oder gegen Entgelt erfolgen (Abs. 2). Gewerbsmässige Transporte von liegenden verunfallten oder kranken Personen ohne vitale Bedrohung führen neben den Rettungsdiensten beispielsweise auch Bergbahnen und Taxiunternehmen durch.

Gemäss Abs. 3 ist die freie Arzt- und Spitalwahl auch dann erfüllt, wenn die kranke oder verunfallte Person einer Organisation übergeben wird, die sie zum gewünschten Arzt oder Spital führt. Es besteht keine Verpflichtung, dass die kranke oder verunfallte Person aufgrund der freien Arzt- und Spitalwahl direkt dem gewünschten Arzt oder Spital zugeführt werden muss.

#### **Art. 24**

Absatz 1 entspricht Art. 11 Abs. 1 lit. a der geltenden Ausführungsbestimmungen zur Organisation des Rettungswesens (BR 506.160). Ist ein Betrieb, der strassengebun-

dene Rettungen durchführt, vom Interverband für Rettungswesen (IVR) zertifiziert, wird die Bewilligung ohne weitere Auflagen erteilt.

Die Litera a bis c konkretisieren die Bewilligungsvoraussetzungen für Betriebe ohne Anerkennung des IVR. Für kleine Rettungsdienste und Ambulanzstützpunkte ist die Erfüllung aller Richtlinien des IVR aus finanziellen und personellen Gründen nicht zu vertreten. Um die individuell unterschiedlichen Voraussetzungen und Gegebenheiten der kleinen Rettungsdienste und Ambulanzstützpunkte angemessen berücksichtigen zu können, werden die von ihnen zu erfüllenden Strukturqualitätsvoraussetzungen allgemein formuliert. Bei den Transportdiensten der Bergbahnen beispielsweise ist für den Transport von liegenden Patienten ohne vitale Gefährdung für kurze Distanzen (insbesondere zur nahegelegenen Arztpraxis) ein Fahrzeug mit einer reduzierten Ausrüstung sowie einer Festhalteeinrichtung für den Rettungsschlitten beziehungsweise die Bahre ausreichend. Solche Transporte sind durch den Pistenpatrouilleur oder eine vergleichbar ausgebildete Person zu begleiten.

#### **Art. 25**

Die Absätze 1 und 2 entsprechen Art. 10 Abs. 3 und 4 der geltenden Ausführungsbestimmungen zur Organisation des Rettungswesens.

#### **Art. 26**

Die vorliegende Bestimmung stellt klar, dass die gemäss Art. 27 des Gesundheitsgesetzes zu wahren Patienteninteressen sich auf den gesundheitlichen Aspekt beschränken.

#### **Art. 27**

Diese Bestimmung definiert, welche Todesfälle nicht natürlich oder unklar im Sinne von Art. 36 Abs. 1 lit. b des Gesundheitsgesetzes sind und daher unverzüglich der Polizei zu melden sind. Die Definition ist weit gefasst. Im Sinne der Rechtssicherheit ist es angezeigt, sämtliche nicht natürlichen oder unklaren Todesfälle durch die Strafbehörden untersuchen zu lassen.

#### **Art. 28**

Diese Bestimmung konkretisiert Art. 37 Abs. 1 lit. b des Gesundheitsgesetzes. Das Bundesrecht (Art. 40 lit. b des Medizinalberufegesetzes [MedBG; SR 811.11], Art. 27 lit. b des Psychologieberufegesetzes [PsyG; SR 935.81], Art. 16 des Gesundheitsbe-

rufegesetzes [GesBG; SR 811.21]) enthält keine Regelung bezüglich Inhalt und Umfang der Fortbildungspflicht. Auch das bundesrechtliche Verordnungsrecht enthält keine Präzisierung der Fortbildungspflicht. Diese Lücke wird mit der vorliegenden Bestimmung behoben.

Die Fortbildung bezweckt den Erhalt und die Erweiterung der durch die Ausbildung beziehungsweise die berufliche Tätigkeit erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten. Es kann davon ausgegangen werden, dass praktisch alle Standesorganisationen und Berufsverbände des Gesundheitswesens über eigene Fortbildungsrichtlinien verfügen. Vor der Festlegung der Dauer und des Umfangs der Fortbildung sind die Berufsverbände und Standesorganisationen zweckmässigerweise anzuhören. Anhand des Fachwissens der Berufsverbände und der Standesorganisationen erhält die Regierung Hinweise bezüglich der Festlegung der Dauer und des Umfangs der in den jeweiligen Berufen zu absolvierenden Fortbildung (Abs. 1). Aufgrund des Fachwissens der Standesorganisationen und Berufsverbände ist es angezeigt in der Verordnung vorzusehen, dass die Standesorganisationen und Berufsverbände mit der Kontrolle der Einhaltung der Fortbildungspflicht beauftragt werden können (Abs. 2).

#### **Art. 29**

Die Festlegung der Höhe der minimalen Deckungssumme für Medizinalpersonen und Gesundheitsfachpersonen entspricht gängiger Praxis der Kantone.

#### **Art. 30**

Diese Bestimmung orientiert sich an der Notfalldienstvereinbarung des Bündner Ärztevereins aus dem Jahr 2006. Diese legt unter dem Kapitel "Aufgaben des Dienstarztes" die Einsatzbereitschaft des diensthabenden Arztes beziehungsweise der diensthabenden Ärztin fest. Danach ist die Einsatzbereitschaft rund um die Uhr nach regionalem Dienstplan tagsüber innerhalb von fünf Minuten und nachts innerhalb von zehn Minuten zu gewährleisten.

#### **Art. 31**

Die öffentlichen Spitäler werden in Art. 6 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes definiert (KPG; BR 506.000).

### **Art. 32**

In Konkretisierung von Art. 40 des Gesundheitsgesetzes wird in dieser Bestimmung festgelegt, dass sich der Inhalt der Schutzpflichten im Einzelfall nach den Gefährdungsmöglichkeiten, die gleichzeitig auch den Rahmen der notwendigen ökonomischen, organisatorischen, technischen und sonstigen Sicherheitsvorkehrungen abstecken, bestimmt. Mit anderen Worten sind Massnahmen zu treffen, die individuell auf den Patienten beziehungsweise die Patientin zugeschnitten sind und seinem beziehungsweise ihrem Gefährdungspotential entsprechen.

### **Art. 33**

Die Bestimmung definiert den Anspruch der Patienten auf angemessene Seelsorge gemäss Art. 49 Abs. 1 des Gesetzes (Abs. 1). Die Leistungserbringung und deren Finanzierung ist mittels Leistungsvereinbarungen zwischen den Betrieben und den Landeskirchen respektive den örtlichen Kirchgemeinden zu regeln (Abs. 2).

Die Aufwendungen der Spitäler für die Spitalseelsorge der Landeskirchen gelten gemäss Art. 18e Abs. 2 lit. e KPG als gemeinwirtschaftliche Leistungen.

### **Art. 34**

Die Definition der palliativen Behandlung orientiert sich am Verständnis von "palliative gr". "palliative gr" ist der kantonale Fachverband für Palliative Care in Graubünden und verfügt über einen kantonalen Leistungsauftrag.

### **Art. 35**

Gemäss Art. 75 des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (EpG; SR 818.101) obliegt der Vollzug des Gesetzes, soweit nicht der Bund zuständig ist, den Kantonen. Mit der vorliegenden Bestimmung wird das Gesundheitsamt als kantonale Vollzugsbehörde bezeichnet.

## **Anpassung von Verordnungen**

Im Zuge der Totalrevision der Verordnung zum Gesundheitsgesetz werden folgende Verordnungen angepasst:

### **1. Verordnung über die Gebühren im Gesundheitsbereich (BR 500.100)**

#### **Art. 6**

Gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. h des Gesundheitsgesetzes sind die Gemeinden für das Bestattungswesen zuständig. Dementsprechend liegt es auch in ihrer Zuständigkeit, die Bewilligungsgebühren beispielsweise für die Bewilligungen zur Exhumation vor Ablauf der Grabesruhe selber festzulegen. Die bestehende Bestimmung in der Verordnung über die Gebühren im Gesundheitsbereich ist damit aufzuheben.

### **2. Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Verordnung zum Einführungsgesetz zum HMG; BR 500.510)**

#### **Art. 9b**

Absatz 1 dieser Bestimmung entspricht Art. 36 der geltenden Verordnung zum Gesundheitsgesetz. Für die Versorgung mit Medikamenten ist die telefonische Erreichbarkeit des Apothekers oder der Apothekerin rund um die Uhr sowie die Sicherstellung der Medikamentenabgabe innert 30 Minuten wichtig.

In Konkretisierung von Art. 19a Abs. 2 EGzHMG (BR 500.500) wird der Begriff "nahe beieinander liegende Apotheken" gemäss der Praxis des Gesundheitsamtes definiert.

#### **Art. 9c**

Der Begriff Ortschaften wird zweckmässigerweise nach dem jeweils aktuellen Ortschaftenverzeichnis des Bundesamtes für Statistik definiert ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)).

#### **Art. 9d**

Die Bestimmung entspricht Art. 35 der geltenden Verordnung zum Gesundheitsgesetz.

### **3. Verordnung über die Amtsärzte und Amtsärztinnen (BR 502.100)**

#### **Art. 7 Abs. 4**

Diese Bestimmung wird von Art. 8 der geltenden Verordnung über das Bestattungswesen übernommen (BR 508.100).

### **4. Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz; BR 506.060)**

#### **Art. 8a Abs. 1, Art. 11d Abs. 1, Art. 25a Abs. 1, Art. 26 Abs. 1**

Die Absätze dieser Artikel werden in Bezug auf den Verweis auf die Bestimmungen dieser Verordnung angepasst.

#### **Art. 11 Abs. 1, Art. 22 Abs. 1**

Die Bestimmungen entsprechen geltendem Recht und enthalten keine materielle Änderung. Sie werden dahingehend vereinfacht als dass auf die Aufzählung von Literas verzichtet und stattdessen der Begriff "kostenwirksame Auflagen" verwendet wird.

#### **Art. 31c<sup>bis und ter</sup>**

Diese Bestimmungen regeln in Ausführung von Art. 34a Abs. 4 des Krankenpflegegesetzes (BR 506.000) die Einzelheiten der Datenbearbeitung durch die zentrale Koordinationsstelle, insbesondere Art, Umfang, Zugriffsberechtigung, Aufbewahrungsdauer, Weitergabe und Löschung der Daten.

Die Dauer der Zugriffsberechtigung ist für das Gesundheitsamt, die Leitung der Koordinationsstelle und für den Disponent beziehungsweise die Disponentin der Koordinationsstelle unterschiedlich beschränkt (Art. 31c<sup>bis</sup> Abs. 3). Das Gesundheitsamt benötigt die Personendaten insbesondere zur Wahrnehmung der Aufsicht, beispielsweise zur Abklärung des Sachverhalts bei einer Anzeige wegen eines verweigerten oder nicht vorgenommenen Rettungseinsatzes oder im Falle einer Anzeige in Bezug auf einen mangelhaften angeordneten Rettungseinsatz. Die Leitung als auch der Disponent der Koordinationsstelle benötigen die Zugriffsberechtigung, um für allfällige Rückfragen in einem Fall das Gespräch nochmals abhören zu können.

Die Aufbewahrungsdauer gemäss Art. 31c<sup>ter</sup> Abs. 3 richtet sich nach den bundesrechtlichen Verjährungsfristen.

## **5. Ausführungsbestimmungen zur Organisation des Rettungswesens (BR 506.160)**

### **Art. 9 Abs. 1, 10, 11 und 12**

Diese Bestimmungen sind in die vorliegende Verordnung zum Gesundheitsgesetz überführt und damit aufzuheben.

### **Aufhebung von Verordnungen**

Die geltende Verordnung zum Gesundheitsgesetz ist mit Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung aufzuheben.

Im Bereich des Bestattungswesens werden die Aufgaben mit dem neuen Gesundheitsgesetz den Gemeinden übertragen. Dementsprechend ist die geltende Verordnung über das Bestattungswesen aufzuheben.