



Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

Heft Nr. 5/2012–2013

	Inhalt	Seite
5.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Ausführungsgesetzgebung zur Spitalplanung).....	177

Inhaltsverzeichnis

5.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Ausführungsgesetzgebung zur Spitalplanung)	
I.	Ausgangslage	177
	1. Änderung der Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung	177
	1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung	177
	1.2 Verordnung über die Krankenversicherung	178
	2. Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität	180
	2.1. Empfehlungen des Vorstandes der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Wirtschaftlichkeitsprüfung	180
	2.2. Eingaben der Konferenzen der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen der Ostschweizer Kantone und der Kantone der Zentralschweiz an den Bund zur Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität	181
	3. Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)	183
	4. Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung	183
	5. Empfehlung der GDK zur Erteilung von Leistungsaufträgen	184
	6. Ostschweizer Spitalvereinbarung	184
II.	Aktuelle Bündner Spitalplanung	186
III.	Vernehmlassungsverfahren	186
	1. Vorgehen und Rücklauf	186
	2. Eckpunkte der Vernehmlassungsvorlage	186
	3. Generelle Beurteilung der Vorlage	187
	4. Umgang mit den Einwänden und Anliegen	187
	4.1. Berücksichtigte Anliegen	188
	4.1.1. Umfang der Spitalplanung	188
	4.1.2. Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen	189
	4.1.3. Umfang der Leistungsaufträge	194
	4.1.4. Weitere Anliegen	194
	4.2. Nicht berücksichtigte Anliegen	196

4.2.1. Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen	196
4.2.2. Weitere Anliegen	198
IV. Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung im Kanton	201
1. Grosser Rat	201
2. Regierung	201
V. Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes.	202
VI. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der Teilrevision	203
VII. Umsetzung des Auftrags Hardegger betreffend Revision des Krankenpflegegesetzes (KPG) i.S. leistungsorientierte Spitalfinanzierung	210
VIII. Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes	211
IX. Personelle und finanzielle Auswirkungen	211
1. Leistungserbringer	211
2. Kanton	211
3. Gemeinden	211
X. Gute Gesetzgebung	212
XI. Anträge	212
XII. Anhänge	213
1. Internetadressen von Unterlagen, auf die in der Botschaft Bezug genommen wird	213
2. Abkürzungsverzeichnis	213

Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

5.

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

Chur, den 29. Mai 2012

Sehr geehrter Herr Landespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

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

I. Ausgangslage

1. Änderung der Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung

1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Am 21. Dezember 2007 hat das eidgenössische Parlament eine Revision der die Spitalplanung und die Spitalfinanzierung betreffenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 beschlossen. Die revidierten Bestimmungen sind seit dem 1. Januar 2009 in Kraft.

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 müssen die kantonalen Spitalplanungen bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben des Bundesrechts angepasst werden.

Das revidierte KVG enthält schwergewichtig folgende Vorgaben zu der durch die Kantone durchzuführenden Spitalplanung:

- Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung umfasst Anstalten und deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler). Die kantonale Planungspflicht erstreckt sich zudem auf die Geburtshäuser. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung miteinzubeziehen (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG; Art. 39 Abs. 3 KVG).
- Die Spitalplanung hat die vom Bundesrat auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassenen einheitlichen Planungskriterien zu beachten (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG).
- Die Spitalplanung muss auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007).
- Die Kantone müssen ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).
- Die Einrichtungen, die notwendig sind, um das zur bedarfsgerechten Versorgung notwendige Angebot sicherzustellen, sind auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kanton aufzuführen (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG).

Bei der Spitalplanung haben die Kantone zu beachten, dass die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten neu sämtliche Listenspitäler aller Kantone umfasst (Art. 41 Abs. 1bis KVG).

1.2 Verordnung über die Krankenversicherung

Am 22. Oktober 2008 hat der Bundesrat die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; 832.102) geändert. Die revidierte KVV enthält folgende gestützt auf Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG erlassene Planungskriterien:

Art. 58a Grundsatz

¹ Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.

² Die Kantone überprüfen ihre Planung periodisch.

Art. 58b Versorgungsplanung

¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58e zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

⁴ Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e.

⁵ Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a. die Effizienz der Leistungserbringung;
- b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Art. 58c Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;
- b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;
- c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art. 58d Interkantonale Koordination der Planungen

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere:

- a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen;
- b. die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

Art. 58e Listen und Leistungsaufträge

¹Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

²Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.

³Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Beurteilung und Auswahl des zu sichernden Angebots folgenden Aspekten wesentliche Bedeutung zukommt:

- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtungen zur Erfüllung des Leistungsauftrages des Kantons;
- Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

2. Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität

2.1. Empfehlungen des Vorstandes der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der Vorstand der GDK hat am 24. November 2011 Empfehlungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von stationären Spitalleistungen verabschiedet. Die Empfehlungen wurden durch die von der GDK im Herbst 2009 eingesetzte Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung erarbeitet.

Die Empfehlungen basieren auf dem integrierten Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR-K). Das von «H+ Die Spitäler der Schweiz» auf Basis der Kostenträgerrechnung nach dem Handbuch «REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital» entwickelte Modell ITAR-K hat gegenüber anderen Modellen den Vorteil, dass es umfassend und detailliert dokumentiert ist, von Leistungserbringern und Versicherern bereits breit akzeptiert ist und eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit erlaubt. Gemäss den Empfehlungen kann die Beurteilung der baseraterlevanten Betriebskosten auch mit Hilfe eines anderen Modells (z. B. Modell GDK-Ost erfolgen). Die kritisch zu prüfenden Kostenpositionen sind in allen Modellen identisch.

Die Bundesversammlung ihrerseits hat am 23. Dezember 2011 mittels einer Änderung des KVG die Leistungserbringer und Versicherer in Art. 56 Abs. 6 verpflichtet, vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festzulegen.

Auch wenn die Empfehlungen des GDK-Vorstandes zur Wirtschaftlichkeitsbeurteilung und die Änderung des KVG vom 23. Dezember 2011 im Zusammenhang mit der Abgeltung der Leistungen der zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer stehen, sind die entwickelten oder noch zu entwickelnden Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung auch bei der Spitalplanung zu beachten, müssen doch die Spitalplanungen gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein.

2.2. Eingaben der Konferenzen der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen der Ostschweizer Kantone und der Kantone der Zentralschweiz an den Bund zur Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2010 ersuchten die GDK der Ostschweizer Kantone und die GDK der Kantone der Zentralschweiz den Bundesrat, das Bundesamt für Gesundheit anzuweisen, die Begriffe «Wirtschaftlichkeit» und «Qualität» im Sinne der Schaffung von Rechtssicherheit und Transparenz bis spätestens 31. März 2011 verbindlich zu Händen der Kantone, der Leistungserbringer und der Krankenversicherer zu definieren. Eine Klärung dieser Begriffe sei für die Kantone angesichts der sich im Gang befindenden Arbeiten zur Spitalplanung und zum Erlass der Spitalliste wie auch im Hinblick auf die demnächst erstmals nach neuem Recht vorzunehmenden Tarifgenehmigungen beziehungsweise Tariffestlegungen dringlich.

In seiner Antwort vom 26. Januar 2011 führte der Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern aus, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität im Rahmen der Spitalplanung von Gesetzes wegen den Kantonen obliege, im Zusammenhang mit den Tarifen seien in erster Linie die Tarifpartner für diese Beurteilung zuständig. Es sei sachlich nicht angebracht, wenn das Bundesamt für Gesundheit Begriffe definieren und Benchmarks festsetzen würde. Eine Stellungnahme des Bundesamts für Gesundheit werde bis anhin in den einzelnen Beschwerdefällen zuhanden des Bundesverwaltungsgerichts abgegeben.

Da die Antwort nicht die gewünschten Informationen enthielt, ersuchten die GDK der Ostschweizer Kantone und die GDK der Kantone der Zentralschweiz mit Schreiben vom 7. März 2011 den Vorsteher des Departementes

des Innern nochmals, das Bundesamt für Gesundheit anzuweisen, umgehend die in Frage stehenden Begriffe im Sinne der Schaffung von Rechtssicherheit und Transparenz verbindlich zuhanden der Kantone, der Leistungserbringer und der Krankenversicherer zu definieren und die schweizweiten Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG vorzunehmen.

Da in der Zwischenzeit weder eine Antwort auf das Schreiben noch eine Klärung beziehungsweise Definition der beiden Begriffe «Wirtschaftlichkeit» und «Qualität» erfolgt war, sahen sich die GDK der Ostschweizer Kantone und die GDK der Zentralschweiz veranlasst, das Bundesamt für Gesundheit mit Schreiben vom 30. August 2011 auf die durch die fehlende Klärung der beiden Begriffe auf sie zukommende Herausforderung, fundierte Stellungnahmen zu Beschwerden gegen Spitallistenentscheide der Kantonsregierungen abzugeben, hinzuweisen.

Das Bundesamt für Gesundheit hielt in seiner Antwort vom 19. September 2011 fest, dass das Thema Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Spitalplanung an der Sitzung des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik vom 14. April 2011 thematisiert worden sei. Die Sitzungsteilnehmer seien sich einig gewesen, dass der Bund für die Vergleiche nach Art. 49 Abs. 8 KVG den Lead übernehmen solle und dass die Arbeiten in Zusammenarbeit mit den Kantonen und unter Einbezug der Spitäler ausgelöst werden sollten. Die Kantone müssten bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität die vorhandenen Daten heranziehen. Dabei unterliege die Prüfungsmethode einem dynamischen Prozess. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen werde die Möglichkeiten von Kosten- und Qualitätsvergleichen erweitern. In der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik würden ab dem Jahr 2010 neben den Zahlen der Finanzbuchhaltung auch Angaben aus der Kostenträgerrechnung erhoben. Im Sinne der Aufwertung der verfügbaren Daten publiziere das Bundesamt für Gesundheit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Spitäler.

Die in der Antwort des Bundesamtes für Gesundheit angekündigte Publikation der Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2008/2009 ist seit dem 26. Januar 2012 auf der Homepage des Bundesamtes für Gesundheit aufgeschaltet. Die Qualitätsindikatoren beinhalten Angaben zu den Behandlungen in allen Schweizer Spitälern ab 2008. Ausgewiesen werden Fallzahlen, Anteilswerte (z.B. Kaiserschnitttrate) sowie die Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen.

Die vom Bund herausgegebenen Publikationen über Kennzahlen und Qualitätsindikatoren der Spitäler sind zumindest derzeit nach allgemeiner Beurteilung nicht geeignet, um aussagekräftige und einer gerichtlichen Beurteilung standhaltende Hinweise zur Wirtschaftlichkeit und Qualität eines Spitals zu geben. Entsprechend sind diese Grundlagen für die Überarbeitung der Spitalplanungen nicht behilflich.

3. Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

Gemäss Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG haben die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren hat zu diesem Zweck am 14. März 2008 eine interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) beschlossen (BR 506.810). Der Kanton Graubünden ist dieser Vereinbarung mit Beschluss des Grossen Rates vom 21. Oktober 2008 beigetreten (BR 506.800). Die Vereinbarung wurde vom Vorstand der GDK am 22. Januar 2009 auf den 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Das von den Mitgliedern der Vereinbarungskantone gewählte Beschlussorgan bestimmt gemäss der Vereinbarung die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Koordination bedürfen, und trifft für diese Bereiche die Zuteilungsentscheide an bestimmte Spitäler. Die Zuteilungsentscheide des Beschlussorgans werden im Bundesblatt publiziert und auf der GDK-Homepage aufgeschaltet. Gegen Zuteilungsentscheide des Beschlussorgans kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

Mit der Vereinbarung haben die Vereinbarungskantone ihre Zuständigkeit gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan übertragen. Ab dem Zeitpunkt der Bestimmung eines Bereichs der hochspezialisierten Medizin und der rechtskräftigen Zuteilung der betreffenden Leistung durch das HSM-Beschlussorgan an bestimmte Zentren gelten folgedessen abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone im entsprechenden Umfang als aufgehoben beziehungsweise ist es den Kantonen verwehrt, im entsprechenden Umfang eigene Leistungsaufträge zu erteilen.

4. Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung

Der Vorstand der GDK hat am 14. Mai 2009 aktualisierte Empfehlungen zur Spitalplanung zuhanden der Kantone verabschiedet. Sie ersetzen für den akut-somatischen Bereich die Planungsempfehlungen vom 3. Mai 2002.

Die Empfehlungen der GDK sind für die Kantone nicht bindend. Sie sollen jedoch eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 3 KVG.

5. Empfehlung der GDK zur Erteilung von Leistungsaufträgen

Der Vorstand der GDK hat mit Beschluss vom 27. Januar 2011 den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung des von den Kantonen Zürich und Bern entwickelten Leistungsgruppenkonzepts und der vom Kanton Zürich medizinisch hergeleiteten leistungsspezifischen Anforderungen im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung und bei der Formulierung der Leistungsaufträge für die Spitäler empfohlen. In versorgungsspezifischen und begründeten Ausnahmefällen kann gemäss Beschluss des Vorstandes der GDK von diesen Anforderungen abgewichen werden.

6. Ostschweizer Spitalvereinbarung

Die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone haben am 17. August 2011 als Nachfolgeregelung der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung vom 20. November 1995 die Ostschweizer Spitalvereinbarung beschlossen. Die Vereinbarung bezweckt einerseits, den Standortkantonen von Zentrums- und Universitätsspitalern weiterhin einen Kostenbeitrag an ihre im überregionalen Interesse stehenden Aufwendungen für die universitäre Lehre (Zentrums- und Universitätsspitäler) und Forschung (nur Universitätsspitäler) zu leisten, und andererseits, die Spitalplanung der Vereinbarungskantone zu koordinieren und die Aufnahme ausserkantonaler Spitäler der Vereinbarungskantone auf die Spitalliste zu regeln. Die Vereinbarung ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Die Vereinbarung regelt in Art. 2 und 3 die Modalitäten der Koordination der Spitalplanungen und die Aufnahme ausserkantonaler Leistungserbringer auf die Spitalliste wie folgt:

Art. 2 Koordination der Spitalplanung

- ¹ Die Vereinbarungskantone erarbeiten ihre Spitalplanungen auf der Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen.
- ² Sie beziehen die ausserkantonalen Hospitalisationen von KV-, UV-, IV- und MV-Patientinnen und Patienten in ihre Planung mit ein.

Art. 3 Koordination der Spitallisten

- ¹ Die Vereinbarungskantone erteilen bis spätestens 31. Dezember 2014 für jede Leistungsgruppe wenigstens einen Leistungsauftrag an ein inner- oder ausserkantoniales Spital.
- ² Sofern sich ein ausserkantoniales Spital im Bereich der Akutsomatik für einen Leistungsauftrag bewirbt, erteilt der Wohnkanton den Leistungsauftrag an dieses Spital, wenn dieses in der Leistungsgruppe:

- a. einen Anteil von mindestens 10 Prozent an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und
- b. mindestens 10 Prozent der Behandlungen der Patientinnen und Patienten des Wohnkantons erbringt.

In begründeten Fällen kann bei der Gestaltung der Spitalliste von diesen Schwellenwerten abgewichen werden.

Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.

- ³ Das Recht der Vereinbarungskantone auf Konzentration der Anzahl Leistungsaufträge pro Leistungsgruppe zur Optimierung der Gesamtversorgung, insbesondere für mengenmässig kleine und kostenintensive Leistungsbereiche, nach den Kriterien von Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie das Recht zur Neuevaluation der Leistungserbringer, welche auf der Spitalliste einen Leistungsauftrag erhalten sollen, bleiben vorbehalten.
- ⁴ Innerhalb der nach Art. 3 Abs. 2 zu erteilenden Leistungsaufträge können mengenmässig bedeutsame, klar definierte CHOP-, ICD- oder DRG-Einzelleistungen innerhalb einer Leistungsgruppe vom Wohnkanton in Absprache mit dem ausserkantonalen Spital vom Leistungsauftrag ausgenommen werden.
- ⁵ Bei Leistungsgruppen, für die kein Leistungsauftrag nach Art. 3 Abs. 2 erteilt wird, kann der Wohnkanton einem ausserkantonalen Spital einen Leistungsauftrag für spezifische, vertraglich vereinbarte Fälle erteilen, wenn diese Fälle wegen deren Komplexität innerkantonale nicht behandelt werden können.
- ⁶ Der Wohnkanton bezahlt die Behandlung nach Art. 3 Abs. 5, wenn er eine Kostengutsprache gemäss Art. 5 erteilt hat.

II. Aktuelle Bündner Spitalplanung

Die aktuelle Spitalplanung des Kantons Graubünden datiert aus dem Jahr 2002 und wurde von der Regierung mit Beschluss vom 17. Juni 2002 verabschiedet. Ebenfalls am 17. Juni 2002 erliess die Regierung gestützt auf die Spitalplanung die Spitalliste des Kantons Graubünden. Die Spitalliste wurde seither verschiedentlich an die veränderten Verhältnisse in der Spitallandschaft des Kantons Graubünden und der Schweiz angepasst.

Die Spitalplanung 2002 und die Spitalliste sind auf der Internetseite des Gesundheitsamtes publiziert. In der Spitalliste werden die Leistungsaufträge für die Spitäler und Kliniken mit Standort im Kanton unterteilt in Leistungsaufträge für die Zentrumsversorgung, die erweiterte Grundversorgung und die normale Grundversorgung. Die Leistungsaufträge werden sowohl für innerkantonale wie auch für ausserkantonale Spitäler und Kliniken nach medizinischen Spezialitäten und Subspezialitäten erteilt. Den einzelnen Spitälern und Kliniken werden Bettenzahlen für Bündner KVG-Patienten zugewiesen.

III. Vernehmlassungsverfahren

1. Vorgehen und Rücklauf

Das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) arbeitete auf Grund der vom eidgenössischen Parlament am 21. Dezember 2007 beschlossenen Änderung des KVG einen Vernehmlassungsentwurf für die zur Anpassung der kantonalen Spitalplanung notwendige Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz; KPG, BR 506.000) aus. Am 12. Oktober 2010 eröffnete das DJSG nach Freigabe durch die Regierung das Vernehmlassungsverfahren. Die Vernehmlassung dauerte bis am 15. Januar 2012.

Insgesamt sind 39 Stellungnahmen eingegangen. 4 politische Parteien, 19 Gemeinden respektive Gemeindeverbände, 12 Spitäler, 3 Fachverbände, eine Gewerkschaft und ein Departement haben sich zur Vorlage geäussert.

2. Eckpunkte der Vernehmlassungsvorlage

Die vom Departement vorgesehene Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung sah folgende Eckpunkte vor:

- Gesetzliche Festschreibung der generellen Anforderungen, welche Leistungserbringer zu erfüllen haben, die sich für die Aufnahme auf die Spitalliste beziehungsweise die Erteilung eines Leistungsauftrages bewerben.
- Erteilung von Leistungsaufträgen gemäss den vom Kanton Zürich entwickelten Leistungsgruppen.
- Bewertung der sich für einen Leistungsauftrag bewerbenden Spitäler nach Massgabe des darauf basierenden leistungsspezifischen Anforderungskatalogs und den auf Gesetzesstufe vorgegebenen Anforderungen.
- Schaffung einer gesetzlichen Grundlage:
 - um Spitäler verpflichtet zu können, bestimmte Leistungen zu erbringen, wenn dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist;
 - um Sanktionen gegenüber Listenspitälern anordnen zu können, welche
 - ⇒ die für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebenden Anforderungen nachträglich nicht oder nur teilweise erfüllen;
 - ⇒ den Leistungsauftrag oder die damit verbundenen Auflagen und Bedingungen nicht einhalten;
 - ⇒ die ihnen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vorgegebenen Leistungen nicht erbringen.

3. Generelle Beurteilung der Vorlage

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden unterstützt im Grundsatz die vorgeschlagene Stossrichtung zur Umsetzung der Neuordnung der Spitalplanung des Bundes im Kanton Graubünden und erachtet die vorgeschlagene Teilrevision für gelungen. Es wird insbesondere anerkannt, dass der Kanton Planungs- und Sanktionselemente einführt. Ebenso wird die Zuständigkeit der Regierung zum Erlassen der Spitalliste nicht in Frage gestellt.

4. Umgang mit den Einwänden und Anliegen

Nachfolgend wird auf die von den Vernehmlassungsteilnehmenden eingebrachten wesentlichen Einwände und Anliegen eingegangen, soweit dies nicht im Rahmen der Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen erfolgt.

4.1. Berücksichtigte Anliegen

4.1.1. Umfang der Spitalplanung

Die Spitalplanung des Kantons hat nicht nur für die Einwohner des Kantons, sondern auch für die Gäste zu erfolgen.

Die Planungspflicht der Kantone für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nach Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstreckt sich einzig auf den Geltungsbereich des KVG. Von der Planungspflicht ausgenommen sind damit jene stationär durchgeführten Behandlungen und Massnahmen, für welche die soziale Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung und freiwillige Taggeldversicherung) keine Leistungen gewährt, wie in den Bereichen der UV, IV und MV sowie bei selbstzahlenden Patientinnen und Patienten.

Gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV umfasst die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. d des Gesetzes die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons.

Gemäss Rechtsprechung des Bundesrates ist es den Kantonen nicht verwehrt, auch ausserhalb des KVG-Leistungsbereichs Angebot und Bedarf an stationär-medizinischen Leistungen zu ermitteln. Demgegenüber besteht ausschliesslich für den KVG-Leistungsbereich eine gesetzliche Grundlage, Angebot und Nachfrage mittels hoheitlichen Planungsmassnahmen wie Zulassung von Spitälern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Erteilung von Leistungsaufträgen und Zuweisung von Kapazitäten bedarfsgerecht zu steuern. Beabsichtigen die Kantone, Angebot und Bedarf darüber hinausgehend zu ermitteln, müssen sie den KVG-Leistungsbereich getrennt erfassen. Dies ist jedenfalls dann zu verlangen, wenn der nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfasste stationäre Bereich für sich allein betrachtet beziehungsweise im Verhältnis zum KVG-Leistungsbereich im Sinne der Verhältnismässigkeit eine gewisse Relevanz aufweist.

Gemäss dem Bundesverwaltungsgericht ist diese Rechtsprechung fortzuführen, können doch die Bereiche der UV, IV und MV einen indirekten Einfluss auf die Qualität der Behandlungen (zum Beispiel durch Erhöhung der Fallzahlen) im stationären KVG-Bereich haben. Insoweit sind diese Bereiche im Rahmen der Evaluation in die Spitalplanung einzubeziehen. Eine hoheitliche Zuweisung von Kapazitäten ausserhalb des KVG-Leistungsbereichs ist aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage indes ausgeschlossen (BVGE C-2907/2008 E 9.4.2).

In Würdigung der Vernehmlassungen und der vorstehend aufgezeigten Ausgangslage soll die Spitalplanung auch für den nicht KVG-Leistungsbe-

reich und damit für sämtliche stationären Patientinnen und Patienten in den Bündner Spitälern erstellt werden.

4.1.2. Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen

Die planerischen Eingriffe in die unternehmerische Handlungsfreiheit der Spitäler sollen möglichst klein gehalten werden.

Regelungen operativer Natur sollen nach Bedarf in die Leistungsvereinbarungen mit den einzelnen Spitälern aufgenommen werden.

Das von zahlreichen Vernehmlassenden eingebrachte Begehren, die Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen auf Gesetzesstufe auf absolut zwingende Punkte zu reduzieren, deckt sich mit der Haltung der Regierung. Der Vernehmlassungsentwurf enthielt einige Anforderungen, die auch in Beachtung der Vorgabe von Art. 31 der Kantonsverfassung, dass alle wichtigen Bestimmungen durch den Grossen Rat in der Form des Gesetzes zu erlassen sind, nicht zwingend auf Gesetzesstufe festzuschreiben sind. Die Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen werden entsprechend gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf auf die Bestimmungen reduziert, die zur Sicherstellung der Versorgung nach den Grundsätzen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit wichtig und damit auf Gesetzesstufe zu regeln sind.

Neben dem Konzept für das Entlassungsmanagement soll auch ein Konzept zum Eintrittsmanagement verlangt werden.

Die Forderung zur Implementierung eines Eintrittsmanagements wird damit begründet, dass die Zusammenarbeit im Sinne einer vertikalen Integration ebenso wie mit den nachgelagerten Leistungserbringern auch mit den vorgelagerten Leistungserbringern sichergestellt sein muss.

Aus Sicht einer effizienten Leistungserbringung wie auch aus Patientensicht ist es von zentraler Bedeutung, dass die Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Leistungserbringern einwandfrei funktionieren. Entsprechend wird auch die Implementierung eines Eintrittsmanagements als Muss-Kriterium zur Erlangung eines Leistungsauftrages festgelegt.

Auf die Vorgabe von Mindestfallzahlen soll verzichtet werden.

Von einigen Spitälern wurde vorgebracht, dass die These, welche der Forderung zur Festschreibung von Mindestmengen zugrunde liege, bis auf wenige medizinische Bereiche (Nieren-, Leber- und Stammzellentransplantation, komplexe Pankreas- und Ösophaguseingriffe) als medizinisch nicht evident gelte und in anderen Ländern bereits wieder aufgegeben worden sei. Es gebe sogar klare Indizien, dass ab einer gewissen Fallzahl die Komplika-

tionsrate wieder steige (Knieendprothesen). Für die Regionalspitäler könnten Mindestfallzahlen eine existenzielle Bedrohung darstellen.

Der Einfluss der Fallzahlen auf die Ergebnisqualität des Eingriffs wird in der Tat unter Fachleuten sehr kontrovers diskutiert. So gelten in Deutschland für bestimmte Leistungen seit 2005 Mindestmengenregelungen. Unterschreitet ein Leistungserbringer die vorgegebene Mindestmenge, darf er die jeweilige Leistung nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Diese Regelung gilt allerdings nicht, sofern Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen. So betrifft der Mindestmengenkatalog nur planbare Leistungen, Notfälle bleiben davon unberührt. Bei der Umsetzung der Mindestmengenregelungen muss auch die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein und beim Aufbau neuer Leistungsbereiche werden Übergangszeiträume von 36 Monaten eingeräumt. Auch greift die Mindestmengenregelung nicht, wenn eine Landesbehörde die Nicht-Anwendung in dem jeweiligen Krankenhaus beispielsweise wegen Unterversorgung einer Region beschliesst. Für sechs operative Eingriffe sind in Deutschland per Gesetz Mindestmengen vorgeschrieben: komplexe Eingriffe am Pankreas und am Ösophagus dürfen nur in Spitälern durchgeführt werden, die jährlich mindestens zehn dieser Operationen nachweisen können. Für die Transplantation von Leber, Niere oder Stammzellen gelten Mindestmengen von 20 beziehungsweise 25 Eingriffen pro Jahr, für Knieendoprothesen liegt die geforderte Mindestzahl seit 2006 bei 50 Eingriffen pro Jahr und für die Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm bei 30 Fällen pro Jahr.

In der Zwischenzeit wurden bereits zwei dieser Regelungen von einem Gericht ausser Kraft gesetzt. Eine Brandenburger Klinik hat gegen die Mindestfallzahlen für Knieendoprothesen geklagt. Zur Begründung führte die Klinik an, sie sei in der Lage, die Leistung durch qualifizierte Spezialisten zu erbringen und dürfe durch die Mindestmengenregelung nicht daran gehindert werden, diesen Eingriff anzubieten. Das Landessozialgericht Potsdam ist der Klage gefolgt. Nach seiner Auffassung liegen die gesetzlichen Voraussetzungen für die Einführung einer Mindestmenge in Bezug auf Knieprothesen nicht vor. Zur Begründung wies es unter anderem darauf hin, dass insbesondere aber die vom Gesetz geforderte «besondere» Abhängigkeit der Leistungsqualität von der Leistungsmenge nicht hinreichend belegt sei. Der primäre Indikator «postoperative Beweglichkeit» sei untauglich, weil das vorliegende statistische Material hier sogar darauf hindeute, dass ab einer bestimmten Schwelle das Behandlungsergebnis umso schlechter werde, je mehr Eingriffe pro Jahr erbracht würden. Auch gegen die auf 2012 geplante Anhebung der Mindestfallzahlen für die Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm von 14 auf 30 wurde erfolgreich geklagt. Mit Urteilen vom 21. Dezember 2011 hat das Landessozialgericht Berlin Brandenburg diesen

Klagen dahingehend stattgegeben, dass die Änderung rechtswidrig und mithin nichtig sei. Diese Urteile sind nicht rechtskräftig.

Entsprechend soll in teilweiser Berücksichtigung des Vorbringens eine Mindestfallzahl nur in denjenigen Bereichen vorgegeben werden können, in denen der Einfluss auf die Ergebnisqualität wissenschaftlich anerkannt ist. Von einer evidenzbasierten respektive wissenschaftlich gesicherter Häufigkeits-Ergebnis-Beziehung für eine bestimmte Prozedur kann nur dann gesprochen werden, wenn die Beziehung plausibel und logisch ist, der beobachtete Trend in verfügbaren Studien konsistent ist, die Grösse der Ergebnisunterschiede substanziell und klinisch bedeutsam ist sowie auf der Basis strenger statistischer Kriterien analysiert wurde und der Effekt durch mehrere Studien abgesichert wurde.

Gewährung branchenüblicher Arbeitsbedingungen für das Personal der auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer.

Der Gewerkschaftsbund Graubünden, die SP, der SBK und der VPOD Grischun fordern einen Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für alle auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer. Ein GAV gewährleiste gleich lange Spiesse im Wettbewerb zwischen den öffentlichen und privaten Spitälern. Er biete auch Klarheit und Transparenz bezüglich der Personenfreizügigkeit im Spitalbereich. Und nicht zuletzt sei ein GAV auch ein Ansatz, um dem Pflegenotstand und dem «Abwerben des Personals aus den Regionen» entgegen zu treten.

Bekanntlich haben der VPOD und weitere Berufsorganisationen nach dem Beschluss des Grossen Rates vom 16. Juni 2011 betreffend Teilrevision des Krankenpflegegesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung entschieden, dagegen das Referendum zu ergreifen. Der Entscheid wurde insbesondere damit begründet, dass die Einführung der Abgeltung der stationären Spitalbehandlungen mittels Fallpauschalen zwingend im Gesetz Schutzbestimmungen für Patientinnen und Patienten und das Personal erfordere. Die Arbeitnehmenden brauchten einen Gesamtarbeitsvertrag.

Auf Einladung der Vorsteherin des Departementes für Justiz, Sicherheit und Gesundheit trafen sich Vertreter des Bündner Spital- und Heimverbandes (BSH) und des Referendumskomitees am 18. August 2011, um die Auswirkungen und Konsequenzen einer allfälligen Annahme des Referendums gegen die neue Spitalfinanzierung zu besprechen und die Bedingungen für die Nichteinreichung des Referendums auszuloten. Diese Bedingungen wurden direkt im Anschluss an die Besprechung mit dem Departement zwischen den Vertretern des BSH und des Referendumskomitees erörtert. Dabei kristallisieren sich insbesondere folgende Punkte heraus:

1. Abschluss eines Gesamtarbeitsvertrages (GAV) für das Personal sämtlicher Spitäler und Kliniken in Graubünden. Verbindliche Grundlage für

einen ersten Vertrag (Gültigkeit bis Ende 2013) bildet das vom BSH erlassene und empfohlene Personalmusterreglement.

2. Die Spitäler und Kliniken geben in Form einer Absichtserklärung bekannt, dass während der Einführung von Swiss DRG (2 Jahre) kein Personalabbau betrieben wird. Dies bemessen am Stand des Stellenplans zum Zeitpunkt des Abschlusses des GAV.
3. Die Einstellung des Referendums wird idealerweise mit einer gemeinsamen Medienmitteilung kommuniziert.
4. Die Prüfung der Idee einer Patienten-Ombudsstelle.

Die Bedingungen wurden den vom Bündner Spital- und Heimverband vertretenen Spitälern und Kliniken zur Stellungnahme unterbreitet. Von den 15 sich äussernden Spitälern und Kliniken sprachen sich 14 gegen die Mandatierung des BSH zum Abschluss eines Gesamtarbeitsvertrages aus. Die Ablehnung wurde insbesondere damit begründet, dass die Spitäler und Kliniken es sich im Rahmen der Einführung von SwissDRG nicht leisten könnten, sich weiterer Handlungsfreiheiten zu entledigen, auch wenn keines der Spitäler und Kliniken beabsichtige, Personal abzubauen.

Aufgrund der Aussage der Spital- und Klinikdirektoren, dass sie nicht beabsichtigten Personal abzubauen, beschloss das Referendumskomitee, die Aktivitäten in Bezug auf die Einreichung des Referendums einzustellen. Mit der Einstellung der Aktivitäten verband das Referendumskomitee einen Aufruf an den BSH und an die Spital- und Klinikdirektoren, bei der Einführung von SwissDRG die Anliegen der Arbeitnehmenden wahrzunehmen und sich in Richtung GAV zu bewegen. Das Referendumskomitee zähle auch auf die Zusage der Departementsvorsteherin im Grossen Rat vom 16. Juni 2011, dass die Gewährung branchenüblicher Arbeitsbedingungen als Kriterium für die Aufnahme auf die Spitalliste aufgeführt werde.

In der Vernehmlassung zur vorliegenden Teilrevision des KPG hat das Departement die anlässlich der Beratung der Teilrevision des KPG betreffend Spitalfinanzierung von der Departementsvorsteherin im Grossen Rat abgegebene Zusicherung umgesetzt, die Gewährung branchenüblicher Arbeitsbedingungen als Kriterium für die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste im Gesetz festzuschreiben.

Als branchenübliche Arbeitsbedingungen sind die Anstellungsbedingungen des Personal-Musterreglements des BSH zu bezeichnen.

Das Personal-Musterreglement des BSH regelt insbesondere folgende Punkte:

- Ferien/Urlaub
- Zulagen/Spesenentschädigung
- Kündigungsfristen
- Pflichten der Arbeitnehmenden

- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Abend-, Nacht-, Sonntags- und Feiertagsdienst
- Pikettdienst

Das Personal-Musterreglement wurde vom Vorstand des BSH beschlossen. Den Personalverbänden wurde vorgängig Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt.

Der GAV ist demgegenüber ein Vertrag zwischen Arbeitgebern oder Arbeitgeberverbänden und Arbeitnehmerverbänden zur Regelung der Arbeitsbedingungen und des Verhältnisses zwischen den GAV-Parteien. Auf der Arbeitgeberseite kann ein Arbeitgeber oder können mehrere Arbeitgeber oder Arbeitgeberverbände, auf der Arbeitnehmerseite immer nur ein oder mehrere Arbeitnehmerverbände stehen. Ein GAV wird meistens mit einer bestimmten Laufzeit vereinbart. Während der Laufzeit besteht beidseitig Friedenspflicht.

Der GAV enthält normalerweise Bestimmungen über den Abschluss, Inhalt und die Beendigung des Einzelarbeitsvertrages (normative Bestimmungen), Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien unter sich (schuldrechtliche Bestimmungen) und Bestimmungen über die Kontrolle und Durchsetzung des GAV.

Die normativen Bestimmungen eines GAV werden mit seinem Inkrafttreten Teil des Einzelarbeitsvertrages. Sie haben direkte Geltung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die selber Mitglied eines vertragschliessenden Verbandes sind, wenn der Arbeitgeber ebenfalls am GAV beteiligt ist. Die beteiligten Arbeitgeber wenden den GAV in der Regel aber auch für nicht-organisierte Arbeitnehmende an.

Aktuell bestehen in verschiedenen Kantonen GAV für das Spitalpersonal, so in den Kantonen Aargau, Bern, Solothurn, Thurgau (Firmenvertrag) und Wallis.

Die Regierung ist sich bewusst, dass ein GAV für das Spitalpersonal gegenüber der jetzigen Situation einige Vorteile aufweisen würde. Angesichts der klar ablehnenden Haltung der grossen Mehrheit der Vernehmlassenden gegenüber einem GAV für das Spitalpersonal verzichtet die Regierung darauf, den Abschluss eines GAV als zwingende Voraussetzung für die Erteilung eines Leistungsauftrages an ein Spital zu statuieren. Mit der von ihr im Gesetzesentwurf aufgenommenen Formulierung, dass Spitäler ihrem Personal branchenübliche Anstellungsbedingungen zu gewähren haben, setzt die Regierung aber ein deutliches Zeichen der Sozialpartnerschaft an die Spitäler und Kliniken.

4.1.3 Umfang der Leistungsaufträge

Über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge sollen nur erteilt werden können, sofern dadurch die Notfallversorgung und die Erreichung der Mindestfallzahlen nicht gefährdet werden.

Das Kantonsspital Graubünden verlangt die Einschränkung des von der Regierung und vom KVG vorgesehen Wettbewerbs unter den Spitälern in den Bereichen, in denen die im Kanton zu erwartenden Fallzahlen nur wenig über den Mindestfallzahlen liegen. Obwohl gegen einen Wettbewerb in Bereichen mit genügenden Fallzahlen nichts einzuwenden sei, stelle sich bei den Subspezialitäten oft die Frage, ob diese überhaupt in Graubünden angeboten werden könnten und sollten. Werde eine Subspezialität dann noch innerhalb des Kantons auf mehrere Leistungsanbieter aufgeteilt, so sei die durch jeden Leistungsanbieter zu erbringende Notfallversorgung zu aufwendig. Zudem könnten damit die notwendigen Mindestfallzahlen pro Anbieter kaum erreicht werden. Gesamthaft sei hier ein Wettbewerb innerhalb der Spitäler im Kanton für den Kanton aus Versorgungssicht kontraproduktiv.

In Berücksichtigung des Anliegens sollen über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge nur erteilt werden, wenn dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Bündner Spitäler erhöht wird. Die Erteilung über den Bedarf hinausgehender Leistungsaufträge darf nicht zu Lasten der Versorgung des Kantons gehen.

4.1.4. Weitere Anliegen

Der Sanktionskatalog bei Nichterfüllung des Leistungsauftrages soll umfassender gestaltet werden.

Die Möglichkeit, bei Nichteinhalten der Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen Sanktionen aussprechen zu können, wird für die Nichteinhaltung sämtlicher Anforderungen von Art. 10a vorgesehen.

Ungedekte Kosten von Leistungen, zu deren Erbringung die Spitäler verpflichtet werden, sind durch die öffentliche Hand zu finanzieren.

Diese Forderung wird damit begründet, dass in der Regel die fehlende Kostendeckung der Hauptgrund sei, warum die Spitäler bestimmte Leistungen nicht anbieten würden. Kalkulationsgrundlagen, die vorwiegend auf Daten aus bevölkerungsstarken Kantonen abstützen, könnten gerade in Graubünden mit eher knappen Fallzahlen zu einer ungenügenden Kostendeckung führen. Wenn diese Leistung trotzdem im Kanton aus Gründen der Versorgungssicherheit anzubieten seien, so solle der Kanton auch für eine genügende Kostendeckung besorgt sein.

Diesem Anliegen wird dadurch Rechnung getragen, dass eine solche Verpflichtung durch den Kanton explizit als gemeinwirtschaftliche Leistung anerkannt wird.

Die Weiter- und Untervergabe von Leistungsaufträgen soll unter bestimmten Bedingungen zulässig sein.

Einige Spitäler sind der Ansicht, dass der Ausschluss der Weiter- und Untervergabe von Leistungsaufträgen ihren unternehmerischen Spielraum einenge. So wäre beispielsweise die Anstellung von Temporärpersonal nicht mehr möglich. Die Spitäler würden im aktuellen Umfeld zunehmend zur Kooperationen gezwungen. Mit Genehmigung des Departementes müsste eine Weiter- und Untervergabe von Leistungsaufträgen daher zugelassen sein, wenn die Erfüllung des Leistungsauftrages auf Rechnung und Gefahr des mit dem Leistungsauftrag beauftragten Spitals erfolgen.

Die Reaktionen der Spitäler haben zu einer Umformulierung der in Frage stehenden Bestimmung geführt. Neu wird auf Gesetzesstufe einzig vorgegeben, dass die Leistungen gemäss Leistungsauftrag des Spitals vor Ort erbracht werden müssen. Die Spitäler dürfen die Erbringung von medizinischen Leistungen gemäss Leistungsauftrag nicht an Dritte ausserhalb des Spitals auslagern. Wie die Leistungen vor Ort erbracht werden, ist Sache des mit dem Leistungsauftrag betrauten Spitals. Die Leistungen müssen nicht zwingend durch Personal erbracht werden, das beim Spital angestellt ist. Ein Beizug von Mitarbeitenden eines anderen Spitals zur Leistungserbringung durch das mit dem Leistungsauftrag betraute Spital ist zulässig. Die zugezogenen Personen haben dabei ebenso wie die eigenen Mitarbeitenden die Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen.

Die vorhandenen Daten zu Kosten und Qualität sollen im Sinne der Transparenz für die Patientinnen und Patienten veröffentlicht werden.

Im bisherigen Prozess zur Entwicklung der neuen Spitalfinanzierung sei der Blickwinkel der Patientinnen und Patienten noch kaum beleuchtet worden. Um eine echte Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten brauche es nicht mehr Wettbewerb, sondern mehr Transparenz, weshalb die vorhandenen Daten zu Kosten und Qualität veröffentlicht werden sollten. Deshalb erachtet es der VPOD als sinnvoll zu prüfen, wie die Öffentlichkeit über die Tarifvereinbarungen, die Fallkosten sowie die Resultate der Qualitätsmessungen informiert werden könne.

Das Gesundheitsamt veröffentlicht seit Jahren detaillierte Daten zu den Kosten der Spitäler im Kanton Graubünden. Ebenso veröffentlicht das BAG – wie am Schluss von I. 2.2 ausgeführt – Qualitätsindikatoren zu allen Schweizer Spitalern. Die Indikatoren bezwecken einerseits, der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in die Tätigkeit der Spitäler zu ermögli-

chen, die zu einem grossen Teil mittels Krankenversicherungsprämien sowie Steuergeldern finanziert sind, und der Bevölkerung die Möglichkeit zu geben, die Spitalwahl faktenbasiert zu treffen. Andererseits erhalten Fachleute in- und ausserhalb der Spitäler die Möglichkeit, basierend auf Vergleichen zwischen Spitälern einen weiteren Aspekt in die Qualitätsdiskussion in Fachgesellschaften einzubringen.

4.2. Nicht berücksichtigte Anliegen

4.2.1. Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen

Auf die Vorgabe von Mindestanstellungsbedingungen soll verzichtet werden.

Die FDP beantragt, die Vorgabe der Einhaltung der orts- und berufsüblichen Anstellungsbedingungen zu streichen. Eine solche Vorgabe stelle eine unnötige Reglementierung dar. Die Anstellungsbedingungen seien von den Sozialpartnern nach Bedarf selbst zu bestimmen. Die Streichung dieser Vorgabe wird auch von den Spitälern beantragt. Diese Vorgabe betreffe die operative Ebene der Spitäler.

Die Vorgabe der Einhaltung von Mindestanstellungsbedingungen ist zur Durchführung der vom KVG vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung unabdingbar. Gegenüber den in der Branche üblichen Entlohnungen tiefere Besoldungen eines Spitals dürfen diesem nicht zu einem Wettbewerbsvorteil gereichen beziehungsweise den Basispreis nach unten ziehen.

Vorgabe eines Gesamtarbeitsvertrages für die auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer.

Der Gewerkschaftsbund Graubünden, die SP, der SBK und der VPOD Grischun fordern, wie bereits zuvor ausgeführt, einen Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für alle der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer. Ein GAV gewährleiste gleich lange Spiesse im Wettbewerb zwischen den öffentlichen und privaten Spitälern. Er biete auch eine Klarheit und Transparenz bezüglich der Personenfreizügigkeit im Spitalbereich. Und nicht zuletzt sei ein GAV auch ein Ansatz, um dem Pflegenotstand und dem «Abwerben des Personals aus den Regionen» entgegen zu treten.

Angesichts der klar ablehnenden Haltung der Bündner Spitäler und Kliniken gegenüber einem GAV für das Spitalpersonal verzichtet die Regierung darauf, im Anforderungskatalog für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler den Abschluss eines GAV als zwingende Voraussetzung zu statuieren. Dennoch kommt die Regierung dem Anliegen insofern entgegen, indem die Gewährung branchenüblicher Anstellungsbedingungen als Voraussetzung für die Aufnahme auf die Spitalliste statuiert werden soll. Sie

verweist im Übrigen auf ihre Ausführungen zur gleichen Thematik bei den berücksichtigten Anliegen.

Für Geburtshäuser sollen reduzierte Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen formuliert werden.

Geburtshäuser seien personell und finanziell nicht in der Lage, sämtlichen Anforderungen, insbesondere im administrativen Bereich, analog der Spitäler gerecht zu werden. Für Geburtshäuser mit ihrem ganz spezifischen Angebot sollten entsprechend die Anforderungen in einem eigenen Absatz aufgeführt werden.

Die Geburtshäuser werden im Gesetzesentwurf wie im KVG begrifflich als Spitäler behandelt. Ein separater Absatz nur für Geburtshäuser auf Gesetzesstufe erscheint übertrieben. Die im Entwurf vorgesehene Ausnahmemöglichkeit genügt um den spezifischen Gegebenheiten der Geburtshäuser gerecht zu werden.

Der Anforderungskatalog für die Erteilung von Leistungsaufträgen ist mit Vorgaben zum Skill- und Grademix der Mitarbeitenden zu ergänzen.

Skillmix beschreibt die unterschiedlichen «(Berufs-)Erfahrungen» und individuellen Fähigkeiten (das «Können») der Mitarbeitenden, Grademix die unterschiedlichen offiziellen (Zusatz-)Ausbildungen der Mitarbeitenden.

Die Aufnahme von Vorgaben zum Skill- und Grademix wird von der SP, dem VPOD und dem SBK beantragt. Dadurch soll die Erfüllung der qualifizierten Leistungsanforderungen beim Personal gewährleistet werden.

Wie in der Botschaft zur Teilrevision des Krankenpflegegesetzes vom 1. März 2011 betreffend Änderung der Spitalfinanzierung festgehalten, sieht die Regierung vor, den Spitälern in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz bezüglich des einzusetzenden Personals eine analoge Vorgabe zu machen, wie sie gemäss Art. 16 f. der Verordnung bereits für die Alters- und Pflegeheime, Pflegegruppen und Pflegewohnungen und gemäss Art. 20 f. für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung gilt (B 2010–2011 S. 941). Diese Vorgabe bezweckt, die Qualität der Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten in den Spitälern sicher zu stellen.

Eine Ergänzung des Anforderungskatalogs für die Erteilung von Leistungsaufträgen erweist sich damit nicht als notwendig. Von einer solchen Ergänzung wäre auch aus Gründen der Gesetzssystematik abzusehen, handelt es sich bei der in Frage stehenden Regelung von der Thematik her um Bewilligungsvoraussetzungen.

Über die Vorgaben in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz hinaus ist es Aufgabe des einzelnen Spitals, im Interesse einer sinnvollen Arbeitsaufteilung auf die Mitarbeitenden gemäss ihrem Qualitätsniveau den richtigen Personalmix zu bestimmen und die Organisation der Pflege entsprechend auszurichten.

Die Bestimmung von Abs. 3 von Art. 10a wonach Leistungsaufträge auch erteilt werden können, wenn nicht sämtliche Anforderungen erfüllt sind, ist zu streichen.

Zu diesem Begehren wird vom Kantonsspital Graubünden und dem Spital Davos angeführt, dass die vorgesehene Ausnahmebestimmung zu einer Ungleichbehandlung der Spitäler und damit zu einer Wettbewerbsverzerrung führen könne. Falls in der Bedarfsdeckung Lücken bestehen würden, gebe der vorgesehene Art. 10b genügend Spielraum, einen Leistungsanbieter mit der Erbringung einer Leistung zu beauftragen oder ihn dazu zu verpflichten.

Es kann nicht vorweg ausgeschlossen werden, dass insbesondere kleine Spitäler nicht in der Lage sind, sämtliche Anforderungen restlos zu erfüllen. Bei ausserkantonalen Spitälern, die zur Versorgung notwendig sind, kann unter Umständen die Erfüllung sämtlicher Anforderungen nicht durchgesetzt werden. Von der vorgesehenen Ausnahmebestimmung von Art. 10a Abs. 3 kann entsprechend nicht Abstand genommen werden.

4.2.2. Weitere Anliegen

Die Gemeinden einer Planungsregion und die Pflegeheime sind per Gesetz zu verpflichten, ihre Rechte und Pflichten in einer Leistungsvereinbarung zu regeln.

Die Forderung zu einer entsprechenden Ergänzung des Krankenpflegegesetzes wurde von einigen Gemeinden aus dem Churer Rheintal erhoben. Nur mit einer klaren Regelung der Rechte und Pflichten der beteiligten Partner könnten langfristig die Angebote und deren Qualität sichergestellt werden. Zu diesem Zweck sei in den Leistungsvereinbarungen auch die Verwendung der Instandsetzungs- und Erneuerungsbeiträge der Heimbewohner zu regeln.

Auf dieses Anliegen kann aus Gründen der «Einheit der Materie» im Rahmen der vorliegenden Teilrevision des KPG nicht eingetreten werden, da es nicht im Zusammenhang mit der Spitalplanung steht.

Erhöhung der Pauschalbeiträge des Kantons und der Gemeinden an die Dienste der Mütter- und Väterberatung

Von der SP und dem VPOD wurde eine Erhöhung der Pauschalbeiträge des Kantons und der Gemeinden an die Dienste der Mütter- und Väterberatung gefordert.

Auf dieses Anliegen kann aus Gründen der «Einheit der Materie» im Rahmen der vorliegenden Teilrevision des KPG nicht eingetreten werden, da es nicht im Zusammenhang mit der Spitalplanung steht.

Der Begriff der Wirtschaftlichkeit ist im Gesetz zu präzisieren.

Gemäss Art. 58 der Verordnung über die Krankenversicherung haben die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots unter anderem die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit haben die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten. Gegen Spitallistenentscheide der Regierung kann gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Das Bundesverwaltungsgericht wird in seiner Rechtsprechung die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer unbesehen allfälliger kantonaler Definitionen festlegen. Es ist entsprechend nicht zielführend, den Begriff der Wirtschaftlichkeit im kantonalen Gesetz zu präzisieren, da es sich dabei um einen bundesrechtlichen Begriff handelt.

Regelung der Akut- und Übergangspflege als eigenständiger Bereich im Krankenpflegegesetz.

Von einigen Vernehmlassenden wurde ausgeführt, dass bezüglich der Akut- und Übergangspflege zahlreiche Unklarheiten bestehen würden. Die Akut- und Übergangspflege müsse entsprechend im Gesetz definiert werden. Die Definition habe unter anderem die Klärung der inhaltlichen und finanziellen Schnittstellen zwischen Spital beziehungsweise Rehabilitation und der Akut- und Übergangspflege sowie die Festlegung von Stellenschlüsseln und Ausbildungsanforderungen an die Pflegenden und die Betreuenden zu umfassen. Diese Eckpfeiler ermöglichten eine kontinuierliche Begleitung und Pflege der Bevölkerung des Kantons.

Zu diesen Anliegen ist festzuhalten, dass es sich bei der Akut- und Übergangspflege um eine bereits bisher von den Spitex-Diensten und den Pflegeheimen erbrachte Leistung handelt. Geändert gegenüber der bisherigen Regelung hat sich einzig die Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Diese Leistungen sind gemäss Bundesrecht im Gegensatz zu den übrigen Pflegeleistungen nach den Regeln der Spitalfinanzierung abzugelten. Der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu finanzierende Leistungskatalog ist in Art. 7 Abs. 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) für die Pflegeleistungen und die Leistungen der Akut- und Übergangspflege identisch festgeschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Pflegeheime berechtigt, Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen. Im Art. 16 ff. und Art 20 ff. der Verordnung zum Gesundheitsgesetz sind detailliert qualitative und quantitative Anforderungen bezüglich des einzusetzenden Personals und Qualitätsvorgaben aufgelistet, die von den Pflegeheimen und den Diens-

ten der häuslichen Pflege und Betreuung erfüllt werden müssen. Der von einigen Vernehmlassenden geltend gemachte Regelungsbedarf ist somit aus Sicht der Regierung im Kanton auf Gesetzesebene nicht gegeben. Für die Definition der Akut- und Übergangspflege auf kantonaler Ebene ist kein Spielraum gegeben. Stellenschlüssel und Ausbildungsanforderungen an die Pflegenden und Betreuenden sind auf kantonaler Ebene festgelegt. Die Klärung allfälliger nicht durch die Bundesgesetzgebung geklärter inhaltliche und finanzielle Schnittstellen hat in den Tarifverträgen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zu erfolgen.

Die Pflege ist im Krankenpflegegesetz zu definieren und die Palliative Care als Teil der Pflege in der Akutmedizin, Psychiatrie und Rehabilitation zu deklarieren.

Die unterschiedlichen Formulierungen und Abgrenzungen in einzelnen Artikeln würden sich gemäss dem SBK erübrigen, wenn die von der Pflege erbrachten Leistungen umfassend definiert würden und dabei festgehalten würde, dass Palliative Care Bestandteil der Pflege ist.

Welche Leistungen die Pflege beinhaltet, kann nicht auf kantonaler Ebene definiert werden. Der Umfang der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Pflegeleistungen ist in Art. 7 Abs. 2 der vom Eidgenössischen Departement des Innern erlassenen KLV festgeschrieben. Diese Leistungen können auch im Rahmen von Palliative Care erbracht werden.

Die Leistungen der Palliative Care werden im Rahmen von SwissDRG erfasst und können im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung von den Spitälern abgerechnet werden. Eine separate Erwähnung im Krankenpflegegesetz erweist sich damit als unnötig. Der Umfang des Leistungsauftrags im Bereich der Palliative Care ist im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern zu definieren.

Die Vorlage darf erst im Grossen Rat behandelt werden, wenn bekannt ist, was die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität wirklich bedeuten und diese klar definiert sind.

Diesem Anliegen der SP kann nicht entsprochen werden. Die neue Spitalplanung ist gemäss Bundesrecht zwingend bis spätestens 1. Januar 2015 umzusetzen. Die auch aus Sicht der Regierung notwendige Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität steht zudem in keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Teilrevision des Krankenpflegegesetzes.

IV. Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung im Kanton

1. Grosser Rat

Angesichts ihrer Tragweite sind die generellen Anforderungen, welche Leistungserbringer zu erfüllen haben, die sich für die Aufnahme auf die Spitalliste beziehungsweise die Erteilung eines Leistungsauftrages bewerben, auf Gesetzesstufe festzulegen. Einer gesetzlichen Grundlage bedürfen sodann zwingend Massnahmen zur Sicherung der Leistungserbringung gemäss dem von der Regierung erteilten Leistungsauftrag und zur Sicherstellung der Versorgung bei fehlendem Interesse der innerkantonalen Leistungserbringer.

2. Regierung

Die Regierung sieht vor, für die Erteilung von Leistungsaufträgen die vom Kanton Zürich entwickelten Leistungsgruppen zu verwenden und die sich für einen Leistungsauftrag bewerbenden Spitäler nach Massgabe des darauf basierenden leistungsspezifischen Anforderungskatalogs und den auf Gesetzesstufe vorgegebenen Anforderungen zu bewerten. Dieses Verfahren garantiert die Auswahl der künftigen Listenspitäler nach rechtsgleichen, objektiv überprüfbaren Kriterien.

Beim vom Kanton Zürich entwickelten Leistungsgruppenkonzept werden für die Planung und die Leistungsaufträge verwandte medizinische Leistungen zu ökonomisch zweckmässigen Leistungsgruppen zusammengefasst. Mit der Erteilung von Leistungsaufträgen für Leistungsgruppen wird im Interesse der Patientinnen und Patienten beziehungsweise der Versorgungssicherheit sichergestellt, dass alle darunter fallenden Behandlungen unabhängig von der Entschädigungshöhe gleichermassen erbracht werden. Die Aufträge werden denjenigen Spitalern erteilt, welche die Anforderungen am besten erfüllen und den Zugang zu den Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sicherstellen. Um die zeitgerechte Notfallversorgung auf dem ganzen Kantonsgebiet sicherzustellen, werden die bereits bestehenden dezentralen Grundversorgungsangebote entsprechend weiterhin notwendig sein. Andererseits werden aber seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen, konzentriert. Das Resultat soll letztlich eine patientengerechte Spitalliste sein, die für die Bevölkerung des Kantons ein zweckmässiges Angebot schafft und einen geregelten Wettbewerb unter den Anbietern ermöglicht.

Gemäss Rechtsprechung ist es dem Kanton nicht verwehrt, den Bedarf an stationärer medizinischer Versorgung vorerst innerkantonal zu decken. Ausserkantonale Einrichtungen müssen erst auf die Liste genommen werden, wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Einrichtungen im Kanton selber nicht sichergestellt werden kann. Hat die Evaluation ergeben, dass der Bedarf innerkantonal gedeckt werden kann, so kann daher auch auf den Einbezug kostengünstiger ausserkantonomer Anbieter verzichtet werden.

Der Bundesrat hat entgegen seiner ursprünglichen Absicht in der Verordnung zur Krankenversicherung viele Fragen zur Spitalplanung offen gelassen. Wohl schreibt er in der Verordnung den Kantonen eine bedarfsgerechte Planung nach Massgabe von Wirtschaftlichkeit und Qualität zwingend vor, ohne jedoch diese Begriffe zu definieren. Ebenso allgemein werden im KVG die Grundvoraussetzungen für die Aufnahme eines Leistungserbringers auf die Spitalliste festgeschrieben. Es ist entsprechend davon auszugehen, dass wie bei den auf den bisherigen Vorgaben des KVG beruhenden Spitalplanungen und Spitallisten erst die Beschwerdeentscheide des Bundesverwaltungsgerichts, wie früher diejenigen des Bundesrates, die notwendige Klärung bringen werden. Klar ist hingegen, dass die geltende kapazitätsbezogene (d.h. bettenbezogene) Spitalplanung und Spitalliste durch eine leistungsorientierte Spitalplanung und Spitalliste zu ersetzen ist.

V. Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

Gemäss Art. 53 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG ist die Regierung für die Erarbeitung der Spitalplanung und für den Erlass der Spitalliste zuständig.

Die Kernelemente der Spitalplanung und die generellen Anforderungen für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste sind angesichts ihrer Tragweite auf Gesetzesstufe festzuschreiben.

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist zwingend

- um Spitäler verpflichtet zu können, bestimmte Leistungen zu erbringen, wenn dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist;
- um Sanktionen gegenüber Listenspitälern anordnen zu können, welche
 - die für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebenden Anforderungen nachträglich nicht oder nur teilweise erfüllen;
 - den Leistungsauftrag oder die damit verbundenen Auflagen und Bedingungen nicht einhalten;
 - die zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ihnen vorgegebenen Leistungen nicht erbringen.

VI. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der Teilrevision

Vorbemerkungen

Auf Grund des neuen Abschnitts II «Spitalplanung und Spitalliste» verschieben sich die Ziffern der nachfolgenden Abschnitte um eine Einheit nach hinten.

Als Spitäler gelten gemäss dem KVG auch im Akutbereich tätige Kliniken und Rehabilitationskliniken (Art. 39 Abs. 1 KVG).

Es erscheint angezeigt, im Krankenpflegegesetz wie auch im Gesundheitsgesetz die Terminologie des KVG zu übernehmen, das heisst, auch für Kliniken den Begriff Spitäler zu verwenden. Aktuell wird im Krankenpflegegesetz und im Gesundheitsgesetz zwischen Spitälern und Kliniken unterschieden.

Die Übernahme der Terminologie des KVG bedingt im Krankenpflegegesetz Änderungen in Art. 3 Abs. 1 lit. a, Art. 17 Abs. 1, Art. 18 Abs. 1 lit. a, Art. 18g Abs. 2 und 3, Art. 52 sowie im Titel des Abschnitts IV.

Art. 1

Neu wird der Grundsatzartikel dahingehend ergänzt, dass der Kanton die medizinische Behandlung, Pflege sowie Betreuung von kranken und pflegebedürftigen Personen in der notwendigen Qualität fördert. Der aktuell in der Bestimmung enthaltene Begriff «medizinische Versorgung» wird durch den in diesem Zusammenhang zutreffenderen Begriff «medizinische Behandlung» ersetzt.

Im vorliegenden Zusammenhang ist sodann die Ergänzung wesentlich, dass die Förderung der Krankenpflege neben der Gewährung von Beiträgen durch die Planung der stationären Versorgung der Bevölkerung erfolgen soll.

Art. 5

Bei der Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Spitalregionen werden die seit der letzten Revision des Gesetzes vollzogenen Gemeindefusionen nachgeführt.

Art. 6a

Aufgrund der Regelung der Vorgaben zur Spitalplanung in einem eigenen Kapitel ist diese Bestimmung aufzuheben. Abs. 1 wird in Art. 9 überführt, die Absätze 2 und 3 von Art. 6a bilden den neuen Art. 16.

Art. 7 und Art. 8

Die bisherigen Bestimmungen von Art. 9 Abs. 3 und Art. 10 werden aus Gründen der Gesetzssystematik in das Kapitel I «Allgemeines» überführt.

II. Spitalplanung und Spitalliste

Für die Bestimmungen zur Spitalplanung und Spitalliste ist ein neues Kapitel einzufügen. Als Folge davon verschiebt sich die Nummerierung der nachfolgenden Kapitel um eine Einheit.

Art. 9

Entsprechend der Vorgabe des KVG wird in Abs. 1 die Regierung als für die Erarbeitung der Spitalplanung zuständig bezeichnet. Wie in Kapitel III ausgeführt, soll die Spitalplanung auch für die sich im Kanton ohne Wohnsitz aufhaltenden Personen erstellt werden. In Abs. 2 werden die fünf wichtigsten sich auf Grund der Vorgaben der KVV ergebenden Kernelemente der Spitalplanung aufgeführt.

Art. 10

Entsprechend der Vorgabe des KVG wird in Abs. 1 die Regierung als für den Erlass der Spitalliste zuständig bezeichnet.

Abs. 2 umschreibt den Inhalt der Spitalliste. Die Spitalliste enthält die den inner- und ausserkantonalen Spitälern erteilten Leistungsaufträge. Im Umfang des erteilten Leistungsauftrages sind die betreffenden Spitäler als Leistungserbringer nach Art. 39 Abs. 1 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Mit der Verknüpfung von Auflagen und Bedingungen an die Leistungsaufträge sollen ein geregelter Wettbewerb und gleich lange Spiesse der Leistungserbringer gewährleistet werden. Die Auflagen und Bedingungen werden in der Spitalliste festgehalten. Zu den Auflagen gehört unter anderem die Bereitstellung der von der Regierung in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz festgelegten Anzahl Ausbildungs- und Praktikumsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe.

Ein Kriterium für die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin und Notfallmedizin) der Bevölkerung soll auch die zeitliche Erreichbarkeit des nächstgelegenen Spitals bilden (Abs. 3).

In Abs. 4 wird festgehalten, dass zur Förderung der Wettbewerbsfähigkeit der Bündner Spitäler auch Leistungsaufträge erteilt werden können, welche über die zur Berechnung des ermittelten Bedarfs erforderlichen Kapazitäten hinausgehen.

Mit der Erteilung eines Leistungsauftrages ist die Verpflichtung verbunden, dass der dem Spital erbrachte Leistungsauftrag vor Ort erbracht wird. Eine Weiter- oder Untervergabe des Leistungsauftrages an ein anderes Spital in dem Sinne, dass die Leistungen am Standort des anderen Spitals erbracht werden, ist nicht zulässig (Abs. 5); eine Änderung oder Splittung des Leistungsauftrags ist nur durch den Kanton über eine Änderung der Spitalliste möglich. Im Übrigen wird auf die Ausführungen im Kapitel III verwiesen.

Art. 10a

In dieser Bestimmung werden die Anforderungen, welche die Spitäler neben den KVG-Bedingungen Wirtschaftlichkeit und Qualität erfüllen müssen, um einen Leistungsauftrag zu erhalten, festgeschrieben. Die in dieser Bestimmung aufgeführten Anforderungen stehen im Zusammenhang mit dem dem Kanton obliegenden Auftrag der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung seiner Bevölkerung.

Die Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen wurden – wie im Kapitel III ausgeführt – gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf auf die Bestimmungen reduziert, die zur Sicherstellung der Versorgung nach den Grundsätzen der Qualität und Wirtschaftlichkeit wichtig und damit auf Gesetzesstufe zu regeln sind.

Die Spitäler müssen die Bereitschaft zusichern, das von der Regierung zur Sicherstellung der Versorgung des Kantons oder einer Region definierte Leistungsspektrum zu erbringen. Damit soll verhindert werden, dass sich Leistungserbringer nur auf einzelne, für sie wirtschaftlich interessante Leistungen konzentrieren («Rosinenpickerei»). Die Bereitschaft zur Leistungserbringung ist bis zum Ablauf der Kündigungsfrist (Art. 10c) beziehungsweise bis zur Änderung oder Streichung des Leistungsauftrages durch die Regierung zuzusichern (lit. a).

Sie haben nachzuweisen, dass sie in den Leistungsbereichen, für die sie sich bewerben, über die für eine angemessene Patientenversorgung erforderliche Infrastruktur verfügen (lit. b).

Sie müssen weiter belegen, dass sie über die zur Erfüllung des Leistungsauftrages erforderlichen Behandlungs- und Untersuchungskapazitäten verfügen und dass die entsprechenden Einrichtungen von ihnen im eigenen Namen und auf eigene Rechnung betrieben werden (lit. c). Damit wird die Vorgabe von Art. 10 Abs. 5 umgesetzt.

Im Interesse der nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung wird von den Leistungserbringern zudem eine auf eine langfristige Erfüllung des Leistungsauftrages ausgerichtete Investitionsfinanzierung verlangt. Dies geschieht dadurch, dass sie für die Erteilung des Leistungsauftrages zuzusichern haben, dass sie den Investitionsanteil der Tarife für die Finanzierung der Anlagenutzungskosten verwenden (lit. d).

Die Leistungserbringer müssen auch bereit sein, an schweizerischen Qualitätsmessungen teilzunehmen (lit. e).

Das KVG verlangt von den Kantonen, dass sie eine Patientenselektion nach guten Risiken verhindern. Patienten aller Versicherungsklassen müssen von den Listenspitälern nach rechtsgleichen Kriterien aufgenommen und versorgt werden. Deshalb schreiben lit. f und g den Listenspitälern ausdrücklich eine allgemeine Aufnahmepflicht von Notfällen sowie bei den Patienten aus dem Kanton einen Mindestanteil von 65 Prozent, für deren stationäre

Behandlung ausschliesslich Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt werden, am Total der Patienten aus dem Kanton vor. Ein im Gesetz festgeschriebener Mindestanteil trägt zur Sicherstellung der Aufnahme von ausschliesslich allgemein versicherten Bündner Patientinnen und Patienten bei.

Mit lit. h soll eine patientengerechte Übergabe der Patientinnen und Patienten durch die vorbetreuenden Leistungserbringer (Hausarzt, Spitex-Dienste, Pflegeheime) in die Spitalbehandlung und nach Abschluss der Behandlung im Spital an nachbetreuende Leistungserbringer (Hausarzt, Spitex-Dienste, Pflegeheime) sichergestellt werden. Entlassungsmanagement umfasst die Aufgabe der Sicherstellung der Nachsorge durch die Weitergabe der pflegerelevanten Daten und die Vorbereitung der Patienten und ihrer Angehörigen auf die Probleme und Anforderungen nach der Entlassung. Das Entlassungsmanagement stellt ein zunehmend wichtigeres Element der Spitalversorgung dar.

In lit. k werden zum Schutze der Arbeitnehmenden branchenübliche Arbeitsbedingungen verlangt.

Abs. 2 gibt der Regierung die Möglichkeit, die Erteilung von Leistungsaufträgen mit Auflagen und Bedingungen zu verknüpfen und für komplexe medizinische Leistungen Mindestfallzahlen festzulegen. Mindestfallzahlen dienen der Qualitätssicherung (die Erfahrung eines Leistungserbringers nimmt in der Regel mit höherer Fallzahl zu) und der Wirtschaftlichkeit (die Konzentration des Angebotes auf Grund der Mindestfallzahlen führt zu einer Senkung der Kosten pro Fall). Voraussetzung für die Festlegung von Mindestfallzahlen soll entsprechend einer Anregung in der Vernehmlassung sein, dass deren positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität wissenschaftlich belegt sind. Zur Thematik der Festlegung von Mindestfallzahlen wird im Übrigen auf die eingehenden Ausführungen bei den berücksichtigten Anliegen der Vernehmlassung verwiesen.

Für den Fall, dass einzelne für die Versorgung erforderliche Leistungserbringer nicht alle Anforderungen nach Abs. 1 restlos erfüllen können, sieht Abs. 3 für die Regierung die Möglichkeit von Ausnahmen vor, wobei sie mittels Ersatzabgaben zumindest wirtschaftlich für gleich lange Spiesse zu sorgen hat. Solche Ausnahmen können etwa bei kleinen oder bei ausserkantonalen Spitälern gerechtfertigt sein, die nur mit einem sehr beschränkten Leistungsspektrum auf die Spitalliste aufgenommen werden.

Art. 10b

Mit der in den vorliegenden Bestimmungen enthaltenen Verpflichtung der Spitäler zur Erfüllung des ihnen erteilten Leistungsauftrages soll die Versorgungssicherheit gewährleistet werden.

Um Versorgungslücken zu verhindern, wird hier der Regierung die Möglichkeit eingeräumt, die Spitäler im Kanton zur Erbringung von unattraktiven, versorgungspolitisch jedoch notwendigen Leistungen zu verpflichten.

Art. 10c

Damit die Regierung ausreichend Zeit zur Verfügung hat, um andere Spitäler für die Erteilung des betreffenden Leistungsauftrages zu evaluieren, wird in dieser Bestimmung festgehalten, dass die Spitäler für die Kündigung des ihnen erteilten Leistungsauftrages eine Kündigungsfrist von einem Jahr einzuhalten haben, wobei die Kündigung nur auf das Jahresende erfolgen kann. Die Frist von einem Jahr hat auch die Regierung gegenüber den Spitälern im Falle der Kündigung des diesen erteilten Leistungsauftrages einzuhalten. Damit erhalten die Spitäler Zeit, sich auf die neuen Gegebenheiten einzustellen.

Art. 10d

Die Erteilung der auf der Spitalplanung basierenden Leistungsaufträge zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung setzt voraus, dass die Spitäler die ihnen erteilten Leistungsaufträge erfüllen und die für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebenden Anforderungen sowie die mit der Erteilung des Leistungsauftrages verbundenen Auflagen und Bedingungen einhalten.

Um die Nichteinhaltung der Anforderungen für die Aufnahme auf die Spitalliste (Abs. 1 lit. a), des Leistungsauftrages oder der damit verbundenen Auflagen oder Bedingungen (lit. b) durch die fehlbaren Leistungserbringer sanktionieren zu können, ist deshalb eine Sanktion vorzusehen, ebenso für den Fall, dass ein Spital die ihm von der Regierung zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vorgegebenen Leistungen nicht erbringt (lit. c). Sanktioniert werden soll auch die Nichteinhaltung der Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungsrechts durch die Spitäler (lit. d). Mit dieser Sanktionsmöglichkeit soll sicher gestellt werden, dass für alle Spitäler im Beschaffungswesen die gleichen Rahmenbedingungen gelten. Die maximale Höhe der Busse ist so anzusetzen, dass dem Spital aus der Nichteinhaltung der Anforderungen für die Aufnahme auf die Spitalliste, des Leistungsauftrages oder der damit verbundenen Auflagen und Bedingungen kein wirtschaftlicher Vorteil erwächst. Ebenso soll sie das betreffende Spital zur Erbringung der von der Regierung zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vorgegebenen Leistungen anhalten (Abs. 1).

Soll eine Verwaltungsbehörde für die Ahndung von Übertretungstatbeständen zuständig sein, ist dies explizit im kantonalen Spezialgesetz vorzusehen (Art. 18 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Strafprozessordnung; BR 350.100). Aufgrund der besonderen Fachkenntnisse

soll die Verwaltung für die Ahndung von Übertretungsstrafbeständen der Spitalliste zuständig sein. Abs. 1 sieht entsprechend vor, dass das zuständige Amt Widerhandlungen gegen Art. 10d des Gesetzes ahndet.

Die Zuständigkeit des Amtes ergibt sich aus Anhang 1 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung (RVOV, BR 170.310; Ziff. I.2.C.e). Dementsprechend ist für die Ahndung von Widerhandlungen gegen dieses Gesetz oder die sich darauf stützenden Verordnungen und Verfügungen das Gesundheitsamt zuständig.

Die Regierung kann zudem das fehlbare Spital von der Spitalliste streichen oder seinen Leistungsauftrag reduzieren (Abs. 2).

Art. 10e

Gemäss bisherigem wie auch gemäss revidiertem KVG haben die Kantone eine Pflegeheimplanung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen, welche die Einrichtungen umfasst, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatientinnen und -patienten dienen (Art. 39 Abs. 3 KVG).

Abs. 1 bezeichnet entsprechend der Vorgabe des KVG die Regierung für die Erarbeitung der Pflegeheimplanung und den Erlass der Pflegeheimliste zuständig.

Zweckmässigerweise werden dabei wie in Art. 39 Abs. 3 KVG die Bestimmungen zur Spitalplanung und Spitalliste sinngemäss als anwendbar erklärt (Abs. 2).

Art. 16

Die Abs. 2 und 3 von Art. 6a werden, da es sich bei diesen beiden Absätzen um Bestimmungen über die Beitragsgewährung an die Spitäler handelt, inhaltlich unverändert in Art. 16 mit neuer Marginalie überführt, wobei lit. b von Art. 6a Abs. 2 gestrichen wird.

Im Rahmen der Erarbeitung der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern gemäss Art. 6a Abs. 2 KPG hat sich gezeigt, dass es praktisch nicht möglich ist, aus dem TARMED-Leistungskatalog mit 4600 Einzelpositionen diejenigen Leistungen herauszufiltern, deren Erbringung durch die Spitäler aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung oder aus volkswirtschaftlicher Sicht angezeigt ist. Zudem wäre es nur mit einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand der Verwaltung möglich, die entsprechenden Leistungen aus den gesamten von den Spitälern erbrachten ambulanten Leistungen auszuscheiden. Die in Frage stehenden Leistungen gemäss der bisherigen lit. b von Art. 6a Abs. 2 sollen neu als Vorhalteleistungen gemäss lit. a von Art. 18e Abs. 2 KPG abgegolten werden.

Die Beitragsberechtigung von stationären KVG-Pflichtleistungen ergibt sich unmittelbar aus dem in der Spitalliste erteilten Leistungsauftrag. Für

eine Erweiterung der beitragsberechtigten stationären Leistungen in lit. a von Abs. 1 auf stationäre KVG-Pflichtleistungen – wie von einzelnen Vernehmlassern angeregt – im Rahmen von Leistungsvereinbarungen bleibt damit kein Spielraum. Für ambulante UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen wird davon ausgegangen, dass der hierfür zur Anwendung gelangende gesamtschweizerisch einheitliche Wert kostendeckend ist. Von einer Erweiterung der beitragsberechtigten ambulanten Leistungen in lit. b von Abs. 1 über den KVG-Bereich hinaus – wie von einzelnen Vernehmlassern angeregt – ist entsprechend abzusehen.

Art. 17

Zur Begründung des neuen Abs. 3 wird auf die Ausführungen zu Art. 18 Abs. 4 verwiesen.

Art. 18

Auf Grund der Verschiebung der Absätze 2 und 3 von Art. 6a in den neuen Art. 16 sind in der vorliegenden Bestimmung die Verweise entsprechend anzupassen.

Auf Grund der Streichung der lit. b von Art. 6a Abs. 2 werden lit. c von Abs. 1 und mit Ausnahme des letzten Satzes Abs. 4 hinfällig. Dieser wird als neuer Abs. 3 in den bisherigen Art. 17 überführt. Die Formulierung von Art. 17 Abs. 3 entspricht inhaltlich dem bisherigen Abs. 4 von Art. 18, das heisst, die Tageskliniken der öffentlichen psychiatrischen Spitäler werden in Bezug auf die Beiträge der öffentlichen Hand als stationäre Einrichtungen behandelt.

Art. 18e

Die nicht durch Tarife gedeckten Betriebs- und Investitionskosten von Leistungen, zu deren Erbringung Spitäler von der Regierung zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung verpflichtet werden (Art. 10b Abs. 2), sollen nicht zu Lasten des betreffenden Spitals beziehungsweise der Trägerschaft gehen. Diese Leistungen werden entsprechend in Erweiterung der Aufzählung in Art. 18e Abs. 2 als gemeinwirtschaftliche Leistungen qualifiziert.

Art. 20a

Mit dieser Änderung wird im Krankenpflegegesetz die Terminologie des Psychiatrie-Organisationsgesetzes (BR 500.900) übernommen.

Art. 54

Wie einleitend als Vorbemerkung zu diesem Kapitel ausgeführt, soll auch im Gesundheitsgesetz hinsichtlich der Kliniken die Terminologie des KVG (Qualifikation der Kliniken als Spitäler) übernommen werden. Dies

bedingt entsprechende Anpassungen der Art. 16, 19 und 25. Art. 17 kann ersatzlos gestrichen werden, da in Art. 6 des Krankenpflegegesetzes definiert wird, welche Spitäler als üblich gelten, und im Gesundheitsgesetz die Unterscheidung nicht von Bedeutung ist. Die Festschreibung des Umkehrschlusses in Art. 18, welche Spitäler als privat gelten, kann ebenfalls ohne Not gestrichen werden, da damit lediglich eine logische Schlussfolgerung festgehalten wird. Ersatzlos gestrichen werden kann ebenfalls Art. 26, da sich die Beistandspflicht privater Spitäler, in dringenden Fällen jedermann Hilfe zu leisten, aus Art. 19 ergibt (Aufnahmepflicht von Notfallpatienten). Die Aufnahmepflicht privater Spitäler von Notfallpatienten im Rahmen des Leistungsangebots hat dabei aus grundsätzlichen Überlegungen wie bei den üblichen Spitälern in Weiterführung der Vorgabe von Art. 26 rund um die Uhr zu gelten. Art. 25 Abs. 1 wird mit dem Bewilligungserfordernis für den Betrieb von Heilbädern ergänzt. Gemäss Art. 57 Abs. 1 KVV müssen Heilbäder für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach kantonalem Recht zugelassen sein.

Kapitel XIII

Schlussbestimmungen

Übergangsbestimmungen sind ein Teil der Schlussbestimmungen. Die Kapitelbezeichnung ist entsprechend anzupassen.

VII. Umsetzung des Auftrags Hardegger betreffend Revision des Krankenpflegegesetzes (KPG) i. S. leistungsorientierte Spitalfinanzierung

Mit dem vom Grossen Rat in der Augustsession 2008 mit 66 zu 31 Stimmen überwiesenen Auftrag Hardegger (GRP 2007/2008 S. 577, 2008/2009 S. 121 ff.) wurde die Regierung beauftragt, den Anhang zum Krankenpflegegesetz und die Leistungsaufträge der Spitäler im Sinne von mehr Markt und Wettbewerb zu überarbeiten.

In Art. 10 Abs. 4 des Gesetzesentwurfes wird zur Förderung des Wettbewerbs explizit festgehalten, dass die Regierung über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilen kann. Die Regierung sieht vor, von dieser Möglichkeit vor allem bei den kleineren Spitälern im Kanton auf deren Wunsch hin Gebrauch zu machen, sofern diese den Nachweis erbringen, dass sie die aus qualitativer Sicht zu verlangenden infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen für die von ihnen gewünschten Angebote erfüllen und dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Bündner Spitäler gefördert wird. Der Anhang zum Krankenpflegegesetz wurde bereits im Rahmen der vom Grossen Rat am 16. Juni 2011 zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung

vorgenommenen Teilrevision des Krankenpflegegesetzes auf Grund des übergeordneten Bundesrechts aufgehoben, da gemäss KVG das beitragsberechtigte Angebot für alle Spitäler von der Regierung in der Spitalliste festgelegt wird.

VIII. Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

Das Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes zur Spitalplanung ist auf den 1. Januar 2013 geplant.

IX. Personelle und finanzielle Auswirkungen

1. Leistungserbringer

Für die Leistungserbringer zeitigt die Teilrevision keine unmittelbaren Auswirkungen. Auswirkungen ergeben sich allenfalls auf Grund der gestützt auf die Spitalplanung erteilten Leistungsaufträge.

2. Kanton

Die Erarbeitung der neuen Spitalplanung, der neuen Spitalliste und der darauf basierenden Leistungsvereinbarungen bindet auf kantonaler Ebene personelle Ressourcen. Für die Beurteilung der Notwendigkeit der Aufnahme von ausserkantonalen Spezialkliniken auf die Spitalliste des Kantons wird das Gesundheitsamt auf externe Beratung angewiesen sein, wenn die Spitalliste ohne zusätzliches Personal innerhalb eines vernünftigen Zeitrahmens erstellt werden soll.

3. Gemeinden

Gegenüber heute ergibt sich für die Gemeinden keine Änderung, da sie nicht unmittelbar in die Spitalplanung involviert sind.

X. Gute Gesetzgebung

Die Grundsätze der «Guten Gesetzgebung» gemäss den regierungsrätlichen Vorgaben (vgl. RB vom 16. November 2010, Prot. Nr. 1070) werden mit der Gesetzesvorlage beachtet.

XI. 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;
3. den Auftrag Hardegger betreffend Revision des Krankenpflegegesetzes (KPG) i.S. leistungsorientierte Spitalfinanzierung abzuschreiben;

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

Namens der Regierung
Die Präsidentin: *Janom Steiner*
Der Kanzleidirektor: *Riesen*

XII. Anhänge

1. Internetadressen von Unterlagen, auf die in der Botschaft Bezug genommen wird

Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

http://www.gdk-cds.ch/uploads/media/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_20111124_def_d.pdf

Publikation des Bundesamtes für Gesundheitswesen der Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler

www.bag.admin.ch/qiss

Zuteilungsentscheide des Beschlussorgans der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin

<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>

Empfehlungen der GDK vom 14. Mai 2009 zur Spitalplanung

<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>

Empfehlungen der GDK vom 27. Januar 2011 zur Erteilung von Leistungsaufträgen

<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>

Spitalplanung 2002 und Spitalliste des Kantons Graubünden

<http://www.gr.ch/DE/INSTITUTIONEN/VERWALTUNG/DJSG/GA/DIENSTLEISTUNGEN/INSTITUTIONENGESUNDEITSWESENS/SPITAELE/Seiten/SpitallisteSpitalplanung.aspx>

2. Abkürzungsverzeichnis

BSH	Bündner Spital- und Heimverband
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ITAR-K	Integriertes Tarifmodell Kostenträgerrechnung
H+ Die Spitäler der Schweiz	Verband der Schweizer Spitäler, Kliniken, Pflege- und Rehabilitationsbetriebe

IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KPG	Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und die Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.100)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups

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 29. Mai 2012,

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. 1 Abs. 1

¹ Der Kanton fördert durch **die Planung der stationären Versorgung der Bevölkerung** und **die** Gewährung von Beiträgen eine bedarfsgerechte, zweckmässige und wirtschaftliche medizinische **Behandlung**, Pflege sowie Betreuung von Kranken, Langzeitpatienten und betagten Personen **in der notwendigen Qualität**.

Art. 3 Abs. 1 lit. a

¹ Der Kanton unterstützt:

- a) die auf einer Spitalliste aufgeführten Spitäler (...) und Geburtshäuser;

Art. 5 lit. a, c und e

Das Kantonsgebiet wird in folgende Spitalregionen eingeteilt:

- a) Spitalregion Churer Rheintal mit den Gemeinden: Felsberg, Flims, Tamins, Trin, Bonaduz, Domat/Ems, Rhäzüns, Chur, Churwalden, Tschierschen-Praden, Haldenstein, **Landquart**, (...), Trimmis, Untervaz, Zizers, Fläsch, Jenins, Maienfeld, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lünen, Maladers, Molinis, Peist, St. Peter-Pagig, Vaz/Observaz, Lantsch/Lenz, Safien, Tenna, Versam;
- c) Spitalregion Engiadina bassa mit den Gemeinden: Ardez, Guarda, Lavin, Susch, Tarasp, Zernez, (...), Samnaun, (...), Ftan, Scuol, Sent, **Valsot**;

- e) Spitalregion Surselva mit den Gemeinden: Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Medel (Lucmagn), (...), Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castrisch, Falera, Ilanz, Laax, Ladir, Luven, Mundaun, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, Schluein, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duvin, Degen, Lumbrein, Morissen, St. Martin, Suraua, Vals, Vella, Vignogn, Vrin, Andiast, Obersaxen, Pigniu, Rueun, Siat, Waltensburg/Vuorz, Valendas;

Art. 6a

Aufgehoben

Art. 7

Organisation der Spital- und Planungsregionen **Bisheriger Artikel 9 Absatz 3**

Art. 8

Rückerstattung **Bisheriger Artikel 10**

II. Spitalplanung und Spitalliste

Art. 9

Spitalplanung ¹ Die Regierung erstellt nach den Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung eine Planung für die stationäre Versorgung der Bevölkerung des Kantons und der sich im Kanton aufhaltenden Personen in der Akutmedizin, der Psychiatrie und der Rehabilitation. Die Spitalplanung ist periodisch zu überprüfen.

² Sie enthält insbesondere:

- a) Ermittlung des künftigen Bedarfs;
- b) Bestimmung des zur Versorgung notwendigen Angebots;
- c) Zuordnung der medizinischen Leistungen zu Leistungsgruppen;
- d) Bestimmung der leistungsgruppenspezifischen Anforderungen an die Strukturqualität und der weiteren Evaluationskriterien;
- e) Evaluation der Leistungserbringer.

Art. 10

Spitalliste
1. Zuständigkeit
und Inhalt

¹ Die Regierung erlässt gestützt auf die Spitalplanung eine Spitalliste.

² Die Spitalliste enthält die inner- und ausserkantonale Spitäler und Geburtshäuser, die notwendig sind, um die stationäre Versorgung der Bevölkerung des Kantons und der sich im Kanton aufhaltenden Personen sicherzustellen, die den einzelnen Einrichtungen auf der Grundlage von medizinischen Leistungsgruppen erteilten Leistungsaufträge und allfällige dazu gehörende Auflagen und Bedingungen.

³ Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen für die Grundversorgung ist die zeitliche Erreichbarkeit des Spitals für die zu versorgende Bevölkerung mitzubersichtigen.

⁴ Zur Förderung ihrer Wettbewerbsfähigkeit können den Bündner Spitälern über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilt werden.

⁵ Den Spitälern ist es nicht gestattet, innerhalb des Leistungsauftrages medizinische Leistungen ausserhalb der Spitalräumlichkeiten zu erbringen oder erbringen zu lassen.

Art. 10a

¹ Leistungsaufträge können Spitälern erteilt werden, die folgende Anforderungen erfüllen oder die deren Erfüllung auf den Zeitpunkt, auf den der Leistungsauftrag wirksam wird, zusichern:

2. Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen

- a) Bereitschaft, das von der Regierung zur Sicherstellung der Versorgung des Kantons oder einer Region definierte Leistungsspektrum bis zum Ablauf der Kündigungsfrist beziehungsweise zur Änderung oder Streichung des Leistungsauftrages durch die Regierung zu erbringen;
- b) ausreichende Infrastruktur, um den Leistungsauftrag zu erfüllen;
- c) Betrieb der für die medizinische Leistungserbringung am Patienten erforderlichen Behandlungs- und Untersuchungskapazitäten in eigenem Namen und auf eigene Rechnung;
- d) Verwendung des Investitionsanteils der Tarife zu dem dafür vorgesehenen Zweck;
- e) Teilnahme an schweizerischen Qualitätsmessungen;
- f) Aufnahme von Notfällen während 24 Stunden am Tag;
- g) Mindestanteil von 65 Prozent Bündner Patienten, für deren stationäre Behandlung ausschliesslich Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt wurden, am Total der Bündner Patienten;
- h) Implementierung eines Konzeptes zum Eintritts- und Entlassungsmanagement;
- i) Erstellung und Veröffentlichung der Jahresrechnung gemäss den allgemein anerkannten Rechnungslegungsstandards für Spitäler;
- k) branchenübliche Anstellungsbedingungen.

² Die Erteilung von Leistungsaufträgen kann:

- a) mit Auflagen und Bedingungen verknüpft werden;
- b) von Mindestfallzahlen abhängig gemacht werden, soweit deren Auswirkungen auf die Ergebnisqualität wissenschaftlich anerkannt sind.

³ Ausnahmsweise können zur Bedarfsdeckung auch Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen werden, die nicht sämtliche Anforderungen nach Absatz 1 erfüllen. Ergeben sich daraus für das Spital finanzielle Vorteile, hat es zum Ausgleich Abgaben in von der Regierung festgelegter Höhe zu leisten.

Art. 10b

3. Verpflichtung zur Leistungserbringung

¹ Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten haben, sind verpflichtet, das im Leistungsauftrag enthaltene Leistungsspektrum zu erbringen.

² Die Regierung kann Spitäler im Kanton verpflichten, bestimmte Leistungen zu erbringen, wenn dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist.

Art. 10c

4. Kündigung des Leistungsauftrags

Die Regierung und die Spitäler können den Leistungsauftrag unter Einhaltung einer Frist von zwölf Monaten auf das Jahresende hin künden.

Art. 10d

5. Sanktionen

¹ Das zuständige Amt kann das Listenspital mit einer Busse bis 500 000 Franken bestrafen, wenn dieses:

- a) die für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebenden Anforderungen gemäss Artikel 10a nicht oder nicht mehr oder nur teilweise erfüllt;
- b) den Leistungsauftrag oder die damit verbundenen Auflagen und Bedingungen nicht einhält;
- c) die ihm zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung gestützt auf Artikel 10b Absatz 2 von der Regierung vorgegebenen Leistungen nicht erbringt;
- d) die Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungsrechts nicht einhält.

² Die Regierung kann zudem das Spital von der Spitalliste streichen oder den ihm erteilten Leistungsauftrag anpassen.

Art. 10e

Pflegeheimplanung und -liste

¹ Die Regierung erstellt nach den Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung eine Planung für die Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen und erlässt gestützt auf die Pflegeheimplanung eine Pflegeheimliste.

² Die Bestimmungen zur Spitalplanung und Spitalliste gelten dabei sinngemäss.

Gliederungstitel vor Art. 11

III. Beiträge an die Investitionen von Spitälern

Gliederungstitel vor Art. 16

IV. Beiträge an Spitäler (...) und Geburtshäuser

Art. 16

¹ Die Regierung vereinbart in einer Leistungsvereinbarung mit den öffentlichen Spitälern: Leistungsvereinbarungen

- a) die beitragsberechtigten stationären UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen;
- b) den Auftrag in den Bereichen der universitären Lehre und der Forschung;
- c) die beitragsberechtigten gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- d) die beitragsberechtigten Leistungen im Bereich des Notfall- und Krankentransports.

² Die Regierung kann zur Sicherstellung der Versorgung auch Leistungsvereinbarungen mit privaten oder ausserkantonalen Spitälern abschliessen.

Art. 17 Abs. 1 und 3

¹ Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern (...) und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen fest.

³ Der festgelegte Anteil der öffentlichen Hand gilt auch für die Tageskliniken der öffentlichen psychiatrischen Spitäler.

Art. 18 Abs. 1 lit. a, b und c, Abs. 3 und 4

¹ Die Beiträge des Kantons und der Gemeinden setzen sich zusammen:

- a) aus dem Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern (...) und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen;
- b) aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für medizinische Leistungen gemäss Artikel 16 Absatz 1 Litera a, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;

c) **Aufgehoben**

³ Die Beiträge für Leistungen gemäss Artikel 16 Absatz 1 Litera a ergeben sich aus der Differenz des UVG-, IVG-, MVG-Basisfallwertes zum KVG-Basisfallwert im Kanton.

⁴ **Aufgehoben**

Art. 18e Abs. 2 lit. i und k

² Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufwendungen für:

- i) medizinische Vorsorge für Notlagen und Katastrophen;
- k) Pflichtleistungen gemäss Artikel 10b Absatz 2, soweit die Betriebs- und Investitionskosten nicht durch die Tarife gedeckt sind.**

Art. 18g Abs. 2 und 3

² Die Pauschalen haben dem durchschnittlichen Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitäler (...) und Geburtshäuser in der notwendigen Qualität zu entsprechen.

³ Der Basispreis ist für alle Spitäler (...) und Geburtshäuser im Kanton grundsätzlich einheitlich zu vereinbaren.

Gliederungstitel vor Art. 20

V. Beiträge für Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen

Art. 20a Abs. 1

¹ Die **Psychiatrischen Dienste Graubünden** sind für die Pflege und Betreuung von Psychogeriatiepatienten zuständig, sofern dies Art und Schwere ihrer Erkrankung und Behinderung erfordern.

Gliederungstitel vor Art. 22

VI. Ausbildungsplätze für Schulen des Gesundheits- und Sozialwesens

Gliederungstitel vor Art. 26

VII. Aufsicht über Institutionen

Gliederungstitel vor Art. 29

VIII. Beiträge an Arzthäuser und Arztwartgelder

Gliederungstitel vor Art. 31

IX. Beiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie an die anerkannten Pflegefachpersonen

Gliederungstitel vor Art. 31g

X. Beiträge an die Dienste der Mütter- und Väterberatung

Gliederungstitel vor Art. 32

XI. Rettungswesen

Gliederungstitel vor Art. 44

XII. Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gliederungstitel vor Art. 47

XIII. Schlussbestimmungen (...)

Art. 52 Marginalie

Übergangsbestimmungen zur Teilrevision vom 16. Juni 2011
a) Beitragsberechtigte Leistungsangebote der Spitäler (...) und Geburtshäuser

Art. 54

Übergangsbestimmungen zur Teilrevision vom ...

Das Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz; BR 500.000) wird wie folgt geändert:

Art. 6 lit. a

Das zuständige Amt:

- a) beaufsichtigt die Spitäler, **Geburtshäuser** und Heilbäder, die stationären Angebote zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen, die Institutionen der häuslichen Pflege und Betreuung, die medizinischen Institute, die Laboratorien sowie die Personen, die Berufe des Gesundheitswesens ausüben;

Art. 16 Abs. 1

Spitäler,
Geburtshäuser
und Heilbäder

¹ Als Spitäler, **Geburtshäuser** und Heilbäder gelten alle unter ärztlicher Leitung stehenden Institutionen, die der Aufnahme, Untersuchung Behandlung oder Pflege von kranken oder verletzten Personen oder der Geburtshilfe dienen.

Art. 17

Aufgehoben

Art. 18

Aufgehoben

Art. 19

Die (...) Spitäler (...) sind verpflichtet, Kranke und Verunfallte **rund um die Uhr** auch ohne ärztliche Einweisung aufzunehmen. (...)

Art. 23

Der freiwillige Eintritt in ein **psychiatrisches Spital** bedarf eines ärztlichen Zeugnisses und der schriftlichen Zustimmung des Patienten.

Art. 25 Abs. 1

¹ Der Betrieb von (...) **Spitälern, Geburtshäusern und Heilbädern** bedarf einer Bewilligung.

Art. 26

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,
suenter 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. 1 al. 1

¹ Tras la **planisaziun dal provediment staziunar da la populaziun** e tras la concessiun da contribuziuns promova il chantun in **tractament medicinal**, ina tgira sco er in'assistenza medicinala da personas malsaunas, da pazients da lunga durada sco er da personas attempadas, e quai conform al basegn, en moda adeguata ed economica **ed en la qualitad necessaria**.

Art. 3 al. 1 lit. a

¹ Il chantun sustegna:

- a) ils ospitals (...) e las chasas da parturir che figureschan sin ina glista d'ospitals;

Art. 5 lit. a, c ed e

Il chantun vegn dividi en las suandantas regiuns d'ospital:

- a) regiun d'ospital da la Val dal Rain grischuna cun las vischnancas: Favugn, Flem, Tumein, Trin, Panaduz, Domat, Razén, Cuir, Churwalden, Tschierschen-Praden, Haldenstein, **Landquart, (...)**, Trimmis, Vaz sut, Zizers, Fläsch, Jenins, Maiavilla, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, Peist, St. Peter-Pagig, Vaz, Lantsch, Stussavgia, Tenna, Versomi;

- c) regiun d'ospital da l'Engiadina bassa cun las vischnancas: Ardez, Guarda, Lavin, Susch, Tarasp, Zernez, (...), Samignun, (...), Ftan, Scuol, Sent, **Valsot**;
- e) regiun d'ospital da la Surselva cun las vischnancas: Breil, Mustér, Medel (Lucmagn), (...), Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castrisch, Falera, Glion, Laax, Ladir, Luven, Mundaun, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, Schluein, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duin, Degen, Lumbrein, Morissen, S. Martin, Suraua, Val S. Pieder, Vella, Vignogn, Vrin, Andiastr, Sursaissa, Pigniu, Rueun, Siat, Vuorz, Valendau;

Art. 6a

aboli

Art. 7

Organisaziun da las regiuns d'ospital e da planisaziun

artitgel 9 alinea 3 d'enfin ussa

Art. 8

Restituziun

artitgel 10 d'enfin ussa

II. Planisaziun dals ospitals e glista dals ospitals

Art. 9

Planisaziun dals ospitals

¹ Tenor las directivas da la legislaziun federala davart l'assicuranza da malsauns fa la regenza ina planisaziun davart il provediment staziunar da la populaziun dal chantun e da las persunas che sa trategnan en il chantun en la medischina acuta, en la psichiatria ed en la reabilitaziun. La planisaziun dals ospitals sto vegnir controllada periodicamain.

² Ella cuntogna en spezial:

- a) eruida dal basegn futur;
- b) disposiziun da la purschida ch'è necessaria per il provediment;
- c) attribuziun da las prestaziuns medicinalas a gruppas da prestaziun;
- d) disposiziun da las pretensiuns ch'èn specificas per las gruppas da prestaziun a la qualitat da la structura e dals ulteriurs criteris d'evaluaziun;
- e) evaluaziun dals furniturs da prestaziuns.

Art. 10

Glista dals ospitals
1. cumpetenzza
e cuntogna

¹ Sin basa da la planisaziun dals ospitals relascha la regenza ina glista dals ospitals.

² La glista dals ospitals cuntogna ils ospitals chantunals ed extrachantunals sco er las chasas da parturir chantunals ed

extrachantunals ch'èn necessariis per garantir il provediment staziunar da la populaziun dal chantun e da las personas che sa strategnan en il chantun, las incaricas da prestaziun ch'èn vegnidas dadas a las singulas instituziuns sin basa da gruppas da prestaziun medicinalas sco er pretensiuns e cundiziuns che tutgan eventualmain tiers.

³ Tar la concessiun d'incaricas da prestaziun per il provediment da basa sto vegnir resguardà er il temp, durant il qual l'ospital è cuntanschibel per la populaziun che sto vegnir provedida.

⁴ Per promover lur cumpetitivitad pon vegnir concedidas als ospitals dal Grischun incaricas da prestaziun che surpissan il basegn.

⁵ Entaifer l'incarica da prestaziun n'èsi betg permess als ospitals da furnir u da laschar furnir prestaziuns medicinalas ordaifer las localitads da l'ospital.

Art. 10a

¹ Incaricas da prestaziun pon vegnir concedidas ad ospitals che adempleschan las suandantas pretensiuns u che garanteschon d'ademplier las pretensiuns per il termin, en il qual l'incarica da prestaziun ha effect:

2. pretensiuns per conceder incaricas da prestaziun

- a) prontezza da furnir il spectrum da prestaziuns ch'è definì da la regenza per garantir il provediment dal chantun u d'ina regiun fin ch'il termin da desditga è scadì respectivamain fin che la regenza mida u stritga l'incarica da prestaziun;
- b) infrastruttura ch'è suffizienta per ademplir l'incarica da prestaziun;
- c) gestiun en l'agen num e sin agen quint da las capacitads da tractament e da consultaziun ch'èn necessariis per furnir las prestaziuns medicinalas als pazients;
- d) utilisaziun da la quota d'investiziun da las tariffas per l'intent ch'è previs per quai;
- e) participaziun a mesiraziuns naziunalas da la qualitat;
- f) accogliment da cas d'urgenza durant 24 uras al di;
- g) quota minimala da 65 pertschient da pazients dal Grischun, per il tractament staziunar dals quals èn vegnidas messas a quint mo prestaziuns da l'assicuranza obligatorica per la tgira da malsauns, vi dal total dals pazients dal Grischun;
- h) implementaziun d'in concept per il manaschament d'entrada e da relaschada;
- i) cumpilaziun e publicaziun dal quint annual tenor ils standards renconuschids en general da far rendaquints per ospitals;
- k) cundiziuns d'engaschament ch'èn usitadas en la branscha

² La concessiun d'incaricas da prestaziun po:

- a) vegnir colliada cun cundiziuns e cun pretensiuns;

b) vegnir fatga dependenta da dumbers minimals da cas, uschenavant che lur effects sin la qualidad dal resultat èn renconuschids scientificamain.

³ Per cuvrir il basegn pon vegnir inscrits sin la glista dals ospitals exceziunalmain er ospitals che n'adempleschan betg tut las pretensiuns tenor l'alineia 1. Sch'i resultan da quai avantatgs finansials per l'ospital, sto el cumpensar quai cun ina taxa che vegn fixada da la regenza.

Art. 10b

3. obligaziun da furnir prestaziuns

¹ Ospitals che han survegni ina incarica da prestaziun èn obligads da furnir il spectrum da prestaziuns ch'è cuntegni en l'incarica da prestaziun.

² La regenza po obligar ospitals en il chantun da furnir tshertas prestaziuns, sche quellas èn necessarias per garantir il provediment da la sanadad.

Art. 10c

4. desditga da l'incarica da prestaziun

La regenza ed ils ospitals pon desdir l'incarica da prestaziun per la fin da l'onn, resguardond in termin da desditga da 12 mais.

Art. 10d

5. sancziuns

¹ L'uffizi responsabel po chastiar l'ospital da glista cun ina multa da fin a 500 000 francs, sche quel:

- a) n'ademplescha betg u betg pli u mo per part las pretensiuns tenor l'artitgel 10a ch'èn decisivas per ch'el vegnia inscrit sin la glista dals ospitals;
- b) n'observa betg l'incarica da prestaziun u las pretensiuns e cundiziuns ch'èn colliadas cun tala;
- c) na furnescha betg las prestaziuns che la regenza al prescriba sin basa da l'artitgel 10b alineia 2 per garantir il provediment da la sanadad;
- d) n'observa betg las disposiziuns dal dretg da las acquisiziuns publicas.

² Ultra da quai po la regenza stritgar l'ospital da la glista dals ospitals u adattar l'incarica da prestaziun concedida ad el.

Art. 10e

Planisaziun da las chasas da tgira e glista da las chasas da tgira

¹ Tenor las directivas da la legislaziun davart l'assicuranza da malsauns fa la regenza ina planisaziun per la tgira e per l'assistenza da pazients da lunga durada e da personas attempadas e relascha – sin basa da la planisaziun da las chasas da tgira – ina glista da las chasas da tgira.

² En quest connex valan las disposiziuns davart la planisaziun dals ospitals e davart la glista dals ospitals conform al senn.

Titel da classificaziun avant l'art. 11

III. Contribuziuns a las investiziuns dals ospitals

Titel da classificaziun avant l'art. 16

IV. Contribuziuns ad ospitals (...) ed a chasas da parturir

Art. 16

¹ En ina cunvegna da prestaziun cun ils ospitals publics fixescha la regenza: Cunvegna da prestaziun

- a) las prestaziuns obligatoricas staziunaras da la LAA, da la LAI e da la LAM che han il dretg da survegnir contribuziuns;
- b) l'incumbensa en ils secturs da l'instrucziun universitara e da la perscrutaziun;
- c) las prestaziuns d'utilitad publica che han il dretg da survegnir contribuziuns;
- d) las prestaziuns che appartegnan al sector dal transport en cas d'urgenza e d'ambulanza e che han il dretg da survegnir contribuziuns.

² Per garantir il provediment po la regenza er far cunvegna da prestaziun cun ospitals privats u cun ospitals extrachantunals.

Art. 17 al. 1 e 3

¹ La regenza fixescha la part ch'il maun public sto pajar vi da las indemnizaziuns per prestaziuns obligatoricas staziunaras tenor la LAMal ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns, ils ospitals (...) e las chasas da parturir u ch'èn vegnidas fixadas uffizialmain.

³ La part fixada ch'il maun public sto pajar vala er per las clinicas da di dals ospitals psichiatric publicas.

Art. 18 al. 1 lit. a, b e c, al. 3 e 4

¹ Las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas sa cumponan:

- a) da la part ch'il maun public sto pajar vi da las indemnizaziuns per prestaziuns obligatoricas staziunaras tenor la LAMal ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns, ils ospitals (...) e las chasas da parturir u ch'èn vegnidas fixadas uffizialmain;
- b) da las contribuziuns als ospitals publicas per las prestaziuns medicinalas tenor l'artitel 16 alinea 1 litera a, per las qualas ils

pazients respectivamain lur assicuranzas na pajan – sin basa da prescripziuns legalas u sin basa d'ina tariffa ch'è vegnida fixada uffizialmain – nagin pretsch che cuvra ils custs ch'èn necessaris dal puntg da vista da l'economia da manaschi;

c) **aboli**

³ Las contribuziuns per prestaziuns tenor l'artitgel **16** alinea **1** litera a resultan da la differenza tranter la valur da basa pro cas da la LAA, da la LAI e da la LAM e tranter la valur da basa pro cas da la LAMal en il chantun.

⁴ **aboli**

Art. 18e al. 2 lit. i e k

² Sco prestaziuns d'utilitad publica valan en spezial ils custs per:

- i) il provediment medicinal en cas da situaziuns d'urgenza ed en cas da catastrofas;
- k) **las prestaziuns obligatoricas tenor l'artitgel 10b alinea 2, uschenavant che las tariffas na cuvran betg ils custs da gestiun e d'investiziun.**

Art. 18g al. 2 e 3

² Las pauschalas ston correspunder a la media dals custs pro cas dals ospitals (...) e da las chasas da parturir che lavuran en moda economica e che ston avair la qualitat necessaria.

³ Il pretsch da basa sto da princip vegnir fixà en moda unitara per tut ils ospitals (...) e per tut las chasas da parturir dal chantun.

Titel da classificaziun avant l'art. 20

V. Contribuziuns a purschidas per la tgira e per l'assistenza staziunara da pazients da lunga durada e da persunas attempadas

Art. 20a al. 1

¹ **Ils servetschs psichiatricis dal Grischun èn cumpetents** per la tgira ed assistenza da pazients psicogeriatricis, sch'il gener e la grevizza da lur malsogna e da lur impediment pretendan quai.

Titel da classificaziun avant l'art. 22

VI. Plazzas da scolaziun per scolas dals fatgs da la sanadad e socials

Titel da classificaziun avant l'art. 26

VII. Surveglianza da las instituziuns

Titel da classificaziun avant l'art. 29

VIII. Contribuziuns a chasas da medis ed ad assejns d'indemnisaziun dals medis

Titel da classificaziun avant l'art. 31

IX. Contribuziuns als servetschs da la tgira e da l'assistenza a chasa sco er a las tgirunzas diplomadas reconuschidas

Titel da classificaziun avant l'art. 31g

X. Contribuziuns als servetschs da la cussegliaziun per mammas e per babs

Titel da classificaziun avant l'art. 32

XI. Servetsch da salvament

Titel da classificaziun avant l'art. 44

XII. Instituziuns per la psichiatria d'uffants e da giuvenils

Titel da classificaziun avant l'art. 47

XIII. Disposiziuns finalas (...)

Art. 52 marginala

Disposiziuns
transitoricas tar la
revisiun parziala
dals 16 da
zercladur 2011
a) purschidas da
prestaziuns dals
ospitals (...) e da
las chasas da
parturir che han il
dretg da survegnir
contribuziuns

Art. 54

Disposiziuns
transitoricas tar la
revisiun parziala
dals ...

La lescha davart ils fatgs da sanadad dal chantun Grischun (lescha da sanadad; DG 500.000) vegn midada sco suonda:

Art. 6 lit. a

L'uffizi cumpetent:

- a) surveglia ospitals, **chasas da parturir** e bogns da cura, las purschidas staziunaras per la tgira ed assistenza da pazients da lunga durada e da personas attempadas, las instituziuns da la tgira ed assistenza a chasa, ils instituts medicinal, ils laboratoris sco er personas che lavuran en professiuns dal sectur da sanadad;

Art. 16 al. 1

Ospitals, **chasas da parturir** e bogns da cura

¹ Sco ospitals, **chasas da parturir** e bogns da cura valan tut las instituziuns che stattan sut la direcziun d'in medi e che servan a recepir, a visitar, a tractar ed a tgirar personas malsaunas u blessadas u a gidar tar pagliolancas.

Art. 17

aboli

Art. 18

aboli

Art. 19

(...) **Ils ospitals (...)** èn obligads d'acceptar **di e notg** personas malsaunas u blessadas er senza enviament tras il medi. (...)

Art. 23

L'entrada facultativa en **in ospital pschiatric** basegna in attestat dal medi ed il consentiment en scrit dal pazient.

Art. 25 al. 1

¹ Il manaschi d'ospitals (...), **da chasas da parturir e da bogns da cura** basegna ina permissiun.

Art. 26

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. 1 cpv. 1

¹ Il Cantone promuove, **pianificando l'assistenza stazionaria della popolazione** e accordando sussidi, un trattamento medico, una cura e un'assistenza (...) conformi al fabbisogno, appropriati ed economici, di ammalati, pazienti lungodegenti e persone anziane, **nella qualità necessaria**.

Art. 3 cpv. 1 lett. a

¹ Il Cantone sussidia:

- a) gli ospedali (...) e le case per partorienti figuranti su un elenco degli ospedali;

Art. 5 lett. a, c ed e

Il territorio cantonale viene suddiviso nelle seguenti regioni ospedaliere:

- a) Regione ospedaliera Churer Rheintal con i comuni: Felsberg, Flims, Tamins, Trin, Bonaduz, Domat/Ems, Rhäzüns, Coira, Churwalden, Tschertschen-Praden, Haldenstein, **Landquart**, (...), Trimmis, Untervaz, Zizers, Fläsch, Jenins, Maienfeld, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, Peist, St. Peter-Pagig, Vaz/Obervaz, Lantsch/Lenz, Safien, Tenna, Versam;
- c) Regione ospedaliera Engiadina bassa con i comuni: Ardez, Guarda, Lavin, Susch, Tarasp, Zernez, (...), Samnaun, (...), Ftan, Scuol, Sent, **Valsot**;

- e) Regione ospedaliera Surselva con i comuni: Breil/Brigels, Disentis/ Mustér, Medel (Lucmagn), (...), Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castrisch, Falera, Ilanz, Laax, Ladir, Luven, Mundaun, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, Schluein, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duvin, Degen, Lumbrein, Morissen, St. Martin, Suraua, Vals, Vella, Vignogn, Vrin, Andiastr, Obersaxen, Pigniu, Rueun, Siat, Waltensburg/Vuoraz, Valendas;

Art. 6a

Abrogato

Art. 7

Organizzazione
delle regioni
ospedaliere e di
pianificazione

Attuale articolo 9 capoverso 3

Art. 8

Rimborso

Attuale articolo 10

II. Pianificazione ospedaliera ed elenco degli ospedali

Art. 9

Pianificazione
ospedaliera

¹ Il Governo allestisce una pianificazione per l'assistenza stazionaria alla popolazione del Cantone e alle persone che soggiornano nel Cantone in medicina acuta, in psichiatria e in riabilitazione, secondo le direttive della legislazione in materia di assicurazione malattie. La pianificazione ospedaliera va riesaminata periodicamente.

² Essa include segnatamente:

- a) l'accertamento del bisogno futuro;
- b) la determinazione dell'offerta necessaria all'assistenza;
- c) l'attribuzione delle prestazioni mediche a gruppi di prestazioni;
- d) la determinazione dei requisiti posti alla qualità della struttura specifici per i gruppi di prestazioni e degli altri criteri di valutazione;
- e) la valutazione dei fornitori di prestazioni.

Art. 10

Elenco degli
ospedali
I. Competenza e
contenuto

¹ Il Governo emana un elenco degli ospedali sulla base della pianificazione ospedaliera.

² Nell'elenco degli ospedali figurano gli ospedali e le case per partorienti cantonali ed extracantonali necessari per garantire l'assistenza stazionaria alla popolazione del Cantone e alle persone che soggiornano nel Cantone, i mandati di prestazioni conferiti ai singoli istituti sulla base di gruppi di prestazioni mediche, nonché eventuali relativi oneri e condizioni.

³ Nel conferimento di mandati di prestazioni per l'assistenza di base va considerato il tempo necessario per raggiungere l'ospedale da parte della popolazione da assistere.

⁴ Allo scopo di promuovere la loro competitività, agli ospedali grigionesi possono essere conferiti mandati di prestazioni che superano il bisogno.

⁵ Agli ospedali non è permesso, al di fuori dei loro spazi, fornire o fare in modo che vengano fornite prestazioni mediche che rientrano nel mandato di prestazioni.

Art. 10a

¹ I mandati di prestazioni possono essere conferiti a ospedali che soddisfano i seguenti requisiti o che ne garantiscono la soddisfazione a partire dal momento dal quale il mandato di prestazioni sarà esecutivo:

2. Requisiti per il conferimento di mandati di prestazioni

- a) disponibilità a fornire lo spettro di prestazioni definito dal Governo per garantire l'assistenza del Cantone o di una regione fino alla scadenza del termine di disdetta oppure fino alla modifica o alla cancellazione del mandato di prestazioni da parte del Governo;
- b) infrastruttura sufficiente per adempiere il mandato di prestazioni;
- c) esercizio a proprio nome e per proprio conto delle capacità di trattamento e diagnostiche necessarie per fornire le prestazioni mediche al paziente;
- d) utilizzo per lo scopo previsto della parte delle tariffe destinata agli investimenti;
- e) partecipazione a misurazioni della qualità a livello svizzero;
- f) ammissione di casi d'urgenza 24 ore su 24;
- g) quota minima del 65 per cento di pazienti grigionesi, sul totale dei pazienti grigionesi, per il cui trattamento stazionario sono state fatturate esclusivamente prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- h) implementazione di una strategia di gestione dell'ammissione e della dimissione;
- i) stesura e pubblicazione del conto annuale secondo gli standard generalmente riconosciuti relativi alla stesura del rendiconto per gli ospedali;
- k) condizioni di impiego usuali nel ramo.

² Il conferimento di mandati di prestazioni può:

- a) essere vincolato a oneri e condizioni;
- b) essere fatto dipendere da un numero minimo di casi, se il suo effetto sulla qualità del risultato è riconosciuto scientificamente.

³ Eccezionalmente, per coprire il bisogno possono essere inseriti nell'elenco degli ospedali anche ospedali che non soddisfano tutti i requisiti di cui al capoverso 1. Se da ciò risultano vantaggi finanziari per l'ospedale, quale compensazione l'ospedale deve versare dei tributi per un importo definito dal Governo.

Art. 10b

3. Obbligo di fornire prestazioni

¹ Gli ospedali che hanno ottenuto un mandato di prestazioni sono tenuti a fornire lo spettro di prestazioni previsto dal mandato di prestazioni.

² Il Governo può obbligare ospedali nel Cantone a fornire determinate prestazioni, se ciò è necessario per garantire l'assistenza sanitaria.

Art. 10c

4. Disdetta del mandato di prestazioni

Il Governo e gli ospedali possono disdire per la fine di un anno il mandato di prestazioni, nel rispetto di un termine di disdetta di dodici mesi.

Art. 10d

5. Sanzioni

¹ L'Ufficio competente può punire con una multa fino a 500 000 franchi un ospedale figurante sull'elenco, se l'ospedale:

- a) non soddisfa, non soddisfa più o soddisfa solo in parte i requisiti determinanti per l'inserimento nell'elenco degli ospedali conformemente all'articolo 10a;
- b) non osserva il mandato di prestazioni o gli oneri e le condizioni a esso associati;
- c) non fornisce le prestazioni per garantire l'assistenza sanitaria prescritte dal Governo in virtù dell'articolo 10b capoverso 2;
- d) non rispetta le disposizioni del diritto in materia di appalti pubblici.

² Il Governo può inoltre stralciare l'ospedale dall'elenco degli ospedali oppure adeguare il mandato di prestazioni conferitogli.

Art. 10e

Pianificazione ed elenco delle case di cura

¹ Il Governo allestisce una pianificazione per la cura e l'assistenza di pazienti lungodegenti e persone anziane secondo le direttive della legislazione sulla cura degli ammalati ed emana un elenco delle case di cura sulla base della pianificazione delle case di cura.

² Fanno stato per analogia le disposizioni relative alla pianificazione ospedaliera e all'elenco degli ospedali.

Titolo intermedio che precede l'art. 11

III. Sussidi agli investimenti degli ospedali

Titolo intermedio che precede l'art. 16

IV. Sussidi a ospedali (...) e case per partorienti

Art. 16

¹ **In un accordo di prestazioni con gli ospedali pubblici il Governo stabilisce:** Accordi di prestazioni

- a) **le prestazioni stazionarie obbligatorie LAINF, LAI e LAM aventi diritto a sussidi;**
- b) **il mandato nei settori della formazione universitaria e della ricerca;**
- c) **le prestazioni economicamente di interesse generale aventi diritto a sussidi;**
- d) **le prestazioni nel settore del servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario aventi diritto a sussidi.**

² **Allo scopo di garantire l'assistenza sanitaria, il Governo può anche stipulare accordi di prestazioni con ospedali privati o extracantonali.**

Art. 17 cpv. 1 e 3

¹ **Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni per le prestazioni stazionarie obbligatorie LAMal convenute tra gli assicuratori malattia e gli ospedali (...) e le case per partorienti o fissate dall'autorità.**

³ **La quota dell'ente pubblico stabilita vale anche per le cliniche diurne degli ospedali psichiatrici pubblici.**

Art. 18 cpv. 1 lett. a, b e c, cpv. 3 e 4

¹ **I sussidi del Cantone e dei comuni si compongono:**

- a) **della quota dell'ente pubblico alle retribuzioni per le prestazioni stazionarie obbligatorie LAMal convenute tra gli assicuratori malattia e gli ospedali (...) e le case per partorienti o fissate dall'autorità;**
- b) **dei sussidi agli ospedali pubblici per prestazioni mediche conformemente all'articolo 16 capoverso 1 lettera a per le quali i pazienti o i loro assicuratori, sulla base di prescrizioni legali o di una tariffa fissata dall'autorità, non pagano il prezzo a copertura delle spese necessarie dal profilo economico-aziendale;**
- c) **Abrogato**

³ I sussidi per prestazioni conformemente all'articolo 16 capoverso 1 lettera a risultano dalla differenza tra il tasso base LAINF, LAI e LAM e il tasso base LAMal nel Cantone.

⁴ **Abrogato**

Art. 18e cpv. 2 lett. i e k

² Sono considerate prestazioni economicamente di interesse generale in particolare le spese per:

- i) previdenza medica per situazioni d'emergenza e catastrofi;
- k) prestazioni obbligatorie conformemente all'articolo 10b capoverso 2, se i costi d'esercizio e d'investimento non sono coperti dalle tariffe.**

Art. 18g cpv. 2 e 3

² Le forfetarie devono corrispondere alla spesa media per caso degli ospedali (...) e delle case per partorienti economici che offrono prestazioni nella qualità necessaria.

³ Di principio, il prezzo base va concordato in modo uniforme per tutti gli ospedali (...) e le case per partorienti del Cantone.

Titolo intermedio che precede l'art. 20

V. Sussidi a offerte di servizi per la cura e l'assistenza stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane

Art. 20a cpv. 1

¹ **I Servizi psichiatrici dei Grigioni** sono competenti per la cura e l'assistenza di pazienti con disturbi psicogeriatrici, per quanto lo richieda il genere e la gravità della loro malattia e del loro handicap.

Titolo intermedio che precede l'art. 22

VI. Posti di formazione per scuole in campo sanitario e sociale

Titolo intermedio che precede l'art. 26

VII. Vigilanza sulle istituzioni

Titolo intermedio che precede l'art. 29

VIII. Sussidi per le case dei medici e le condotte mediche

Titolo intermedio che precede l'art. 31

IX. Sussidi ai servizi di cura e assistenza a domicilio, nonché agli infermieri diplomati riconosciuti

Titolo intermedio che precede l'art. 31g

X. Sussidi ai servizi di consulenza alle madri e ai padri

Titolo intermedio che precede l'art. 32

XI. Servizio di salvataggio

Titolo intermedio che precede l'art. 44

XII. Istituzioni di psichiatria dei bambini e degli adolescenti

Titolo intermedio che precede l'art. 47

XIII. Disposizioni finali (...)

Art. 52 Titolo marginale

Disposizioni transitorie della revisione parziale del 16 giugno 2011

a) Offerte di prestazioni aventi diritto a sussidi degli ospedali (...) e delle case per partorienti

Art. 54

Disposizioni transitorie relative alla revisione parziale del ...

La legge sull'igiene pubblica del Cantone dei Grigioni (Legge sull'igiene pubblica; CSC 500.000) è modificata come segue:

Art. 6 lett. a

L'Ufficio competente:

- a) vigila sugli ospedali, le **case per partorienti** e gli stabilimenti termali, le offerte di servizi stazionari per la cura e l'assistenza di pazienti lungodegenti e persone anziane, le istituzioni della cura e dell'assistenza a domicilio, gli istituti di medicina, i laboratori, nonché sulle persone che esercitano professioni nel settore dell'igiene pubblica;

Art. 16 cpv. 1

Ospedali, **case per partorienti** e stabilimenti termali

¹ Sono considerati ospedali, **case per partorienti** e stabilimenti termali tutte le istituzioni dirette da medici destinate ad accogliere, visitare, trattare o curare ammalati o feriti oppure all'assistenza ai parti.

Art. 17

Abrogato

Art. 18

Abrogato

Art. 19

(...) **Gli ospedali (...)** sono obbligati ad accogliere **24 ore su 24** malati e feriti anche senza ordine del medico. (...)

Art. 23

Il ricovero volontario in **un ospedale psichiatrico** richiede un certificato medico e il consenso scritto del paziente.

Art. 25 cpv. 1

¹ L'esercizio di **ospedali, case per partorienti e stabilimenti termali** richiede un'autorizzazione.

Art. 26

Abrogato

II.

La presente revisione parziale è soggetta a referendum facoltativo.

Il Governo stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Geltendes Recht

Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)¹⁾

Vom Volke angenommen am 2. Dezember 1979²⁾

I. Allgemeines

Art. 1³⁾

¹ Der Kanton fördert durch Beratung, Koordination und Gewährung von Beiträgen eine bedarfsgerechte, zweckmässige und wirtschaftliche medizinische Versorgung, Pflege sowie Betreuung von Kranken, Langzeitpatienten und betagten Personen. Grundsatz

² Das Recht des Patienten auf freie Spital- und Heimwahl bleibt gewährleistet.

Art. 1a⁴⁾

Personen, Funktions- und Berufsbezeichnungen in diesem Gesetz und den dazugehörigen Verordnungen beziehen sich auf beide Geschlechter, soweit sich aus dem Sinn dieser Erlasse nichts anderes ergibt. Gleichstellung der Geschlechter

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 Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁴⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

Art. 2¹⁾**Art. 3**²⁾

Beitrags-
berechtigte
Leistungs-
erbringer³⁾

¹ Der Kanton unterstützt:

- a) ⁴⁾ die auf einer Spitalliste aufgeführten Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser;
- 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;
- f) ⁵⁾ die von der Regierung anerkannten Rettungsorganisationen.
- g) ⁶⁾

² Sofern ein ausgewiesener Bedarf nachgewiesen ist, kann die Regierung die Unterstützung auf weitere Leistungserbringer ausdehnen.

³ ⁷⁾

⁴ Selbständig erwerbende Pflegefachpersonen werden als beitragsberechtigigt anerkannt, wenn sie die von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen.

¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung und Einfügung der Absätze 3 – 5 gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁶⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁷⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

5 1)

Art. 4 ²⁾

¹ Die vom Kanton unterstützten Leistungserbringer sind verpflichtet, dem zuständigen Amt unentgeltlich die zur Ermittlung der Betriebsbeiträge erforderlichen betriebs- und patientenbezogenen Kosten- und Leistungsdaten einzureichen. Die Regierung legt die einzureichenden Daten fest, das Amt die Frist, innert welcher die Daten einzureichen sind. Einzureichende
Daten

² Der Kanton kann Daten der Leistungserbringer veröffentlichen. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Art. 5 ³⁾

Das Kantonsgebiet wird in folgende Spitalregionen eingeteilt: Spitalregionen

- a) ⁴⁾Spitalregion Churer Rheintal mit den Gemeinden: Felsberg, Flims, Tamins, Trin, Bonaduz, Domat/Ems, Rhäzüns, Chur, Churwalden, Tschierschen-Praden, Haldenstein, Igis, Mastrils, Trimmis, Untervaz, Zizers, Fläsch, Jenins, Maienfeld, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, Peist, St. Peter-Pagig, Vaz/Ober-vaz, Lantsch/Lenz, Safien, Tenna, Versam;
- b) Spitalregion Oberengadin mit den Gemeinden: Bever, Celerina/Schlarigna, Madulain, Pontresina, La Punt-Chamues-ch, Samedan, St. Moritz, S-chanf, Sils i.E./Segl, Silvaplana, Zuoz;
- c) Spitalregion Engiadina bassa mit den Gemeinden: Ardez, Guarda, Lavin, Susch, Tarasp, Zernez, Ramosch, Samnaun, Tschlin, Ftan, Scuol, Sent;
- d) ⁵⁾Spitalregion Davos mit den Gemeinden: Davos, Schmitten;

¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 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.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

- e) ¹⁾Spitalregion Surselva mit den Gemeinden: Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Medel (Lucmagn), Schlans, Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castisch, Falera, Ilanz, Laax, Ladir, Luven, Mundaun, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, Schluein, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duvin, Degen, Lumbrein, Morissen, St. Martin, Suraua, Vals, Vella, Vignogn, Vrin, Andiast, Obersaxen, Pigniu, Rueun, Siat, Waltenzburg/Vuorz, Valendas;
- f) ²⁾Spitalregion Heizenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula mit den Gemeinden: Avers, Almens, Fürstenau, Paspels, Pratval, Rodels, Rothbrunnen, Scharans, Sils i.D., Tomils, Hinterrhein, Nufenen, Splügen, Sufers, Andeer, Casti-Wergenstein, Donat, Ferrera, Lohn, Mathon, Rongellen, Zillis-Reischen, Cazis, Flerden, Masein, Thusis, Tschappina, Urmein, Muten, Alvaschein, Tiefencastel, Alvaneu, Brienz/Brinzauls, Surava, Bergün/Bravuogn, Filisur;
- g) Spitalregion Oberhalbstein mit den Gemeinden: Bivio, Cunter, Marmorera, Mon, Mulegns, Riom-Parsonz, Salouf, Savognin, Stierva, Sur, Tinizong-Rona;
- h) ³⁾Spitalregion Prättigau mit den Gemeinden: Fideris, Furna, Jenaz, Klosters-Serneus, Conters i.P., Küblis, Saas i. P., Luzein, St. Antönien, Grüşch, Schiers, Seewis i.P.;
- i) ⁴⁾Spitalregion Val Müstair mit der Gemeinde Val Müstair;
- k) ⁵⁾Spitalregion Poschiavo mit den Gemeinden: Brusio, Poschiavo;
- l) ⁶⁾Spitalregion Bergell mit der Gemeinde Bregaglia;
- m) Spitalregion Mesolcina-Calanca mit den Gemeinden: Lostalio, Mesocco, Soazza, Cama, Grono, Leggia, Roveredo, San Vittore, Verdabbio, Arvigo, Braggio, Buseno, Castaneda, Cauco, Rossa, Sta. Maria i.C., Selma.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 6¹⁾

¹ Als öffentliche akutsomatische Spitäler im Sinne dieses Gesetzes gelten das Kantonsspital Graubünden in Chur, das Spital Oberengadin in Samedan, das Spital Davos in Davos, das Regionalspital Surselva in Ilanz, das Krankenhaus Thusis in Thusis, das Ospidal d'Engiadina bassa in Scuol, das Regionalspital Prättigau in Schiers, das Kreisspital Surses in Savognin, das Ospedale San Sisto in Poschiavo, das Ospedale Asilo della Bregaglia in Promontogno, das Ospidal Val Müstair in Sta. Maria.

Öffentliche
Spitäler

² Als öffentliche psychiatrische Spitäler im Sinne dieses Gesetzes gelten die Kliniken Waldhaus und Beverin der Psychiatrischen Dienste Graubünden und die Kinder- und Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden.

Art. 6a²⁾

¹ Die Regierung legt in der Spitalliste die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser und deren Leistungsauftrag fest.

Beitrags-
berechtigte
Leistungs-
angebote der
Spitäler, Kliniken
und
Geburtshäuser

² Sie vereinbart in einer Leistungsvereinbarung mit den öffentlichen Spitälern:

- a) die beitragsberechtigten stationären UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen;
- b) die beitragsberechtigten, aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung oder aus volkswirtschaftlicher Sicht als sinnvoll anerkannten ambulanten KVG-Pflichtleistungen;
- c) den Auftrag in den Bereichen der universitären Lehre und der Forschung;
- d) die beitragsberechtigten gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- e) die beitragsberechtigten Leistungen im Bereich des Notfall- und Krankentransports.

³ Die Regierung kann zur Sicherstellung der Versorgung auch Leistungsvereinbarungen mit privaten oder ausserkantonalen Spitälern abschliessen.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 7¹⁾**Art. 8²⁾****Art. 9**

Organisation der
Spital- und
Planungs-
regionen³⁾

¹ ...⁴⁾

² ...⁵⁾

³ ⁶⁾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.

Art. 10⁷⁾

Rückerstattung

¹ ⁸⁾Wird eine vom Kanton mit Baubeiträgen unterstützte Institution ihrer Zweckbestimmung entzogen, sind für jedes bis 25 Jahre seit der Beitragsgewährung fehlende Jahr vier Prozent des ausgerichteten Beitrages zu erstatten. Die Regierung legt den zu erstattenden Betrag fest.

²Für Rückforderungen besteht ein gesetzliches, den eingetragenen Belastungen nachgehendes Pfandrecht des Kantons gemäss Artikel 836 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. Das Pfandrecht ist im Grundbuch einzutragen.

-
- ¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt
- ²⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
- ³⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
- ⁴⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
- ⁵⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
- ⁶⁾ 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.
- ⁷⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel
- ⁸⁾ Fassung 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 1)Die Regierung kann bei Zweckänderungen, die im kantonalen Interesse liegen, von einer Rückforderung absehen.

⁴ ... 2)

II. Beiträge an die Investitionen von Spitälern ³⁾

Art. 11 ⁴⁾

¹ ... 5)

² ... 6)

³ ... 7)

⁴ Der Grosse Rat kann für Investitionen, die im überregionalen Interesse liegen, einen zusätzlichen Investitionsbeitrag an ein einzelnes Spital festlegen.

⁵ ... 8)

Kantonsbeiträge
a) Allgemeines

¹) 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

²) Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³) Fassung 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

⁴) Fassung der Abs. 1 und 2 und Einfügung der Abs. 3 - 5 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

⁵) Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁶) Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁷) Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁸) Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 11a¹⁾

Art. 12²⁾

Art. 13³⁾

Art. 14⁴⁾

Art. 15⁵⁾

III. Beiträge an Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser⁶⁾

Art. 16⁷⁾

Art. 17⁸⁾

Anteil der
öffentlichen Hand

¹ Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen fest.

² Der Entscheid der Regierung ist endgültig.

¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ 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

⁵⁾ Aufgehoben gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁷⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁸⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 18¹⁾

¹ Die Beiträge des Kantons und der Gemeinden setzen sich zusammen:

Kantons- und
Gemeinde-
beiträge
1. Grundsatz

- a) aus dem Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen;
- b) aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für medizinische Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 Litera a, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;
- c) aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für medizinische Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 Litera b, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines genehmigten beziehungsweise hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;
- d) aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für den Notfall- und Krankentransportdienst;
- e) aus den Beiträgen an die Spitäler für die universitäre Lehre und die Forschung;
- f) aus den Beiträgen an die öffentlichen akutsomatischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- g) aus den Beiträgen an die öffentlichen psychiatrischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- h) aus den Beiträgen an private und ausserkantonale Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung.

² Beiträge an stationäre Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die stationäre Behandlung medizinisch indiziert ist.

³ Die Beiträge für Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 Litera a ergeben sich aus der Differenz des UVG-, IVG-, MVG-Basisfallwertes zum KVG-Basisfallwert im Kanton.

⁴ Die Beiträge für Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 Litera b ergeben sich aus der Differenz des UVG-, IVG-, MVG-Taxpunktwertes der Spitäler zum KVG-Taxpunktwert im Kanton. Die Regierung kann für die Berechnung der Beiträge den UVG-, IVG-, MVG-Taxpunktwert um maximal fünf Prozent kürzen. Der Beitrag für die Tageskliniken der öffentlichen psychiatrischen Spitäler beträgt maximal 55 Prozent der Pauschalen.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 18a¹⁾

2. Aufteilung der Beiträge zwischen Kanton und Gemeinden

¹ Der Kanton und die Gemeinden beteiligen sich wie folgt an den Beiträgen gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera a, b, c, d und f:

- | | |
|-------------|------------|
| a) Kanton | 90 Prozent |
| b) Gemeinde | 10 Prozent |

² Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera a und b sind die Gemeinden der Spitalregion, in welcher die behandelte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Für nach KVG versicherte ausländische Arbeitnehmer und deren Angehörige ohne zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz sind die Gemeinden der Spitalregion der Aufenthaltsgemeinde des Arbeitnehmers beitragspflichtig.

³ Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera c, d und f sind die Gemeinden der betreffenden Spitalregion.

⁴ Zu 100 Prozent zu Lasten des Kantons gehen die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera e, g und h sowie die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera a für Personen des Asylbereichs, soweit sie sich in einer Kollektivunterkunft aufhalten und keine Erwerbstätigkeit ausüben.

Art. 18b²⁾

Grosser Rat

Der Grosse Rat legt jährlich im Budget abschliessend fest:

- a) den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden an den Notfall- und Krankentransportdienst der öffentlichen Spitäler und der Spitalregion Mesolcina-Calanca;
- b) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an die Spitäler für die universitäre Lehre und die Forschung;
- c) den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden an die öffentlichen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- d) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an private und ausserkantonale Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 18c¹⁾

Die Regierung teilt den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden für den Notfall- und Krankentransportdienst unter Berücksichtigung des Rettungskonzepts sowie des Kostendeckungsgrades bei wirtschaftlicher Führung und angemessener Ausgestaltung und Organisation des Rettungsdienstes auf die Spitäler und auf die Spitalregion Mesolcina-Calanca auf.

Notfall- und
Krankentransport

Art. 18d²⁾

Die Regierung teilt den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons für die universitäre Lehre und die Forschung wie folgt auf die einzelnen Spitäler auf:

Universitäre
Lehre und
Forschung

- a) innerkantonale Spitäler: insbesondere unter Berücksichtigung der Leistungsvereinbarung, der ausgewiesenen Kosten und Leistungen sowie der Stellenzahl des Vorjahres;
- b) ausserkantonale Spitäler: gemäss interkantonalen Vereinbarung.

Art. 18e³⁾

¹ Die Regierung teilt den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden für gemeinwirtschaftliche Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsvereinbarungen, der bei wirtschaftlicher Führung ungedeckten Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie der Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten und von Selbstzahlern auf die einzelnen Spitäler auf.

Gemeinwirtschaftliche
Leistungen

² Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufwendungen für:

- a) Vorhalteleistungen;
- b) Palliativpflege;
- c) Prävention;
- d) Sozialdienst;
- e) Spitalseelsorge;
- f) Epidemievorsorge;
- g) Rechtsmedizin;
- h) Betrieb eines geschützten Spitals;

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

- i) medizinische Vorsorge für Notlagen und Katastrophen.

Art. 18f¹⁾

Beitrags-
kürzungen

¹ Die Regierung kann die Beiträge des Kantons an ein Spital für den Notfall- und Krankentransport, die universitäre Lehre und die Forschung sowie für gemeinwirtschaftliche Leistungen kürzen, wenn:

- a) die Leistungen vom Spital nicht gemäss den der Betriebsbewilligung zu Grunde gelegten Anforderungen an die Strukturqualität erbracht werden;
- b) die Kosten- und Leistungsdaten vom Spital unvollständig, fehlerhaft oder verspätet eingereicht werden;
- c) die von der Regierung erlassenen Vorschriften über die Betriebsführung und Rechnungslegung vom Spital nicht eingehalten werden;
- d) die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe vom Spital nicht zur Verfügung gestellt wird.

² Die Kürzung darf pro Einwohner der Spitalregion nicht mehr als 50 Franken betragen.

Art. 18g²⁾

Tarif-
genehmigung

¹ Die der Regierung zur Genehmigung vorgelegten Tarifverträge haben zusätzlich zu den vom Bund vorgegebenen Anforderungen zu beinhalten:

- a) geeignete Mechanismen zur Verhinderung nicht gerechtfertigter Mengenausweitung;
- b) datenschutzrechtlich konforme Regelung der Weitergabe von Patientendaten an die Krankenversicherer;
- c) Korrekturmechanismus bei ungenügender Kodierungsqualität.

² Die Pauschalen haben dem durchschnittlichen Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser in der notwendigen Qualität zu entsprechen.

³ Der Basispreis ist für alle Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser im Kanton grundsätzlich einheitlich zu vereinbaren.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 18h¹⁾

Der Kanton kann durch die Tarifverträge nicht abgedeckte betriebswirtschaftlich notwendige Mehrkosten neuer wissenschaftlich allgemein anerkannter stationärer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden während maximal zwei Jahren finanzieren.

Innovations-
beiträge

Art. 19²⁾**IV. Beiträge an Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen³⁾****Art. 20⁴⁾**

¹ ⁵⁾Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen.

Zuständigkeit
a) Gemeinden

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⁾ Einfügung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 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.

⁵ ¹⁾Die Aufnahme von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz setzt eine Kostengutsprache des Wohnsitzkantons und/oder der Wohnsitzgemeinde voraus.

Art. 20a ²⁾

b) Kanton

¹ Die kantonalen Psychiatrischen Kliniken sind für die Pflege und Betreuung von Psychogeriatricpatienten zuständig, sofern dies Art und Schwere ihrer Erkrankung und Behinderung erfordern.

² Sie leisten Unterstützung bei der klinikexternen Betreuung von pflegebedürftigen Personen mit psychischen Störungen.

Art. 21 ³⁾

Investitionsbeiträge
a) Grundsatz
und Höhe

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.

⁴ ⁴⁾Die Regierung kann die Investitionsbeiträge der Teuerung anpassen.

Art. 21a ⁵⁾

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;

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 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⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

- 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. 21b¹⁾

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
Kostenbe-
teiligung 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 zulässige Reserven nicht überschritten werden.

Art. 21c²⁾

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen leistungsbezogene Beiträge an:

Betriebsbeiträge
der öffentlichen
Hand

- a) die Pflegeleistungen;
- b) die Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

² Der Beitrag des Kantons und der Gemeinden beträgt 25 Prozent beziehungsweise 75 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 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. 21d¹⁾

Innovations-
beiträge

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.

Art. 21e²⁾

Beiträge an
Organisationen

¹ Der Kanton kann in Berücksichtigung des öffentlichen Interesses kantonalen oder regional tätigen gemeinnützigen privaten Organisationen Beiträge zur Förderung der Altershilfe gewähren.

Art. 21f³⁾

Anteil der
öffentlichen Hand

¹ Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest.

¹⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

²⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

² Der Entscheid der Regierung ist endgültig.

Art. 21g¹⁾

Die Beiträge des Kantons können um 5 bis 30 Prozent gekürzt werden, Beitragskürzung
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 Kostengutsprache aufgenommen werden.

V. Ausbildungsplätze für Schulen des Gesundheits- und Sozialwesens²⁾

Art. 22³⁾

¹ ⁴⁾ Die beitragsberechtigten Leistungserbringer des Gesundheits- und Sozialwesens sind verpflichtet, innerkantonalen und im Interesse des Kantons liegenden ausserkantonalen Ausbildungsstätten eine dem Mitarbeitendenbestand angemessene Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung zu stellen. Ausbildungsplätze

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

³⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

² ¹⁾ Die Regierung kann die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Ausbildungsbetrieb festlegen.

Art. 23²⁾

Art. 24³⁾

Abgeltung der
Arbeitsleistung

¹ ⁴⁾ Die Arbeitsleistungen der Auszubildenden sind in der Regel von den Institutionen abzugelten.

² Die Regierung kann das System und die Höhe der Abgeltung festlegen.

³ ⁵⁾ Werden die Arbeitsleistungen statt durch die Institution durch Lohnzahlungen der Schule abgegolten, wird die von der Institution zu leistende Abgeltung mit den Beiträgen des Kantons an die Institution verrechnet.

Art. 25 – 25bis⁶⁾

VI. Aufsicht über Institutionen

Art. 26

Mitsprache-
recht⁷⁾

¹ ⁸⁾ Die Trägerschaften der öffentlichen akutsomatischen Spitäler haben den Gemeinden ihrer Spitalregion ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Einfügung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁶⁾ Aufgehoben gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁷⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁸⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

2 ... 1)

3 ... 2)

Art. 27³⁾

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 ⁴⁾ Sie erlässt Vorgaben über die maximale Höhe der Reserven der beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheime, Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und Dienste der Mütter- und Väterberatung.

¹) 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.

²) Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³) Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁴) Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 28¹⁾

VII. Beiträge an Arzthäuser und Arztwartgelder

Art. 29 – 30²⁾

VIII. Beiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie an die anerkannten Pflegefachpersonen³⁾

Art. 31

Zuständigkeit

¹ ⁴⁾ Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung.

² ⁵⁾ Die Absätze 2 und 3 von Artikel 20 gelten sinngemäss.

³ ... ⁶⁾

⁴ ... ⁷⁾

Art. 31a⁸⁾

Anteil der öffentlichen Hand

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 oder hoheitlich festgelegten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest.

-
- ¹⁾ Aufgehoben mit Volksbeschluss vom 24. September 1989; siehe FN zu Art. 20
- ²⁾ Aufgehoben gemäss Volksbeschluss vom 30. November 2003; tritt am 1. Januar 2004 in Kraft
- ³⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt
- ⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 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⁾ 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.
- ⁷⁾ 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
- ⁸⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 31b¹⁾

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:

Kosten und
Kostenbe-
teiligung der
Klienten

- 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. 31c²⁾

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag leistungsbezogene Beiträge an:

Beiträge
a) Dienste mit
kommunalem
Leistungsauftrag

- 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

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

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 betreuenden Leistungen und des Mahlzeitendienstes begrenzen.

Art. 31d¹⁾

b) Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und anerkannte Pflegefachpersonen

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und den anerkannten Pflegefachpersonen leistungsbezogene Beiträge an:

- 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. 31e²⁾

Anspruch auf Leistungen

¹ Voraussetzung für den Anspruch auf hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen sowie den Mahlzeitendienst ist eine standardisierte Bedarfsabklärung, welche die Ressourcen der Klienten und diejenigen ihres sozialen Umfeldes berücksichtigt.

² Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einem kommunalen Leistungsauftrag haben anspruchsberechtigten pflege- und betreuungsbedürftigen Personen mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet alle Leistungen gemäss Artikel 31c Absatz 1 zu erbringen.

Art. 31f³⁾

Beitragskürzung

Die Beiträge des Kantons können um 5 bis 30 Prozent gekürzt werden, wenn:

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 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.

- 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) ¹⁾den pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen höhere als die von der Regierung festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen in Rechnung gestellt werden;
- e) ²⁾die den pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in Rechnung gestellten Tarife zu einer Überschreitung der gemäss Vorgabe der Regierung maximal zulässigen Reserven führen;
- f) ³⁾die von der Regierung erlassenen Vorschriften über die Betriebsführung und Rechnungslegung nicht eingehalten werden;
- g) ⁴⁾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 ⁵⁾

Art. 31g ⁶⁾

¹ Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot an Diensten der Mütter- und Väterberatung. Zuständigkeit

² Die Absätze 2 und 3 von Artikel 20 gelten sinngemäss.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁴⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁶⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

Art. 31h¹

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.

Art. 31i²

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. 31k³

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;

¹) Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²) Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³) Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

- 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.

Art. 31bis¹⁾**X. Rettungswesen**²⁾**Art. 32**³⁾

Der Kanton gewährleistet eine möglichst optimale und rasche Rettung von verunfallten, kranken oder sich in Gefahr befindenden Personen durch Koordination, Aufsicht und Gewährung von Beiträgen an die im Rettungswesen tätigen Organisationen und Personen. Personenrettung

Art. 33⁴⁾

Die Regierung erlässt ein Konzept über die Organisation des Rettungswesens. Rettungskonzept

Art. 34⁵⁾

¹⁾ Eine zentrale Koordinationsstelle gewährleistet rund um die Uhr die Alarmierung bei medizinischen Notfällen und koordiniert den Einsatz der geeigneten personellen und materiellen Mittel. Koordination

²⁾ Der Kanton kann die zentrale Koordinationsstelle selber betreiben oder Dritte damit beauftragen.

³⁾ ⁶⁾ Personen, die durch einen von der zentralen Koordinationsstelle alarmierten Notfall- und Krankentransportdienst eines öffentlichen Spitals

¹⁾ 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.

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997

⁴⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997

⁵⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997

⁶⁾ Einfügung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

transportiert werden, haben sich an den Betriebskosten der Koordinationsstelle zu beteiligen. Die Höhe der Beteiligung wird von der Regierung festgelegt. Der festgelegte Betrag ist vom Spital in Rechnung zu stellen und an die Koordinationsstelle weiterzuleiten.

Art. 35¹⁾**Art. 36**²⁾

Transportdienste,
Bewilligung

¹ Die öffentlichen Spitäler sind in ihrer Region für einen leistungsfähigen Notfall- und Krankentransport auf der Strasse verantwortlich. Sie haben sich dazu mit den regionalen ärztlichen Notfalldiensten abzusprechen und haben Ärzte für ihre Einbindung in den Notfall- und Krankentransportdienst zu entschädigen.

² Der Notfall- und Krankentransport ausserhalb der Strasse und die Ortung, Rettung und Bergung von sich in Gefahr befindenden Personen obliegt den von der Regierung anerkannten privaten und öffentlichen Institutionen des Rettungswesens.

³ Der gewerbmässige Transport von Kranken und Verunfallten bedarf einer Bewilligung.

Art. 37³⁾**Art. 38**⁴⁾

Sonderfälle

¹ Befindet sich in einer Spitalregion kein öffentliches Spital, hat die Spitalregion ein anderes Spital oder eine andere Organisation mit dem Notfall- und Krankentransportdienst auf der Strasse in ihrer Region zu beauftragen. Artikel 18a Absatz 1 und Artikel 36 Absatz 1 finden sinngemäss Anwendung.

² Die Regierung kann Spitalregionen den Anschluss an eine ausserkantonale Koordinationsstelle genehmigen, wenn dies zur Erfüllung der Zielsetzung des Rettungswesens im Kanton als zweckmässig erscheint. Die entsprechenden Kosten gehen zu Lasten des Kantons.

¹⁾ Aufhebung gemäss Art. 40 Abs. 2 Katastrophenhilfegesetz, BR 630.100

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Art. 39¹⁾**Art. 40**²⁾

¹ ...³⁾

Wartgeld

² ⁴⁾ Der Kanton kann anerkannten Rettungsorganisationen ein Wartgeld gewähren.

Art. 41⁵⁾

Der Kanton schliesst für die an Rettungsaktionen oder an Ausbildungskursen teilnehmenden Personen eine Haftpflichtversicherung und eine ergänzende Unfallversicherung ab.

Versicherung

Art. 42⁶⁾

¹ Sind Kosten eines durch eine anerkannte Organisation durchgeführten Notfall- und Krankentransportes auf der Strasse uneinbringlich, so gehen diese zu Lasten der Betriebsrechnung des Spitals der betreffenden Spitalregion.

Uneinbringliche
Kosten

² Der Kanton kann uneinbringliche Kosten von Such-, Bergungs- und Rettungsaktionen der übrigen beteiligten Organisationen übernehmen.

¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

²⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997

³⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997

⁶⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997

Art. 43¹⁾

XI. Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie²

Art. 44³⁾

Art. 45⁴⁾

Art. 46⁵⁾

XII. Schluss- und Übergangsbestimmungen⁶

Art. 47⁷⁾

Die nachstehenden Gesetze werden wie folgt geändert:

1. ⁸⁾Das Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen; BR 544.300):

Änderung und
Aufhebung von
Erlassen

-
- ¹⁾ 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
 - ²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt
 - ³⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
 - ⁴⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
 - ⁵⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
 - ⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt
 - ⁷⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.
 - ⁸⁾ Änderung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

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.

2. Das Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz; BR 500.000):

Art. 20 Abs. 3 und 4

³ Sie haben Anrecht auf eine angemessene Spitalseelsorge.

⁴ Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anrecht auf angemessene Pflege und Begleitung.

Art. 34 Abs. 3

³ Die öffentlichen Spitäler können in den regionalen ärztlichen Notfalldienst eingebunden werden.

Art. 48¹⁾**Art. 49²⁾****Art. 49a³⁾**

¹ Bei der Festlegung des Investitionsbeitrages werden in den ersten zehn Jahren nach In-Kraft-Treten der Teilrevision die in den letzten fünfzehn Jahren vor In-Kraft-Treten der Teilrevision geleisteten sowie die von der Regierung bis zum In-Kraft-Treten der Teilrevision zugesicherten aber noch nicht geleisteten Beiträge abgestuft nach dem Beitragsjahr berücksichtigt.

² Die vor In-Kraft-Treten der Teilrevision zugesicherten, noch nicht geleisteten Beiträge werden nach bisherigem Recht ausgerichtet. Bei der Festlegung der Beiträge gemäss Artikel 11 Absatz 3 werden sie zu 100

2. Spitäler
a) Investitions-
beiträge

¹⁾ 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.

²⁾ 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.

³⁾ 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

Prozent angerechnet. Die zeitliche Beschränkung gemäss Absatz 1 findet nicht Anwendung.

Art. 49b¹⁾

Art. 49c²⁾

3. Alters- und
Pflegeheime und
Pflegegruppen

¹ An Bauprojekte, bei denen vor dem In-Kraft-Treten der Teilrevision ein den Vorgaben der zuständigen Dienststellen entsprechendes Gesuch eingereicht wurde, werden Investitionsbeiträge nach bisherigem Recht ausgerichtet, soweit innert sechs Jahren nach In-Kraft-Treten der Teilrevision eine Abrechnung eingereicht wird. Während eines Rechtsmittelverfahrens steht diese Frist still.

Art. 49d³⁾

Art. 49e⁴⁾

An Bauprojekte, welche vor Inkrafttreten der Teilrevision eine definitive Beitragszusicherung der Regierung erhalten haben, werden Investitionsbeiträge nach bisherigem Recht ausgerichtet.

¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 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⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁴⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

Art. 50¹⁾

Die Regierung bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes.²⁾ Auf diesen Zeitpunkt ist das Gesetz über die Förderung der Krankenpflege vom 25. Oktober 1964 aufgehoben.³⁾

Inkrafttreten

Art. 51⁴⁾**Art. 51a**⁵⁾¹ ... ⁶⁾

² Die Regierung stellt sicher, dass bei den von ihr gewählten Stiftungsratsmitgliedern der Stiftung „Kantonsspital Graubünden“ beide Geschlechter vertreten sind.

Kantonsspital
Graubünden

¹⁾ Neue Nummerierung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; siehe FN zum Titel

²⁾ Mit RB vom 10. Dezember 1979 auf den 1. Januar 1980 in Kraft gesetzt; zur Teilrevision vom 24. September 1989, die auf den 1. Januar 1990 in Kraft gesetzt wurde, gehört folgende Übergangsbestimmung:

Die Teilrevision wird nach der Annahme durch das Volk von der Regierung in Kraft gesetzt.

Für Projekte, die nach dem 31. Dezember 1985 angemeldet worden sind und keine Bundesbeiträge mehr erhalten, gilt der revidierte Art. 20 Abs. 2, sofern die Projekte zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung dieser Bestimmung noch nicht abgeschlossen sind.

³⁾ AGS 1964, 537

⁴⁾ 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.

⁵⁾ Einfügung 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.

⁶⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt

XII. ...¹⁾**Art. 52**²⁾

Übergangsbestimmungen zur Teilrevision vom 16. Juni 2011
a) Beitragsberechtigte Leistungsangebote der Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser

¹ Im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten der Teilrevision gelten die Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 im bisherigen Rahmen als beitragsberechtigt.

² Die Aufteilung des vom Grossen Rat festgelegten Gesamtkredits für gemeinwirtschaftliche Leistungen auf die einzelnen Spitäler erfolgt im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten der Teilrevision gemäss dem von der Regierung im Jahr 2011 angewendeten Schlüssel.

Art. 53³⁾

b) Ausgleich der Investitionsbeiträge an Spitäler

¹ Der Ausgleich der Investitionsbeiträge des Kantons an die Spitäler gemäss Artikel 49a Absatz 1 wird in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der Teilrevision fortgeführt. Der Ausgleich erfolgt pro rata temporis durch eine Verrechnung mit dem Beitrag des Kantons für gemeinwirtschaftliche Leistungen beziehungsweise einen Zuschlag auf diesen Beitrag.

² Spitäler, denen in Anwendung von Artikel 49a Absatz 2 Beiträge ausgerichtet wurden, haben diese dem Kanton nach Abzug der gemäss Artikel 11 Absatz 3 berechneten jährlichen Investitionsbeiträge zu 75 Prozent zu erstatten. Der Rückerstattungsmodus wird zwischen den Spitälern und dem Kanton vereinbart.

³ Die gemäss Absatz 2 rückerstatteten Investitionsbeiträge werden unter Berücksichtigung der stationären Fälle und der mittleren Fallschwere der Jahre 2005 bis 2009 auf die öffentlichen akutsomatischen Spitäler verteilt.

¹⁾ 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

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

³⁾ Einfügung gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Anhang zum Krankenpflegegesetz (Art. 6a)¹⁾

¹⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 16. Juni 2011; B vom 1. März 2011, 883; GRP 2010/2011, 927; mit RB vom 1. November 2011 auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt.

Auszug aus dem geltenden Recht

Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz)

Vom Volke angenommen am 2. Dezember 1984¹⁾

II. Organisation und Zuständigkeit

Art. 6²⁾

¹ Das zuständige Departement vollzieht die Erlasse auf dem Gebiete des Gesundheitswesens und trifft die notwendigen gesundheitspolizeilichen Massnahmen und Verfügungen, sofern diese Aufgaben nicht ausdrücklich anderen Behörden oder Ämtern übertragen sind. 2. Departement

² ...

³ ...

Art. 6a³⁾

Das zuständige Amt:

3. Amt

- a) beaufsichtigt die Spitäler, Kliniken und Heilbäder, die stationären Angebote zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen, die Institutionen der häuslichen Pflege und Betreuung, die medizinischen Institute, die Laboratorien sowie Personen, die Berufe des Gesundheitswesens ausüben;
- b) erteilt und entzieht die gesundheitspolizeilichen Bewilligungen;

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

²⁾ Fassung sowie Aufhebung der Absätze 2 und 3 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 in Kraft gesetzt.

- c) verfügt die Beschlagnahme und Vernichtung von gesundheitsgefährdenden Erzeugnissen, Gegenständen, Bestandteilen, Pflanzen, Geräten oder Stoffen;
- d) verfügt die Schliessung und Liquidation von Praxen oder Betrieben;
- e) führt die gesundheitspolizeilichen Strafverfahren;
- f) ¹⁾kann den Stellen, die mit der Führung von gesamtschweizerischen Registern über Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, betraut sind, die zum Schutze der öffentlichen Gesundheit notwendigen Daten mitteilen;
- g) ²⁾verfügt den Entzug der Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke beziehungsweise die Berechtigung zur Abgabe von Arzneimitteln gemäss Artikel 36 Absatz 3.

IV. Einrichtungen der Gesundheitspflege

Art. 16

Spitäler, Kliniken
und Heilbäder

¹ Als Spitäler, Kliniken und Heilbäder gelten alle unter ärztlicher Leitung stehenden Institutionen, die der Aufnahme, Untersuchung, Behandlung oder Pflege von kranken oder verletzten Personen oder der Geburtshilfe dienen.

² ... ³⁾

Art. 17

Öffentliche
Spitäler

Als öffentliche Spitäler gelten das kantonale Frauenspital Fontana, die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie die nach dem Krankenpflegegesetz als beitragsberechtigt anerkannten Spitäler.

Art. 18

Private
Institutionen

Als private Institutionen gelten alle übrigen, von natürlichen oder juristischen Personen geführten Spitäler, Kliniken und Heilbäder.

¹⁾ Fassung gemäss Art. 1 des Gesetzes über die Anpassung von Erlassen an die Interkantonale Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen vom 25. April 2006; AGS 2006, KA 2006_1799; am 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

²⁾ Einfügung 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.

³⁾ Aufgehoben 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.

Art. 19¹⁾

Die öffentlichen und die privaten Spitäler und Kliniken sind verpflichtet, Notfallpatienten Kranke und Verunfallte auch ohne ärztliche Einweisung aufzunehmen. Die Aufnahmepflicht der öffentlichen Spitäler besteht rund um die Uhr.

Art. 19bis²⁾**Art. 23**

Der freiwillige Eintritt in eine Psychiatrische Klinik bedarf eines ärztlichen Zeugnisses und der schriftlichen Zustimmung des Patienten.

Hospitalisierung
von psychisch
Kranken
a) Freiwilliger
Eintritt

Art. 25

¹ ⁴⁾ Der Betrieb der öffentlichen und der privaten Spitäler und Kliniken bedarf einer Bewilligung.

Bewilligungs-
pflicht ³⁾

² Die Bewilligung wird erteilt, wenn sich die Leitung und die Mitarbeiter über die notwendigen fachlichen Fähigkeiten ausweisen, die erforderlichen Einrichtungen vorhanden sind und wenn Gewähr für einen einwandfreien Betrieb während der Öffnungszeiten besteht.

³ Sind diese Voraussetzungen nicht mehr gegeben, wird die Bewilligung nach erfolgter Verwarnung entzogen.

Art. 26

Private Spitäler und Kliniken sind verpflichtet, in dringenden Fällen jedermann medizinische Hilfe zu leisten.

Beistandspflicht
private Spitäler
und Kliniken ⁵⁾

¹⁾ 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.

²⁾ Aufgehoben gemäss Art. 47 des Krankenpflegegesetzes; BR 506.000

³⁾ 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.

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.

⁵⁾ 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.

