



Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

Heft Nr. 2/2020–2021

	Inhalt	Seite
2.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Kranken- pflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (KPG).....	37

Inhaltsverzeichnis

2.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (KPG)	
I.	Ausgangslage	38
	1. Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden	38
	2. Botschaft der Regierung zum Regierungsprogramm und Finanzplan 2017–2020	38
	3. Bericht und Antrag der Kommission für Staatspolitik und Strategie des Grossen Rates für den Erlass übergeordneter politischer Ziele und Leitsätze für die Planungsperiode 2021–2024 des Regierungsprogramms und Finanzplans	39
	4. Botschaft der Regierung zum Regierungsprogramm und Finanzplan 2021–2024	39
II.	Vernehmlassungsverfahren	40
	1. Vorgehen und Rücklauf	40
	2. Eckpunkte der Vernehmlassungsvorlage	40
	3. Generelle Beurteilung der Vorlage	42
	3.1 Zielsetzung der Sicherstellung der dezentralen Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden	42
	3.2 Anlass für die Teilrevision	42
	3.3 Gesundheitsversorgungsregionen	42
	3.4 Errichtung von Stiftungen durch die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregion	43
	3.5 Anforderungsprofil des Vorstands der Stiftung	44
	3.6 Finanzielle Anreize zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die von den Gemeinden errichtete Stiftung	44
	3.7 Beiträge an Projekte zur Errichtung der Stiftung und zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die von den Gemeinden errichtete Stiftung	44
	4. Stellungnahmen zu den eingebrachten Einwänden und Anliegen	45
	4.1 Berücksichtigte Einwände und Anliegen	45
	4.2 Nicht berücksichtigte Anliegen	51

4.3	Weitere Anliegen und Bemerkungen	56
4.4	Nicht im Zusammenhang mit der Teilrevision stehende Anliegen und Forderungen	58
III.	Studie der KPMG «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden».....	62
IV.	Umsetzung der im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton vorgesehenen Massnahmen zur Erreichung der angestrebten Strukturen der Gesundheitsversorgung	64
1.	Angemessene Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler	64
2.	Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung	66
3.	Zusammenschluss der institutionellen Leistungserbringer pro Spitalregion.....	66
V.	Ziele der Teilrevision	67
VI.	Eckpunkte der Teilrevision	69
1.	Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen	69
1.1	Überblick über die Spital-, Heim- und Spitexregionen und die Anzahl der institutionellen Leistungserbringer pro Spitalregion.....	69
1.2	Vorgehen.....	70
2.	Schaffung von finanziellen Anreizen zur Zusammenarbeit beziehungsweise Zusammenschluss der institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion..	71
VII.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Revisionsentwurfs	71
VIII.	Fremdänderungen	78
IX.	Auswirkungen der Teilrevision.....	78
1.	Personelle Auswirkungen	78
2.	Finanzielle Auswirkungen	79
2.1	Kanton	79
2.2	Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen	80
2.3	Leistungserbringer und deren Träger	81
3.	Rahmenverpflichtungskredit.....	81

X.	Inkraftsetzung der Teilrevision	82
XI.	Gute Gesetzgebung	83
XII.	Anträge	83
Anhänge		
1.	Karte zu den Spitalregionen	84
2.	Karte zu den Pflegeheimregionen	85
3.	Karte zu den Spitexregionen	86
4.	Karte zu den Gesundheitsversorgungsregionen	87

Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

2.

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

Chur, den 12. Mai 2020

Sehr geehrter Herr Landespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

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

Mit dem vorliegenden Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes sollen die im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden enthaltenen Massnahmen der Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen und der Schaffung von Anreizen zur Bildung einer einzigen Trägerschaft der institutionellen Leistungserbringer in jeder Gesundheitsversorgungsregion umgesetzt werden.

I. Ausgangslage

1. Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden

Im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden hat das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit aufgezeigt, welche Strukturen der Gesundheitsversorgung aus seiner Sicht notwendig sind, damit der Kanton auch in Zukunft über ein alle Regionen versorgendes und wirtschaftlich tragbares Gesundheitsversorgungssystem verfügt.

Gemäss dem im Jahr 2013 veröffentlichten Leitbild sollen zur Gewährleistung eines alle Regionen versorgenden und zugleich wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgungssystems die künftigen Strukturen des Gesundheitswesens des Kantons wie folgt ausgestaltet sein:

- Beibehaltung der regionalen Spitalversorgung
- Deckungsgleiche Einteilung des Kantons für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung
- Wahrnehmung aller Leistungen durch einen Anbieter pro Region

Um die angestrebten Strukturen der künftigen Gesundheitsversorgung des Kantons zu erreichen, sind im Leitbild schwergewichtig folgende Massnahmen vorgesehen:

- Angemessene Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler
- Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen
- Aufgabenzuweisung an die Gesundheitsversorgungsregionen
- Schaffung von Anreizen zur Bildung einer einzigen Trägerschaft der institutionellen Gesundheitsversorgungsanbieter pro Gesundheitsversorgungsregion
- Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

2. Botschaft der Regierung zum Regierungsprogramm und Finanzplan 2017–2020

Die Botschaft zum Regierungsprogramm und Finanzplan für die Jahre 2017–2020 (Botschaft Heft Nr. 12/2015–2016 S. 795ff.) enthält zum Entwicklungsschwerpunkt «Herausforderungen im Gesundheitsbereich» folgende strategischen Absicht:

Damit die Regionalspitäler, Pflegeheime und Spitex-Dienste den stetig steigenden wirtschaftlichen und qualitativen Anforderungen gerecht werden können, ist die Bildung von für alle Aufgaben deckungsgleichen Gesund-

heitsregionen und die Wahrnehmung aller medizinischen und pflegerischen Leistungen in der jeweiligen Gesundheitsregion nach dem Ansatz «ambulant vor stationär» durch ein alle institutionellen Leistungserbringer umfassendes Gesundheitszentrum anzustreben (S. 843).

Die strategische Absicht soll gemäss dem Regierungsprogramm durch eine Revision des Krankenpflegegesetzes umgesetzt werden. Durch diese Teilrevision sollen die Spital-, Spitex-, Alters- und Pflegeheimregionen grundsätzlich deckungsgleich ausgestaltet werden. Die gemäss dem Gesundheitsgesetz und dem Krankenpflegegesetz den Gemeinden obliegenden Aufgaben der Gesundheitsversorgung sollen künftig in den Gesundheitsversorgungsregionen strategisch und operativ einheitlich wahrgenommen werden. Der hierfür erforderliche Zusammenschluss der institutionellen Gesundheitsversorgungsanbieter in einer Gesundheitsversorgungsregion soll im Krankenpflegegesetz durch finanzielle Anreize gefördert werden (S. 848).

3. Bericht und Antrag der Kommission für Staatspolitik und Strategie des Grossen Rates für den Erlass übergeordneter politischer Ziele und Leitsätze für die Planungsperiode 2021–2024 des Regierungsprogramms und Finanzplans

Der Bericht der Kommission für Staatspolitik und Strategie vom 4. Juni 2019 enthält zur Umsetzung der Gesundheitspolitik des Kantons folgendes übergeordnetes politisches Ziel 10 «Dezentrales Gesundheitssystem» (S. 30):

Eine qualitativ hochstehende und dezentrale Gesundheitsversorgung gewährleisten, auf die Stabilisierung der Kosten hinarbeiten und die Strukturen den laufenden Entwicklungen im Gesundheitsbereich anpassen.

Gemäss den zu diesem Ziel dazugehörigen Leitsätzen muss eine qualitativ hochstehende Grundversorgung im ganzen Kanton gewährleistet bleiben. Dazu soll unter anderem eine verstärkte Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen angestrebt werden.

Der Grosse Rat hat sich im Rahmen der Behandlung des Berichts diesem übergeordneten politischen Ziel und den dazugehörigen Leitsätzen angeschlossen (GRP 2019/2020 S. 69ff.).

4. Botschaft der Regierung zum Regierungsprogramm und Finanzplan 2021–2024

In ihrer Botschaft zum Regierungsprogramm und Finanzplan für die Jahre 2021–2024 (Botschaft Heft Nr. 8/2019–2020 S. 417ff.) hat sich die Regierung zum Ziel gesetzt, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und zeitge-

mässe Betreuungsmöglichkeiten im ganzen Kanton zu gewährleisten (Regierungsziel 6). Dieses Ziel ist unter anderem durch die verstärkte Koordination einer dezentralen Gesundheitsversorgung und starken, zukunftsgerichteten und effizienten Strukturen zu bewerkstelligen (S. 456). Gemäss dem dazugehörigen Entwicklungsschwerpunkt sollen Gesundheitsversorgungszentren in den Gesundheitsversorgungsregionen langfristig und finanziell tragbar die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen (ES 6.1).

II. Vernehmlassungsverfahren

1. Vorgehen und Rücklauf

Mit Beschluss vom 29. Januar 2019 (Prot. Nr. 42) nahm die Regierung vom Entwurf des Departementes für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes Kenntnis und gab ihn für die Vernehmlassung frei. Gleichtags eröffnete das DJSG das Vernehmlassungsverfahren, welches bis zum 30. April 2019 dauerte.

Der in die Vernehmlassung gegebene Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes hatte zum Ziel, die im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden enthaltenen Massnahmen der Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen und der Schaffung von Anreizen zur Bildung einer einzigen Trägerschaft der institutionellen Gesundheitsversorgungsanbieter pro Gesundheitsversorgungsregion auf Gesetzesebene umzusetzen.

Insgesamt sind 135 Stellungnahmen eingegangen. Vier politische Parteien (CVP, FDP, SP und SVP), 60 Gemeinden, acht Regionen, 47 Leistungserbringer (Spitex-Organisationen, Alters- und Pflegeheime, Spitäler), 13 Verbände, ein Krankenversicherer, die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (SVA) sowie eine Privatperson haben sich zur Vorlage geäussert.

2. Eckpunkte der Vernehmlassungsvorlage

Die Vernehmlassungsvorlage zur Teilrevision des KPG sah folgende Eckpunkte vor:

- Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen
Die Einteilung des Kantons in Spitalregionen mit Zuteilung der Gemeinden zu den Spitalregionen sollte auf den Alters- und Pflegeheimbereich und den Spitexbereich ausgedehnt werden. Die Spital-, Spitex-, Alters- und Pflegeheimregionen sollten gebietsmässig deckungsgleich ausgestaltet wer-

den, um eine umfassende Zusammenarbeit der institutionellen Leistungserbringer der jeweiligen Region zu ermöglichen. Die neuen Gebietseinheiten wurden als Gesundheitsversorgungsregionen bezeichnet. Die Gesundheitsregion Churer Rheintal sollte dabei auf Grund ihrer Grösse in drei Subregionen unterteilt werden (Imboden, Landquart und Plessur).

- Errichtung von Stiftungen durch die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen

Die Gemeinden der jeweiligen Gesundheitsversorgungsregionen sollten verpflichtet werden, eine Stiftung zu errichten, der die in der Gesundheitsversorgungsregion tätigen Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste und die in den Subregionen Imboden, Landquart und Plessur tätigen Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste die strategische und operative Betriebsführung ihrer Betriebe übertragen können.

Die Vorlage enthielt zudem detaillierte Vorgaben bezüglich der an die Stiftung zu übertragenden operativen Aufgaben sowie bezüglich der Organe der Stiftung, der Aufgaben des Stiftungsrats sowie der im Vorstand und im Präsidium der Stiftung abzudeckenden Kompetenzen. Die in der Vorlage aufgelisteten Kompetenzen des Vorstands und des Präsidiums der Stiftung erachtete das Departement als unumgänglich, damit der Vorstand die ihm zugeordneten Aufgaben zielführend im Sinne der langfristigen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Region wahrnehmen kann.

- Schaffung von finanziellen Anreizen zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung der institutionellen Leistungserbringer an die von den Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregion zu errichtende Stiftung.

Folgende finanzielle Anreize wurden im Vernehmlassungsentwurf in Aussicht genommen:

- Unterschiedliche Abgeltung der Leistungen durch den Kanton, je nachdem ob ihr Träger die strategische und operative Betriebsführung der von den Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregion errichteten Stiftung überträgt oder nicht.
- Unterschiedliche Abgeltung der Leistungen durch den Kanton je nach Erfüllung bestimmter der wirtschaftlichen und qualitätsfördernden Leistungserbringung dienenden Anforderungen (elektronische Dokumentation der Patientendaten und elektronischer Austausch der Patientendaten mit den übrigen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgungsregion).
- Gewährung von Beiträgen an Projekte zu der von den Gemeinden zu errichtenden Stiftung und an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung der Leistungserbringer an die Stiftung.

3. Generelle Beurteilung der Vorlage

3.1 Zielsetzung der Sicherstellung der dezentralen Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden

Die dem Vernehmlassungsentwurf zugrundeliegende Zielsetzung der Sicherstellung der dezentralen Gesundheitsversorgung im Kanton und damit das Bekenntnis zur dezentralen Gesundheitsversorgung im Kanton wurde von allen Vernehmlassern, die sich dazu äusserten, unterstützt. Die dezentrale Gesundheitsversorgung wurde allgemein als Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der dezentralen Besiedelung des Kantons beurteilt.

3.2 Anlass für die Teilrevision

Von zahlreichen Vernehmlassern wurde kritisiert, dass eine Begründung für einen Handlungsbedarf des Kantons im Sinne der vorgeschlagenen Gesetzesrevision fehle. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den institutionellen Leistungserbringern und die Erzielung der damit verbundenen Synergieeffekte könnten auch ohne die vorgesehene Teilrevision erreicht werden. Auch fehlten Berechnungen bezüglich der durch die Teilrevision einsparbaren Kosten.

3.3 Gesundheitsversorgungsregionen

Die Vereinheitlichung der Spital-, Spitex- und Heimregionen und die Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen, wie sie bereits im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden im Jahr 2013 vorgezeichnet wurde, fand grossmehrheitlich Zustimmung.

Nachfolgend werden die Stellungnahmen der Parteien, des Bündner Spital- und Heimverbands und des Spitex Verbands Graubünden zusammengefasst wiedergegeben.

Von den vier sich vernehmenden Parteien befürworteten deren drei die Schaffung von Gesundheitsversorgungsregionen:

Wir sind der Meinung, dass eine deckungsgleiche Gesundheitsversorgungsregion sinnvoll ist (CVP).

Eine deckungsgleiche Ausgestaltung der Gesundheitsversorgungsregionen durch Spital, Heime und Spitex ist für uns zentral. Sie ermöglicht die integrierte Bedarfs- und Versorgungsplanung aller ambulanten und stationären Angebote innerhalb der Region (SP).

Die Harmonisierung der Spital-, Spitex- und Heimregionen ist für die langfristige Versorgung im Kanton eine Grundvoraussetzung. Nur so kann für den Kanton und die Gemeinden ein finanziell tragbares Gesundheitsversorgungssystem aufrechterhalten werden (FDP).

Abgelehnt wurde die Schaffung der Gesundheitsversorgungsregionen von einer Partei.

Es findet sich in den Vernehmlassungsunterlagen kein Hinweis, warum das heute gut funktionierende System, welches auch die regional unterschiedlich gewachsenen organisatorischen, personellen und rechtlichen Voraussetzungen berücksichtigt, mit den neuen Gesundheitsregionen umgekremelt werden soll (SVP).

Der Harmonisierung der Spital-, Heim- und Spitexregionen stehen wir grundsätzlich positiv gegenüber. Für die langfristige Sicherstellung der dezentralen Versorgung im Kanton ist das eine Grundvoraussetzung. Eine klare und einheitliche Abgrenzung der Parameter schafft die Voraussetzung, damit ein für den Kanton und die Gemeinden wirtschaftlich tragbares Grundversorgungssystem aufrechterhalten werden kann (Bündner Spital- und Heimverband).

Die Vereinheitlichung der bisherigen Spitex-, Pflegeheim- und Spitalregionen ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies erleichtert den Gemeinden die Auftragsvergabe im Gesundheitsbereich (Spitex Verband Graubünden).

3.4 Errichtung von Stiftungen durch die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregion

Die vorgeschlagene Verpflichtung der Gemeinden der einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen zur Errichtung einer neuen Stiftung wurde mehr oder weniger von allen Vernehmlassern abgelehnt. Dagegen ins Feld geführt wurden insbesondere folgende Gründe: zusätzliche Institution, unnötiger überdimensionierter, komplizierter Überbau mit entsprechenden Mehrkosten, Monopolstellung im Alters- und Pflegeheimbereich, zentralistische Lösung, Einschränkung der Gemeindeautonomie. Die einzelnen Regionen sollten selbst entscheiden können, in welchem Umfang eine Zusammenarbeit und in welcher Form ein Zusammenschluss der Leistungserbringer erfolgen soll. Sollen Zusammenschlüsse erfolgreich sein, müsse der Anstoss von den Betroffenen ausgehen. Teilweise wurden auch rechtliche Bedenken (insbesondere bezüglich der Zulässigkeit der Abgabe der strategischen Führung an die regionale Stiftung), die MWST-Problematik und das unklare Verhältnis zwischen der regionalen Stiftung und den bereits bestehenden Stiftungen ins Feld geführt. Der Nachweis, dass durch die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung der Betriebe

in der Gesundheitsversorgungsregion an die Stiftung die Kostenentwicklung günstig beeinflusst wird, werde in den Erläuterungen zur Vernehmlassung nicht erbracht.

3.5 Anforderungsprofil des Vorstands der Stiftung

Die gemäss dem Vernehmlassungsentwurf im Vorstand der Stiftung abzudeckenden Kompetenzen wurden praktisch von allen Vernehmlassern abgelehnt. Personen, die alle verlangten Kompetenzen abdecken würden, seien wenn überhaupt nur schwer zu finden. Die Besetzung des Vorstands mit den verlangten Kompetenzen würde zudem zu Mehrkosten führen.

3.6 Finanzielle Anreize zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die von den Gemeinden errichtete Stiftung

Die im Vernehmlassungsentwurf enthaltenen finanziellen Anreize wurden von allen Vernehmlassern als finanzielle Sanktionen (bei den Alters- und Pflegeheimen zu Lasten der Bewohnenden) qualifiziert. Zudem wurde von praktisch allen Vernehmlassern die Verfassungskonformität dieser Sanktionen in Frage gestellt. Bestraft würden zudem gemäss den Vernehmlassern die Leistungserbringer und nicht die Gemeinden, die nicht die Stiftung errichten hätten.

3.7 Beiträge an Projekte zur Errichtung der Stiftung und zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die von den Gemeinden errichtete Stiftung

Zahlreiche Vernehmlasser forderten eine Erweiterung der Beitragsmöglichkeiten auf weitere Bereiche, so insbesondere für Kooperationsprojekte zwischen den Leistungserbringern und für Massnahmen zur Qualitätsförderung und -sicherung. Teilweise wurde die Erhöhung des maximalen Beitragssatzes auf 100% beantragt.

Ein Grossteil der Vernehmlasser sprach sich für ein Anreizsystem analog der Förderung der Gemeindefusionen aus. Von einem erheblichen Teil der Vernehmlasser wurde im Sinne der Gleichbehandlung eine Beitragsgewährung auch an bereits durchgeführte Projekte postuliert.

4. Stellungnahmen zu den eingebrachten Einwänden und Anliegen

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

4.1 Berücksichtigte Einwände und Anliegen

Für den Handlungsbedarf des Kantons im Sinne der vorgeschlagenen Gesetzesrevision fehlt die Begründung (zahlreiche Vernehmlasser)

In Berücksichtigung der in der Ziffer 2.3.2 zusammengefassten Kritikpunkte hat das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) beim Beratungsunternehmen KPMG eine Studie zur Wirtschaftlichkeit integrierter Versorgungszentren in Auftrag gegeben. Im Rahmen der in Kooperation mit der Universität St.Gallen zu erstellenden Studie sollten zwei Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung (Engiadina Bassa und Prättigau) und zwei Regionen ohne integrierte Gesundheitsversorgung (Oberengadin und Surselva) anhand finanzieller, personeller und versorgungspolitischer Aspekte untersucht und miteinander verglichen werden.

Gemäss dem von der KPMG gezogenen Fazit hat der Kanton Graubünden mit der Absicht, eine Intensivierung der Koordination zwischen Leistungserbringern zu fördern, einen zukunftsweisenden Weg eingeschlagen, um die Strukturen der medizinischen Grundversorgung mit Blick auf aktuelle demographische, wirtschaftliche, personelle und medizinisch-technische Veränderungen weiterzuentwickeln. Betriebliche Skaleneffekte, die sich insbesondere in den unterstützenden Aktivitäten wie Administration, Informatik, Beschaffung, Logistik, Rechnungswesen, Personalwesen, Patientenadministration, Wäscherei etc. erzielen lassen, erlauben gemäss dem von der KPMG gezogenen Fazit integrierten Institutionen einen Leistungsausbau, was zu einer Steigerung der Versorgungsqualität sowie positiven Effekten auf die regionale Wertschöpfung führt. Die KPMG schätzt das Einsparpotenzial in den unterstützenden Aktivitäten auf rund 20–30 Prozent der entsprechenden Kosten. Der Leistungsausbau in den integrierten Versorgungsregionen hat gemäss der Studie zu einem Anstieg des Eigenversorgungsgrads geführt. In den nicht integrierten Versorgungsregionen hat der Eigenversorgungsgrad demgegenüber abgenommen. Die Ergebnisse der Studie «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden» vom April 2020 werden im Kapitel III zusammengefasst.

Die Studie der KPMG attestiert dem DJSG, dass die von ihm anvisierten integrierten Versorgungszentren für den Kanton Graubünden zukunftsweisend sind.

Die Gewährung von Beiträgen des Kantons an Projekte zur Intensivierung der Zusammenarbeit und Koordination zwischen den institutionellen Leistungserbringern im Hinblick auf die Erreichung der längerfristigen Zielsetzung der integrierten Versorgungszentren wurde im Vernehmlassungsverfahren grossmehrheitlich befürwortet. Postuliert wurde zudem eine Erweiterung der Beitragsmöglichkeiten auf Projekte zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in einer Gesundheitsversorgungsregion wie auch an Projekte zu ihrem Zusammenschluss. Zur Ermöglichung entsprechender Beiträge des Kantons ist eine entsprechende Rechtsgrundlage im Krankenpflegegesetz zu schaffen.

Die Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen könnte an sich auch ohne eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes erfolgen. Art. 8 des Krankenpflegegesetzes ermächtigt die Regierung, nach Anhören der Gemeinden Planungsregionen für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen und für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung zu bezeichnen und die Gemeinden den Planungsregionen zuzuteilen. Die Regierung könnte somit auf Verordnungsstufe mit den Spitalregionen deckungsgleiche Planungsregionen für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen und für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung festlegen. Im Sinne der Transparenz und der sachgerechten Regelungsstufe erachtet es die Regierung als angezeigt, die Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen, die neben den Spitälern auch die Alters- und Pflegeheime und die Spitexdienste umfassen, auf Gesetzesstufe vorzunehmen.

Die einzelnen Regionen sollten selbst entscheiden können, in welchem Umfang eine Zusammenarbeit und in welcher Form ein Zusammenschluss der Leistungserbringer erfolgen soll (grosse Mehrheit der Vernehmlasser).

Obwohl die Regierung der festen Überzeugung ist, dass für die langfristige Sicherung der dezentralen Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden eine einheitliche strategische und operative Führung der institutionellen Leistungserbringer einer Gesundheitsversorgungsregion eine Grundvoraussetzung ist, und dies im Ergebnis auch durch die Studie der KPMG (siehe Kapitel III) bestätigt wird, verzichtet sie in Würdigung des Vernehmlassungsergebnisses darauf, im vorliegenden Entwurf den Gemeinden und den institutionellen Leistungserbringern diesbezügliche Vorgaben zu deren Umsetzung zu machen. Gemäss dem vorliegenden Revisionsentwurf werden die Gemeinden nicht verpflichtet, eine Stiftung zu errichten, der die institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion die strategische und operative Führung ihrer Betriebe übertragen können. Ebenso wenig sieht der Entwurf finanzielle Nachteile vor für diejenigen Leistungserbringer, welche die strategische und operative Betriebsführung nicht

einer dafür bestimmten Organisation übertragen. Damit wird es den Regionen und den Institutionen weiterhin freigestellt sein, ob und inwieweit sie Schritte in Richtung integrierter Gesundheitszentren unternehmen. Durch den Verzicht auf entsprechende Vorgaben haben die Gemeinden und die institutionellen Leistungserbringer die Möglichkeit, selbstständig über die Form, den Umfang und den Zeitpunkt der Zusammenarbeit zwischen den institutionellen Leistungserbringern und deren Zusammenschlüsse zu entscheiden. Die im Rahmen der Vernehmlassung geäusserten Befürchtungen, dass ein Zusammenschluss der institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion zu einer Zentralisierung der Arbeitsplätze führt, erachtet die Regierung nicht als begründet. Der weitaus grösste Teil der Arbeitsplätze wird auch bei einem Zusammenschluss der Leistungserbringer in den einzelnen Institutionen verbleiben. Darüber hinaus werden in den integrierten Versorgungsregionen im Gegensatz zu den nicht integrierten Versorgungsregionen, wie dies die Studie der KPMG und auch das Gesundheitszentrum Unterengadin aufzeigen, neue Arbeitsplätze geschaffen. In den integrierten Versorgungsregionen ist der Personalbestand im Zeitraum 2010–2016 um durchschnittlich 1.5 Prozent pro Jahr gestiegen, während in den nicht integrierten Regionen der Personalbestand in diesem Zeitraum um durchschnittlich 0.2 Prozent pro Jahr zurückgegangen ist. Das Ospidal d'Engiadina Bassa, die Spitex Engadina Bassa und das Bogn Engiadina schufen zwischen 2007 und 2013 52 neue Arbeitsplätze in der Region, was einem Wachstum von 35 Prozent entspricht.

Auf Vorgaben des Kantons bezüglich der Mitglieder des Vorstands der Stiftung ist zu verzichten (grosse Mehrheit der Vernehmlasser).

Im vorliegenden Botschaftsentwurf werden, wie vorstehend ausgeführt, keine Vorgaben zur Errichtung einer Stiftung gemacht. Folglich entfallen damit auch Vorgaben zur Zusammensetzung des Stiftungsrats. Gleichwohl erachtet die Regierung es als richtig, dass die Gemeinden als Träger der Leistungserbringer in den entsprechenden Gremien vertreten sind. Ebenfalls erachtet es die Regierung als angezeigt, wenn die Geschlechter angemessen vertreten sind und die Arbeitnehmerseite ebenfalls vertreten ist. Angesichts der zunehmenden Herausforderungen, mit denen die Leitungsgremien der Leistungserbringer konfrontiert sind, wird die Abdeckung der fachlichen Kompetenzen, wie sie in der Vernehmlassungsvorlage enthalten waren, durch die den Leitungsgremien Einsitz nehmenden Personen an Bedeutung gewinnen.

Die im Vernehmlassungsentwurf enthaltenen finanziellen Anreize zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die von den Gemeinden errichtete Stiftung sind im Ergebnis finanzielle Sanktionen

derjenigen Betriebe, welche die strategische und operative Betriebsführung nicht an die von den Gemeinden errichtete Stiftung übertragen (grosse Mehrheit der Vernehmlasser).

Die in der Vernehmlassungsvorlage vorgesehenen finanziellen Anreize zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die von den Gemeinden errichtete Stiftung werden in Würdigung des Vernehmlassungsergebnisses nicht weiterverfolgt. Der Katalog für die Gewährung von Beiträgen zur Anstossfinanzierung von Projekten zur Optimierung der Strukturen der institutionellen Gesundheitsversorgung in einer Gesundheitsversorgungsregion wird gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf angepasst und erweitert. Gemäss dem vorliegenden Entwurf (Art. 9a Abs. 2) kann der Kanton als Anreiz für die Initiierung entsprechender Projekte Beiträge an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung der Leistungserbringer an eine dafür bestimmte Organisation, zum Zusammenschluss von Leistungserbringern sowie zur Vernetzung und Koordination der Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion Beiträge bis maximal 50 Prozent der anrechenbaren Kosten gewähren.

Für die Erhaltung der dezentralen Gesundheitsversorgung in einem für den Kanton und die Gemeinden wirtschaftlich tragbaren Rahmen ist mittelfristig die Bildung von Gesundheitszentren der richtige Weg (Bündner Spital- und Heimverband).

Diesem Anliegen wird durch die Aufnahme einer entsprechenden Zielformulierung der Spitalpolitik des Kantons in Art. 9a Abs. 1 Rechnung getragen.

Das Verfahren bei fehlender Aufnahmebereitschaft der Heime ist zu klären. Es soll für alle Heime auf der kantonalen Pflegeheimliste eine Aufnahmepflicht – im Rahmen des in einer Leistungsvereinbarung vertraglich festgelegten Angebots – eingeführt werden (Chur).

Eine fehlende Aufnahmebereitschaft von Alters- und Pflegeheimen ist in Einzelfällen bei besonders pflegeintensiven Personen zu verzeichnen. Der vorliegende Revisionsentwurf (Art. 29 Abs. 4) verpflichtet die Gesundheitsversorgungsregionen, für diese Fälle eine Regelung vorzusehen, welche die Aufnahme dieser Personen in ein Alters- und Pflegeheim in der Gesundheitsversorgungsregion, in der die betreffenden Personen Wohnsitz haben, gewährleistet.

Die Gesundheitsversorgungsregionen sollten einen expliziten Auftrag für eine integrierte Bedarfs- und Versorgungsplanung aller ambulanten, teilstationären und stationären Angebote im Bereich des Wohnens, der Pflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen in ihrer Region

und die Kompetenz, die Angebote mit Vereinbarungen mit den Leistungserbringern zu steuern, erhalten (Chur, Planungsregion «Chur Regio»).

Es ist denkbar, dass nebst den Spitälern, den Alters- und Pflegeheimen sowie der Spitex auch andere Organisationen, z. B. im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, Teil der Gesundheitsversorgungsregion sein können (Bonaduz, Region Imboden).

Das betreute Wohnen sollte auch in die regionale Gesundheitsversorgung einbezogen sein (Bündner Kantonalverband der Seniorinnen und Senioren, Alzheimer Graubünden).

Die Regierung erachtet es als sinnvoll und zielführend, wenn die Gemeinden einer Gesundheitsversorgungsregion ihr Gesundheitszentrum mit weiteren Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens, so wie konkret angeregt in den Bereichen der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote des Wohnens, der Pflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie des betreuten Wohnens beauftragen. Der vorliegende Entwurf lässt den Gemeinden diesbezüglich alle Möglichkeiten offen. Notwendig ist hierfür, dass die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregion in ihrem gemäss Art. 9 KPG zu erlassenden Organisationsstatut die Möglichkeit der entsprechenden Aufgabenübertragung an die Gesundheitsversorgungsregion und des Abschlusses von Leistungsvereinbarungen der Gesundheitsversorgungsregion mit den Leistungserbringern vorsehen.

In jeder Gesundheitsversorgungsregion ist ein Case-Management beziehungsweise eine Koordinations- und Beratungsstelle einzuführen (SP, Gesundheitszentrum Unterengadin, Stiftung am Rhein, Consorzi Chasa Puntota, Rheinwald, Scuol, Verband der Pflegefachpersonen SBK Graubünden, SRK Graubünden).

Unter Case-Management wird ein Patientenmanagement verstanden, das bezogen auf den Einzelfall auf die spezifischen Patientenanforderungen und -bedürfnisse ausgerichtet ist. Die vorweg identifizierten und festgelegten Abklärungen, Therapien und Behandlungsabläufe werden zentral durch einen Case-Manager beziehungsweise durch eine Case-Managerin koordiniert, organisiert und gesteuert. Dadurch soll einerseits eine optimale Nutzung der Ressourcen und andererseits eine patientengerechte Versorgung erreicht und gewährleistet werden. Die Tätigkeit des Case-Managers beziehungsweise der Case-Managerin ist sowohl interdisziplinär als auch interprofessionell und umfasst auch die nachgelagerten Versorgungsbereiche.

Dem Anliegen wird im Regierungsprogramm für die Jahre 2021–2024 Rechnung getragen. Als eine der Massnahmen zur Umsetzung des im Regierungsprogramms enthaltenen Entwicklungsschwerpunkts 6.1 «Mit integrierter Gesundheitsversorgung in die Zukunft» ist die Einführung eines

umfassenden «Case-Managements» als Standard zur Leistungserbringung in den Gesundheitsversorgungsregionen vorgesehen (Botschaft Heft Nr. 8/2019–2020 S. 457). Ob und inwieweit die Kosten des Case-Managements über die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden, wie von den Gemeinden Rheinwald und Scuol angeregt, ist im Rahmen der Umsetzung dieser Massnahme zu entscheiden.

Neben finanziellen Anreizen soll der Kanton auch fachliches Know-how zur Verfügung stellen und den Prozess unmittelbar begleiten (SP, Gewerkschaftsbund Graubünden).

Der Kanton soll in Form von Musterverträgen und Musterstatuten sowie weiterem Support zum einheitlichen Vorgehen in allen Gesundheitsversorgungsregionen beitragen (Chur, Planungsregion «Chur Regio»).

Das Gesundheitsamt steht Leistungserbringern und deren Trägerschaften, die ein Projekt zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern oder zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise in den Subregionen realisieren möchten, im Rahmen seiner personellen Ressourcen und fachlichen Kompetenzen beratend zur Verfügung. Die Beratung kann auch in Form von Musterverträgen und Musterstatuten bestehen. Ein einheitliches Vorgehen in allen Gesundheitsversorgungsregionen ist nicht zwingend. Jede Gesundheitsversorgungsregion muss selbst entscheiden, welches Vorgehen für sie zielführend ist. Seitens des Kantons kann eine unmittelbare beziehungsweise durchgehende Prozessbegleitung aus Kapazitätsgründen nicht erbracht werden.

Der Nachweis, dass durch die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung der Betriebe in der Gesundheitsversorgungsregion an die Stiftung die Kostenentwicklung günstig beeinflusst wird, wird in den Erläuterungen zur Vernehmlassung nicht erbracht (zahlreiche Vernehmlasser).

Es fehlen Berechnungen bezüglich der durch die Teilrevision einsparbaren Kosten (zahlreiche Vernehmlasser).

Wir erwarten eine gesamthafte Auslegung der finanziellen Folgen der Umstrukturierung für die Regionen/Gemeinden/Institutionen/Kantone etc. (CVP).

Auf die Bemerkungen finanzieller Natur zur Vernehmlassungsvorlage wird im Rahmen im Kapitel III (Studie der KPMG «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden») sowie der Beurteilung der finanziellen Auswirkungen eingegangen.

4.2 Nicht berücksichtigte Anliegen

Die vorgeschlagenen Gesundheitsversorgungsregionen stimmen räumlich nicht mit den politischen Regionen überein. Dies widerspricht dem Grundgedanken und der Zielsetzung des vom Grossen Rat im April 2014 verabschiedeten Gesetzes über die Gebietsreform. Eines der Hauptanliegen des Gesetzes war und ist es, die Sektoralpolitiken in räumlich übereinstimmende Regionen zu überführen (Kantonspital Graubünden [KSGR], Jenins, Landquart, Maienfeld, Malans, Untervaz, Region Landquart).

Wie die Regierung in der Botschaft zum vom Grossen Rat am 23. April 2014 beschlossenen Gesetz über die Einteilung des Kantons Graubünden in Regionen ausgeführt hat, legt der Kanton in verschiedenen Sektoralpolitiken funktionale Räume fest (z.B. kantonale Schätzungsbezirke, Tiefbauamtsbezirke, Spitalregionen, Pflegeheimregionen, Spitexregionen). Diese würden durch die Gebietsreform nicht tangiert (Botschaft Heft Nr. 10/2013–2014 S.768). Gemäss den einschlägigen Ausführungen der Regierung in der Botschaft erfolgt die Festlegung der Spitalregionen, Pflegeheimregionen und Spitexregionen im Krankenpflegegesetz (Spitalregionen) oder basiert sie auf dem Krankenpflegegesetz (Pflegeheimregionen, Spitexregionen) (Botschaft Heft Nr. 10/2013–2014 S. 791f.). Die neu im Krankenpflegegesetz vorgesehenen Gesundheitsversorgungsregionen stellen analog zu den Spitalregionen, den Pflegeheimregionen und den Spitexregionen funktionale Räume für die institutionelle Gesundheitsversorgung dar.

Der Perimeter der Gesundheitsversorgungsregionen sollte demjenigen der politischen Regionen entsprechen (Albula/Alvra, Andeer, Bergün, Cazis, Filisur, Sils im Domleschg, Lumnezia, Surses, Region Viamala, Fondazione Opera Mater Christi). Dies vereinfacht die Zuständigkeiten und reduziert die Schnittstellen (Cadonau – Das Seniorenzentrum). Mit jeder abweichenden Einteilung leidet die Übersichtlichkeit (da casa val lumnezia).

Nicht mit den politischen Regionen übereinstimmende Gesundheitsversorgungsregionen führen dazu, dass sich die Gemeinden neu zusammenschliessen respektive organisieren müssen (KSGR, Jenins, Landquart, Maienfeld, Malans, Untervaz, Region Landquart).

Die im Rahmen der Gebietsreform gebildeten Regionen sind für die Strukturierung der Gesundheitsversorgung des Kantons nur beschränkt geeignet, da sie nur teilweise mit den Spitalregionen übereinstimmen. So umfassen vier politische Regionen zwei bis drei Spitalregionen (politische Region Maloja: Spitalregionen Oberengadin und Bergell; politische Region Engiadina Bassa/Val Müstair: Spitalregionen Engiadina Bassa und Val Müstair; politische Region Prättigau/Davos: Spitalregionen Davos und Prättigau; politische Region Albula: Spitalregionen Heinzenberg/Domleschg/

Hinterrhein/Albula, Oberhalbstein und Churer Rheintal (Vaz/Obervaz), während die Spitalregion Churer Rheintal sich über vier politische Regionen (Imboden, Landquart, Plessur und Albula) erstreckt. Die Bildung der Gesundheitsversorgungsregionen bringt nicht mit sich, dass sich die Gemeinden neu zusammenschliessen respektive organisieren müssen, da das Einzugsgebiet der Gesundheitsversorgungsregionen mit demjenigen der Spitalregionen deckungsgleich ist. Eine Ausnahme bilden einzig die Gemeinden Lantsch/Lenz, Vaz/Obervaz und Schmitzen. Die bisherigen Zuständigkeiten erfahren somit durch die Bildung der Gesundheitsversorgungsregionen grundsätzlich keine Änderung.

Die vorgeschlagene Lösung mit Gesundheitsversorgungsregionen und der deckungsgleichen Einteilung des Kantons für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung blendet zukünftige gesundheitspolitische, aber auch medizinische und technologische Entwicklungen aus. Sie erschwert Kooperationen mit den Regionalspitälern aber auch über die Kantonsgrenzen, welche im Hinblick auf zukünftige gesundheitspolitische, medizinische und technologische Entwicklungen immer wichtiger werden (KSGR).

Die mit der Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen einhergehende Vereinheitlichung der der Spitalregionen und der Planungsregionen für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sowie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung gemäss Art. 8 KPG ermöglicht eine koordinierte, auf die drei Bereiche abgestimmte Planung und damit eine optimale Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den institutionellen Leistungserbringern der jeweiligen Gesundheitsversorgungsregion und damit auch eine optimale Ausgestaltung des Patientenflusses. Die vorliegende Teilrevision verhindert in keiner Weise Kooperationen über die Regionsgrenzen hinaus. Es steht den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise den von ihnen errichteten Gesundheitszentren frei, solche zielgerichtet und selbstbestimmt einzugehen.

Die Bildung von Subregionen in der Spitalregion Churer Rheintal wird abgelehnt. Die Spital-, Pflegeheim- und Spitexregion im Bereich des Churer Rheintals soll sich so organisieren wie bisher (KSGR).

Die Bildung von Subregionen in der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal ist nicht sachgerecht, da die Gesundheitsversorgungsregion am ehesten einem funktionalen Raum entspricht (Chur, Planungsregion «Chur Regio»).

Die Bildung von drei Subregionen in der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal führt zu einem schwerfälligen, komplexen, organisatorisch chaotischen und praxisuntauglichen Gebilde (Gemeindeverband Spitalregion Churer Rheintal).

Von der Bildung von Subregionen im Churer Rheintal soll abgesehen werden, weil diese keine funktionalen Räume darstellen (Präsidentenkonferenz Region Plessur).

In der Region Churer Rheintal soll das KSGR von der Bildung einer Gesundheitsversorgungsregion nicht ausgenommen werden und die Rolle eines Regionalspitals übernehmen (Bündner Kantonalverband der Seniorinnen und Senioren).

Aufgrund der grossen Anzahl Leistungserbringer in der heutigen Spitalregion Churer Rheintal erachtet die Regierung die Bildung von Subregionen für die Alters- und Pflegeheime und die Spitexdienste für die Planung als unumgänglich. Eine alle Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal umfassende Planung beinhaltet ein zu grosses Einzugsgebiet mit rund der Hälfte der Kantonsbevölkerung. Die Bildung von Subregionen ist somit in planungsmässiger Hinsicht von Relevanz. Die im Vernehmlassungsentwurf enthaltene Verpflichtung der Gemeinden der Subregionen zur Errichtung einer Stiftung ist im vorliegenden Revisionsentwurf nicht mehr vorgesehen. Entsprechend entfallen auch die in der Vernehmlassung eingebrachten Kritikpunkte zur entsprechenden Organisationsstruktur. Für die gemäss Art. 9 KPG von den Gemeinden vorzunehmende Organisation bildet weiterhin die Spital- beziehungsweise neu die Gesundheitsversorgungsregion den Perimeter. Das Kantonsspital Graubünden ist durch die Subregionen nicht betroffen. Für die Spitalregion Churer Rheintal hat das Kantonsspital Graubünden die Funktion eines Regionalspitals. Diese Aufgabe erfährt durch die vorliegende Teilrevision des Krankenpflegegesetzes keine Änderung.

Die Gemeinde Schmitten ist bei der Gesundheitsversorgungsregion Davos zu belassen (Schmitten).

Die Zuteilung der Gemeinde Lantsch/Lenz in die Gesundheitsversorgungsregion Viamala/Albula lehnen wir ab, da kein Handlungsbedarf besteht. Die Erreichbarkeit und die Kapazität des Kantonsspitals in der Funktion als Regionalspital spricht dafür, dass die Gemeinde Lantsch/Lenz weiterhin zur Spitalregion Churer Rheintal gehört (Lantsch/Lenz).

Wegen des gut ausgebauten medizinischen Angebots des Kantonsspitals (Zentrumsspital) und der geographischen und verkehrstechnischen Zuordnung gehört die Gemeinde Vaz/Obervaz zur Spitalregion Churer Rheintal (Vaz/Obervaz).

Durch die vorgesehene Zuteilung der Gemeinden zu den Gesundheitsversorgungsregionen verliert die Spitalregion Churer Rheintal die Gemeinden Lantsch/Lenz und Vaz/Obervaz an die Region Albula/Viamala und erleidet damit einen wesentlichen Verlust an Trärgemeinden des Gemeindeverbands, was sich in der Grundversorgung auch finanziell für das Kantonsspital Graubünden negativ auswirkt (KSGR).

Die Zuteilung der Gemeinden Vaz/Obervaz, Lantsch/Lenz und Schmitten zur Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala wird mit der Zugehörigkeit zum Förderraum Albula begründet. Ein Förderraum hat recht wenig mit den Spital- bzw. Gesundheitsversorgungsregionen zu tun. Die Gemeinde Vaz/Obervaz gehört gar nicht dem Förderraum Albula/Alvara an (Gemeindeverband Spitalregion Churer Rheintal).

Die Gemeinden (konkrete Beispiele: Trin, Flims und Laax sowie Lantsch/Lenz und Vaz/Obervaz) sollen frei entscheiden können, welcher Region sie angehören (CVP, Bündner Ärzteverein).

Die Zuteilung der Gemeinden zu den Gesundheitsversorgungsregionen ist grundsätzlich aufgrund von versorgungspolitischen Überlegungen vorzunehmen. In diesem Sinn kann den Gemeinden nur beschränkt eine Wahlfreiheit bezüglich der Zugehörigkeit zu einer Planungsregion gewährt werden. Planungsregionen, deren Schwergewicht insbesondere der Pflegeheim- und der Spitexbereich bilden, müssen, um ihrer Zielsetzung entsprechen zu können, auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmt sein und eine sinnvolle Einheit bilden. Absehbare strukturelle Entwicklungen sind in die Beurteilung einfließen zu lassen. Es ist zu vermeiden, dass (künftige) Gemeinden unterschiedlichen Gesundheitsversorgungsregionen angehören. Der Grosse Rat hat in der Februarsession 2011 beschlossen, dass sich der Kanton bei der Erfüllung von kantonalen Aufgaben an den für die Gemeindefusionen massgeblichen Förderräumen orientieren soll. Unter diesem Gesichtspunkt ist es eine Notwendigkeit, dass die dem mehrfach thematisierten und von der Regierung bestätigten Förderraum Albula/Alvara angehörenden Gemeinden Lantsch/Lenz und Schmitten, wie im Revisionsentwurf vorgesehen, der Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala zugeteilt werden. Ebenso ist es sinnvoll und angezeigt, die ebenfalls der Region Albula angehörende Gemeinde Vaz/Obervaz der Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala zuzuweisen.

Aufgrund der auch für die Einwohner der Gemeinden Lantsch/Lenz, Schmitten und Vaz/Obervaz geltenden Wahlfreiheit der Patienten, in welchem Spital sie sich behandeln lassen, kann davon ausgegangen werden, dass die Zuteilung der Gemeinden Lantsch/Lenz, Schmitten und Vaz/Obervaz zur Gesundheitsversorgungsregion Albula/Alvara zu keiner Verschiebung der Patientenströme führen wird und damit, da die Finanzierung der Spitäler hauptsächlich aus den Vergütungen für die von ihnen vorgenommenen stationären und ambulanten Behandlungen erfolgt, auch nicht ins Gewicht fallende finanzielle Auswirkungen für das Kantonsspital Graubünden zur Folge haben wird. Die Zahl der Trägergemeinden und deren Bevölkerungszahl ist einzig bei der Aufteilung des Anteils der Gemeinden an den Beiträgen an die Spitäler für den Notfall- und Krankentransportdienst und für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Bedeutung. Notfallpatienten

sind unabhängig von der Zuordnung ihrer Wohngemeinde zum für deren Behandlung kompetenten Behandlungsort zu transportieren.

Es ist zu prüfen, ob die Gesundheitsversorgungsregionen Surses und Viamala/Albula zu einer Gesundheitsversorgungsregion zusammengeschlossen werden können (Albula/Alvra, Andeer, Bergün, Cazis, Filisur, Sils im Domleschg, Surses, Region Viamala).

Die Gesundheitsregion Oberhalbstein soll in die Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala integriert werden (Masein). Eine Erweiterung der Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala mit Oberhalbstein erachten wir als prüfenswert (Donat).

Eine allfällige Integration der Gesundheitsregion Oberhalbstein in die Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala muss von den beiden Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise den ihnen zugehörigen Gemeinden beantragt werden. Ein entsprechender Antrag ist im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens nicht erfolgt. Eine solche Integration kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Gemäss dem Revisionsentwurf (Art.7 Abs. 2) können sich Gesundheitsversorgungsregionen auf Beginn eines Kalenderjahres zusammenschliessen.

Es sollten auch regionsübergreifende Projekte beziehungsweise Projekte zur Kooperation zwischen den Gesundheitsversorgungsregionen finanziell unterstützt werden (Regionalspital Surselva, Rheinwald).

Die vorliegende Teilrevision des KPG bezweckt die Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen sowie die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Gewährung von Beiträgen durch den Kanton an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung aller institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise einer Subregion der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal, zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern in diesen Regionen oder zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in diesen Regionen. Zweck dieser Beiträge ist die Erhaltung der dezentralen Gesundheitsversorgung des Kantons.

Kooperationsprojekte über die Gesundheitsversorgungsregionen hinaus finden primär zwischen den Spitälern statt. Aus diesen Projekten sollte ein Mehrnutzen für die beteiligten Spitäler resultieren. Entsprechend sind solche Projekte durch die beteiligten Spitäler zu finanzieren. Beiträge können hingegen an Projekte zum Zusammenschluss von Gesundheitsversorgungsregionen zu einer neuen Gesundheitsversorgungsregion gewährt werden.

4.3 Weitere Anliegen und Bemerkungen

Mit der Revision wird keine Verbesserung in der medizinischen Versorgung erreicht (SVP).

Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung einer Gesundheitsversorgungsregion kann nicht im Voraus prognostiziert werden. Gemäss der Studie der KPMG «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden» (siehe Kapitel III) ist der Eigenversorgungsgrad in den untersuchten integrierten Versorgungsregionen gestiegen, während er in den untersuchten nicht integrierten Versorgungsregionen abgenommen hat. Die Patientenzufriedenheit bei den Erwachsenen ist gemäss der Studie in den integrierten Versorgungsregionen sowohl bezogen auf die Behandlung als auch die Organisation des Spitalaustritts höher als in den nicht integrierten Regionen. Diese Feststellungen sind zumindest ein starkes Indiz, dass mit der Umsetzung der Ziele der vorliegenden Teilrevision des Krankenpflegegesetzes eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung einer Gesundheitsversorgungsregion erreicht werden kann. Letztlich hängt das Ergebnis vom Willen und dem Einsatz der beteiligten Personen ab. Verbesserte Strukturen schaffen an sich noch keine Verbesserung der medizinischen Versorgung, sie schaffen hingegen dafür günstige Rahmenbedingungen.

Werden Privatkliniken in die Gesundheitsversorgungsregionen integriert und wenn ja wie (Stiftung Gesundheitsversorgung Oberengadin)?

Können private Anbieter Teil einer Gesundheitsversorgungsregion sein (Kliniken Valens)?

Grundsätzlich können auch Privatkliniken insbesondere mit dem Spital der betreffenden Gesundheitsversorgungsregion eine engere Zusammenarbeit eingehen. Die Art und Weise einer solchen engeren Zusammenarbeit, die idealerweise in einer Abstimmung und Koordination des Leistungsangebots besteht, ist zwischen den betroffenen Organisationen festzulegen.

Können auch private Spitex-Organisationen in die Zusammenarbeit innerhalb einer Gesundheitsversorgungsregion eingebunden werden (Verein «Spitex Alterswohnungen Chur»)?

Einer entsprechenden Einbindung steht nichts im Wege. Sie ist zwischen den betroffenen Organisationen zu beschliessen.

Die privaten Spitex-Organisationen, die bereits heute mangels Leistungspflicht einen Marktvorteil haben werden ausser Acht gelassen (Spitex Verband Graubünden).

Der Einbezug der privaten Spitex-Organisationen in die Organisation

der Gesundheitsversorgungsregionen kann nur auf freiwilliger Ebene erfolgen. Den Vorteilen der private Spitex-Organisationen (insbesondere keine Leistungspflicht) wird in Art. 21 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz dadurch Rechnung getragen, dass die anerkannten Kosten der Dienste ohne kommunalem Leistungsauftrag lediglich 85 Prozent der anerkannten Kosten der Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag betragen. Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag erhalten zudem gemäss Art. 42 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes keine Beiträge des Kantons und der Gemeinden für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen sowie den Mahlzeiten-dienst.

In die Gesundheitsversorgungsregionen sollen zur flächendeckenden Versorgung aller Regionen auch die Apotheken einbezogen werden (Gewerkschaft VPOD Grischun).

Apotheken sind ein wichtiger Pfeiler in der medizinischen Grundversorgung. Bei gesundheitlichen Beschwerden erhalten Personen rasch Hilfe. Vielfach erhalten sie in der Apotheke direkt eine Lösung. Mit persönlicher Beratung und Betreuung wie auch mit Präventionsangeboten helfen Apotheker mit, die Kosten im Gesundheitswesen zu minimieren. Als erste Anlaufstelle entlasten Apotheken zudem Hausärzte und Notfallaufnahmen. Das Wissen der Apotheker gewährleistet der Bevölkerung einen sicheren Umgang mit Medikamenten und eine optimale Wirkung der Medikamente.

Dem Einbezug von Apotheken in die Organisation einer Gesundheitsversorgungsregion steht grundsätzlich nichts im Wege. Allfällige Zusammenarbeitsformen sind zwischen den Apotheken und den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise ihren Gesundheitszentren zu vereinbaren.

Den Gesundheitsversorgungsregionen sollten mehr Kompetenzen zugesprochen werden (da casa val lumnezia, Ilanz, Lumnezia, Obersaxen Mundaun, Sagogn, Vals, Sana Surselva) beziehungsweise sollte die Aufgabe, für ein ausreichendes Angebot an stationärer Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und an häuslicher Pflege und Betreuung zu sorgen, übertragen werden (Casa Sogn Giusep).

Gemäss dem neuen Art. 9 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes haben sich die Gemeinden der einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen in zweckmässiger Weise zu organisieren. Im Rahmen des entsprechenden Organisationsstatuts können die Gemeinden auch festlegen, welche Kompetenzen und Aufgaben sie den Gesundheitsversorgungsregionen übertragen.

Die Zuteilung der Region Flims-Laax zu zwei Gesundheitsversorgungsregionen wirft Fragen bezüglich der operativen Umsetzung auf (geteilter Hausärzte- und Dienstärzte-Notfalldienst) (Regionalspital Surselva).

Die Dienstplanregionen stimmen oft mit den Gesundheitsversorgungsregionen nicht überein (Bündner Ärzteverein).

Die Regionen der hausärztlichen und der dienstärztlichen Notfalldienste werden durch den Bündner Ärzteverein festgelegt. Sie müssen nicht zwingend den Gesundheitsversorgungsregionen entsprechen.

Bei der Bildung grosser Gesundheitsversorgungseinheiten besteht die Gefahr, dass nicht direkt den Zentren angeschlossene Institutionen und Einrichtungen nicht in die Prozesse, Abläufe und Strategien einbezogen werden (Pro Senectute Graubünden).

Bei einem qualitativ überzeugenden und bedarfsgerechten Angebot von ausserhalb der Gesundheitszentren tätigen Institutionen und Einrichtungen kann davon ausgegangen werden, dass dieses Angebot von den Gesundheitszentren in ihr Leistungsangebot einbezogen wird. Die ausserhalb der Gesundheitszentren tätigen Institutionen und Einrichtungen haben es somit selbst in der Hand darauf hinzuwirken, dass sie in die Prozesse, Abläufe und Strategien der Gesundheitszentren einbezogen werden.

Gesundheitsversorgungsregionen sind in der Lage, weitere Geschäftsfelder wie eventuell Gesundheitstourismus zu generieren (Puntreis Center da Sanadad, Ilanz, Sagogn, Vals, Sana Surselva).

Grössere Gebilde, insbesondere mit einem Gesundheitszentrum, können in der Tat über den Betrieb der Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste ihrer Region hinausgehende Geschäftsfelder und Aufgaben wahrnehmen. Dazu kann auch der Gesundheitstourismus gehören.

4.4 Nicht im Zusammenhang mit der Teilrevision stehende Anliegen und Forderungen

Die nachstehend aufgeführten Anliegen und Forderungen stehen nicht im Zusammenhang mit der Zielsetzung der vorliegenden Teilrevision. Gleichwohl erachtet die Regierung es als angezeigt, zu diesen Anliegen und Forderungen Stellung zu nehmen.

Für die stationäre und die ambulante Pflege und Betreuung sollen einheitliche Beitragssätze von Kanton und Gemeinden eingeführt werden. Die geltende Regelung kann zu Fehlanreizen führen und die Steuerung der Angebote im Sinne von «ambulant vor stationär» erschweren. Dabei soll es

insgesamt zu keiner Kostenverschiebung zwischen Kanton und Gemeinden kommen (Chur, Planungsregion «Chur Regio»).

Im Rahmen der Behandlung des Berichts zur Spital- und Pflegeheimfinanzierung im Kanton Graubünden hat sich der Grosse Rat in der Junisession 2016 mit 109 zu 0 Stimmen bei 0 Enthaltung für die Weiterführung der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung ausgesprochen (GRP 2015/2016 S. 995).

Um das Ziel «ambulant vor stationär» umsetzen zu können, müssen die Ansätze der Restfinanzierung von Kanton und Gemeinden optimiert werden (SP).

Das Krankenpflegegesetz enthält keine Regelung bezüglich einer Restfinanzierung der institutionellen Leistungserbringer durch den Kanton und die Gemeinden. Die institutionellen Leistungserbringer sind folglich gehalten, ihre Leistungen unter Einbezug der Beiträge des Kantons und der Gemeinden so zu erbringen, dass kein Defizit entsteht. Für eine allfällige gleichwohl notwendige Restfinanzierung der Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste haben sich diese mit den Gemeinden zu verständigen.

Die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) sollen sich ebenfalls am Modell der mit der deckungsgleichen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgungsregionen einhergehenden integrierten Bedarfs- und Versorgungsplanung aller ambulanten und stationären Angebote innerhalb der Region orientieren (SP, Gewerkschaft VPOD Grischun, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Graubünden, Stiftung Gesundheitsversorgung Oberengadin, Verband der Pflegefachpersonen SBK Graubünden).

Den PDGR obliegt die psychiatrische Versorgung des gesamten Kantons. Die Bedarfs- und Versorgungsplanung der PDGR erstreckt sich folglich auf das ganze Kantonsgebiet.

Neben organisatorischen Vorgaben hätten wir uns im Gesetz auch inhaltliche qualitätssichernde Vorgaben gewünscht (SP, Gewerkschaft VPOD Grischun).

Qualitätssichernde Vorgaben sind auf kantonaler Ebene im Gesundheitsgesetz enthalten. Voraussetzung für die Erteilung einer Betriebsbewilligung für Betriebe des Gesundheitswesens ist der Nachweis eines vom Gesundheitsamt anerkannten Qualitätssicherungssystems (Art. 19 Abs. 1 lit. d). Zusätzliche detaillierte Vorgaben zur Qualitätssicherung enthält die Verordnung zum Gesundheitsgesetz in den Art. 11 bis 15 für die Spitäler, in den Art. 16 bis 19 für die Alters- und Pflegeheime und in den Art. 20 bis 22 für die Spitexdienste. Art. 12 Abs. 1 lit. e des Krankenpflegegesetzes setzt zu-

dem für die Erteilung eines Leistungsauftrags an ein Spital die Teilnahme an schweizerischen Qualitätsmessungen voraus.

Umfassende Vorgaben zur Qualität und zur Qualitätssicherung sind auf Bundesebene im Bundesgesetz über die Krankenversicherung und in der Verordnung über die Krankenversicherung enthalten. Darüber hinaus erfolgen auch von den Standesorganisationen zunehmend Vorgaben zur Qualitätssicherung.

Es soll eine kantonale Ombudsstelle für alle Involvierten geschaffen werden (SP, Gewerkschaft VPOD Grischun, Verband der Pflegefachpersonen SBK Graubünden).

Da der Grosse Rat sich bereits verschiedentlich dahingehend geäußert hat, dass die Einrichtung einer Ombudsstelle auf freiwilliger Basis erfolgen sollte (vgl. Ausführungen im Regierungsbeschluss vom 18. Dezember 2018 [Prot. Nr.1038]), erachtet es die Regierung als nicht angezeigt, eine für alle Leistungserbringer obligatorische Ombudsstelle zu bezeichnen.

Für die Institutionen des Gesundheitswesens drängt sich die Verpflichtung der Leistungserbringer zum Abschluss eines kantonalen Gesamtarbeitsvertrags auf, um dadurch dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und um die Einhaltung der branchenüblichen Arbeitsbedingungen gemäss Art. 12 Abs. 1 lit. j KPG sicherzustellen (SP, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Graubünden, Verband der Pflegefachpersonen SBK Graubünden, Gewerkschaft VPOD Grischun).

Die Regierung ist sich bewusst, dass ein Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für die Institutionen des Gesundheitswesens gegenüber der jetzigen Situation einige Vorteile aufweisen würde. Angesichts der klar ablehnenden Haltung der Bündner Spitäler und Kliniken gegenüber einem Gesamtarbeitsvertrag für das Spitalpersonal hat die Regierung gleichwohl darauf verzichtet, im Anforderungskatalog für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler den Abschluss eines GAV als zwingende Voraussetzung zu statuieren. Sie ist dem damaligen Anliegen von Gewerkschaftsbund Graubünden, SP SBK und VPOD insofern entgegengekommen, indem die Gewährung branchenüblicher Anstellungsbedingungen im Krankenpflegegesetz als Voraussetzung für die Aufnahme auf die Spitalliste statuiert wurde (Botschaft Heft Nr. 4/2015–2016 S. 193).

Wir wünschen uns verbindliche und einheitliche Regelungen für die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten. Unbedingt erforderlich ist eine Klärung der Vorgaben für Anbieter ohne kantonalen Leistungsauftrag (SP).

Gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. b des Gesundheitsgesetzes sind die Gesundheitsfachpersonen verpflichtet, ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und

Fertigkeiten durch lebenslange Fortbildung zu vertiefen, zu erweitern und zu verbessern. Sie haben zudem gemäss lit. c dafür zu sorgen, dass die ihnen fachlich unterstellten Personen ebenso ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch lebenslange Fortbildung vertiefen, erweitern und verbessern. Diese Vorgabe ist für die Gesundheitsfachpersonen verbindlich. Gemäss Art. 37 Abs. 4 des Gesundheitsgesetzes legt die Regierung die Dauer und den Umfang der berufsspezifischen Fortbildung fest. Dem Anliegen wird damit bereits mit der geltenden Regelung Rechnung getragen.

Es sollten auch andere als nur finanzielle Anreize in Betracht gezogen werden, um den Zusammenschluss zu fördern. So z.B. die Erteilung einer Betriebsbewilligung an die Gesundheitsversorgungsregion für alle Pflegeheime der Region (Ilanz, Lumnezia, Obersaxen Mundaun, Sagogn, Vals, Sana Surselva).

Die Betriebsbewilligungen müssen in der Kompetenz der einzelnen Regionen bleiben. Wir erwarten, dass eine globale regionale Betriebsbewilligung erteilt wird (CVP).

Die Gesundheitsversorgungsregionen sollte eine Betriebsbewilligung für alle Pflegeheime in ihrem Verantwortungsbereich erteilen können (da casa val lumnezia).

Die Betriebsbewilligungen sind gesundheitspolizeiliche Bewilligungen. Im Rahmen der Prüfung entsprechender Gesuche ist zu prüfen, ob die den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung bezweckenden Vorschriften erfüllt sind. Diese Prüfung und damit auch die Erteilung der entsprechenden Bewilligung hat dementsprechend pro Betrieb zu erfolgen. Für die Erteilung der Betriebsbewilligungen ist gemäss dem Gesundheitsgesetz das Gesundheitsamt und nicht die einzelne Region zuständig. An der kantonalen Zuständigkeit für die Erteilung der Betriebsbewilligungen ist aus Gründen des einheitlichen Vollzugs festzuhalten.

Im geplanten Szenario fehlen Überlegungen zur Thematik der pflegenden Angehörigen. Auch hier braucht es in den einzelnen Regionen ein entsprechendes Beratungs- und Unterstützungsangebot (Gewerkschaftsbund Graubünden).

Ein grosses Problem im Kanton stellen wir im Zusammenhang mit der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung des Kantons bei der Erfüllung der arbeitszeitrechtlichen Vorgaben fest (Gewerkschaft VPOD Grischun).

Die Problematik ist allgemein bekannt. Die Einhaltung der arbeitszeitrechtlichen Vorgaben stellt für einen erheblichen Teil der Rettungsdienste eine Herausforderung dar, da die Rekrutierung des dafür ausreichenden Rettungspersonals äusserst schwierig bis teilweise unmöglich ist.

Die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind genauer anzuschauen und wo notwendig zu erhöhen (Gewerkschaft VPOD Grischun).

Die Spitäler des Kantons haben dem Gesundheitsamt vor kurzem einen Vorschlag für die Ermittlung der Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen eingereicht. Auf Basis dieses Vorschlags wird im Budget 2021 die vorgesehene Verteilung des dem Grossen Rat beantragten Gesamtkredits für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen aufgezeigt.

Der Rotkreuz-Fahrdienst stellt einen wichtigen Baustein für die vorgesehene Neuorganisation der Gesundheitsversorgung dar. Der Rotkreuz-Fahrdienst sollte entsprechend durch die Institutionen der Gesundheitsversorgung und/oder den Kanton finanziell unterstützt werden (SRK Graubünden).

Das Bundesgericht hat mit Urteil vom 14. Januar 2020 (9C_540/2019) einen Krankenversicherer verpflichtet, an die Kosten des professionell organisierten Fahrdienstes des Schweizerischen Roten Kreuzes Thurgau für Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen kein öffentliches Verkehrsmittel benutzen können oder auf Begleitung angewiesen sind, einen Transportkostenbeitrag zu leisten. Es ist zu hoffen, dass aufgrund dieses Urteils das Defizit des Fahrdienstes des Schweizerischen Roten Kreuzes Graubünden substantiell reduziert werden kann.

III. Studie der KPMG «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden»

Die KPMG untersuchte in ihrer in Zusammenarbeit mit der Universität St.Gallen erstellten Studie «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden» vom April 2020 folgende zwei Fragestellungen:

Welche relevanten Erkenntnisse lassen sich aus einem Vergleich von Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung (Engiadina Bassa und Prätigau) und solchen ohne entsprechende Organisationsstrukturen (Oberengadin und Surselva) hinsichtlich der untersuchten finanziellen, personellen und versorgungspolitischen Aspekte und der Auswirkungen auf Patienten und Gemeinden gewinnen?

Welche Rahmenbedingungen und Praktiken sind für einen erfolgreichen Aufbau- und Entwicklungsprozess zu berücksichtigen?

Die Studie gelangt im Rahmen des Vergleichs von integrierten und nicht integrierten Versorgungsregionen zusammengefasst zu folgenden Feststellungen:

Der Kanton Graubünden hat mit dem Modell der integrierten Versorgungsregionen einen zukunftsweisenden Weg eingeschlagen: Der Vergleich von integrierten und nicht integrierten Versorgungsregionen belegt wesentliche Vorteile der integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, die Mitarbeitenden, die Gemeinden sowie den Kanton.

Vorteile für Patientinnen und Patienten

Die strukturelle Verbindung unter den Leistungserbringern führt in den integrierten Versorgungsregionen zu einer intensiveren Zusammenarbeit. Die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung ist dabei insbesondere auf das professionelle Schnittstellenmanagement zurückzuführen – etwa durch eine Beratungsstelle oder ein zentral erfolgendes Zuweiser-, Entlass- und Versorgungsmanagement. Zusätzlich fördern durchgängige Infrastrukturen und Prozesse die Umsetzung von innovativen Versorgungsformen. Integrierte Versorgungsregionen richten Behandlungsprozesse umfassend auf Patientinnen und Patienten aus.

Wahlmöglichkeiten der Therapien und der Diagnostik sowie die Transparenz der Gesundheitsdienstleistungen führen zu hoher Patientenzufriedenheit.

Vorteile für das Personalmanagement

Auch im Bereich des Personalmanagements zeigen sich positive Effekte der integrierten Gesundheitsversorgung. Dieses kann flexibler, bedarfsorientierter und sektorenübergreifend organisiert werden – mit entsprechend positiven Auswirkungen auf die Attraktivität von Fach- und Leitungsfunktionen und deren Rekrutierung. Erleichtert wird zudem die Besetzung von strategischen Organen und die Zusammenstellung von Verwaltungs- und Stiftungsräten, da sich in integrierten Systemen die Anzahl an Positionen verringert.

Damit entkräftet sich aus Sicht der Regierung die von zahlreichen Vernehmlassern ins Feld geführte Problematik der Rekrutierung von Mitgliedern mit den in der Vernehmlassungsvorlage aufgelisteten Qualifikationen.

Vorteile für die Gemeinden

Der Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgung führt in einem ersten Schritt zwar zu einem hohen Umsetzungsaufwand und entsprechend temporär steigenden Kosten. Mittelfristig sind durch die betriebliche Integration die Leistungserbringer jedoch besser aufgestellt, um Kostendruck zu bewältigen.

Ausserdem lassen sich Kostenvorteile bei den unterstützenden Aktivitäten realisieren. Der mit dem anfänglichen Ausgabenwachstum verbundene Leistungsausbau führt zu einer verbesserten Versorgungsqualität und vorteilhaften volkswirtschaftlichen Effekten.

Eine integrierte Versorgung beeinflusst die Lebensqualität und Standortattraktivität der Gemeinden positiv, trägt zu einer ganzheitlicheren Betrachtung der Versorgung und einer besseren Vorbereitung auf die Bewältigung zukünftiger Schlüsselrends bei.

Neben den vorstehenden zusammengefassten Feststellungen der Studie sind insbesondere folgende punktuelle (quantitative) Feststellungen interessant:

Der Personalbestand ist in den integrierten Versorgungsregionen im Zeitraum 2010–2016 um durchschnittlich 1.5 Prozent pro Jahr gestiegen, während in den nicht integrierten Regionen der Personalbestand in diesem Zeitraum um durchschnittlich 0.2 Prozent pro Jahr zurückgegangen ist.

Der Eigenversorgungsgrad ist in den integrierten Versorgungsregionen Engiadina Bassa und Prättigau im Zeitraum 2007–2017 um durchschnittlich 0.8 Prozent (Engiadina Bassa) beziehungsweise 0.5 Prozent (Prättigau) pro Jahr gestiegen, während er in den nicht integrierten Versorgungsregionen Surselva und Oberengadin in diesem Zeitraum um durchschnittlich je 0.6 Prozent pro Jahr abgenommen hat. Dies lässt darauf schliessen, dass sich die Bevölkerung in integrierten Versorgungsregionen zunehmend vor Ort versorgen lässt.

Die Patientenzufriedenheit bei den Erwachsenen ist in den integrierten Versorgungsregionen sowohl bezogen auf die Behandlung als auch die Organisation des Spitalaustritts höher als in den nicht integrierten Regionen.

IV. Umsetzung der im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton vorgesehenen Massnahmen zur Erreichung der angestrebten Strukturen der Gesundheitsversorgung

1. Angemessene Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler

Die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen sollen gemäss dem Leitbild so bemessen sein, dass die entsprechenden Aufwendungen der Spitäler bei wirtschaftlicher Führung gedeckt sind.

Für die Bereitstellung des für eine angemessene Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und damit auch für die Aufrechterhaltung der regionalen Spitalversorgung erforderlichen Gesamtkredits ist der Grosse Rat zuständig.

Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c des Krankenpflegegesetzes legt der Grosse Rat im Budget abschliessend den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons

an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden an die öffentlichen Spitäler für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen fest.

Die Regierung teilt in der Folge 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 Halbpri- und Privatpatienten und von Selbstzahlern auf die einzelnen Spitäler auf (Art. 24 Abs. 1 KPG).

Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten gemäss Art. 24 Abs. 2 KPG insbesondere die Aufwendungen für:

- a) Vorhalteleistungen;
- b) Palliativpflege;
- c) Prävention;
- d) Sozialdienst;
- e) Spitalseelsorge;
- f) Epidemievorsorge;
- g) Rechtsmedizin;
- h) Betrieb eines geschützten Spitals;
- i) medizinische Vorsorge für Notlagen und Katastrophen;
- j) Pflichtleistungen gemäss Artikel 13 Absatz 2, soweit die Betriebs- und Investitionskosten nicht durch die Tarife gedeckt sind.

Der Grosse Rat hat für die Jahre 2014–2019 den Gesamtkredit für Beiträge an Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen in folgender Höhe festgelegt:

2014	22.9 Mio. Franken
2015	22.9 Mio. Franken
2016	22.5 Mio. Franken
2017	21.9 Mio. Franken
2018	21.9 Mio. Franken
2019	21.9 Mio. Franken
2020	21.9 Mio. Franken

Tabelle 1: Gesamtkredit für Beiträge an Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Der Rückgang des Gesamtkredits für Beiträge an Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen im Jahr 2017 ist in einer entsprechenden Erhöhung der Beiträge an die Spitäler für das Rettungswesen begründet.

2. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung obliegt den Gemeinden. Sie nehmen zweckmässigerweise diese Aufgabe koordiniert im Zusammenwirken mit der Region wahr. In den kleineren Spitalregionen ist von den Gemeinden im Falle einer unzureichenden ärztlichen Versorgung in Erwägung zu ziehen, ihr Regionalspital mit der ambulanten medizinischen Grundversorgung zu beauftragen.

Der Kanton trägt durch folgende Massnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung bei:

- Ausrichtung von Beiträgen zur Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes gemäss Vereinbarung mit dem Bündner Ärzteverein
- Abgeltung des Notfalldienstes für Ärzte mit überdurchschnittlicher Notfallbelastung
- Finanzielle Unterstützung des Praxisassistenzenprogramms «Capricorn» des Bündner Ärztevereins
- Finanzielle Unterstützung des Weiterbildungscurriculums für Hausärzte des Kantonsspitals Graubünden
- Engagement auf schweizerischer Ebene für die Ausbildung von mehr Ärzten und gegen die zunehmenden, den Gegebenheiten der kleineren Spitäler nicht Rechnung tragenden Anforderungen der ärztlichen Fachgesellschaften an die Weiterbildung und an die Tätigkeiten im medizinischen Bereich

Im Jahr 2019 leistete der Kanton zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung Beiträge von insgesamt 1.6 Mio. Franken.

3. Zusammenschluss der institutionellen Leistungserbringer pro Spitalregion

Die im Leitbild angestrebte Leistungserbringung in allen Bereichen durch einen Anbieter sowie Übereinstimmung der Spital-, Alters- und Pflegeheim- sowie Spitexregionen ist in den Regionen Engiadina Bassa, Prättigau, Val Müstair, Poschiavo und Bergell umgesetzt. In diesen Regionen stellt eine einzige Organisation den Spital-, Heim- und Spitexbetrieb sicher.

In weiteren vier Regionen (Davos, Oberengadin und Oberhalbstein) ist neben dem Gesundheitszentrum noch eine weitere Trägerschaft tätig. In den verbleibenden vier Regionen (Churer Rheintal, Surselva, Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula und Mesolcina-Calanca) sind je zwischen fünf und 26 Trägerschaften zu verzeichnen.

V. Ziele der Teilrevision

Mit der vorliegenden Teilrevision des Krankenpflegegesetzes sollen folgende im Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden zur Aufrechterhaltung der regionalen Gesundheitsversorgung als notwendig erachtete Massnahmen umgesetzt werden:

- **Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen**
Die Einteilung des Kantons in Spitalregionen soll auf den Alters- und Pflegeheimbereich und den Spitexbereich ausgedehnt werden.
Die deckungsgleiche Ausgestaltung der Einzugsgebiete der Spitalregionen, der Alters- und Pflegeheimregionen und der Spitexregionen ermöglicht eine koordinierte, auf die drei Bereiche abgestimmte Planung, eine optimale Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den institutionellen Leistungserbringern der jeweiligen Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise der Subregionen der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal und damit auch eine optimale Ausgestaltung des Patientenflusses.
- **Schaffung von finanziellen Anreizen zur Bildung einer einzigen Trägerschaft der institutionellen Leistungserbringer pro Gesundheitsversorgungsregion.**
Die aktuellen wie auch die noch anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen verlangen nach einem Zusammenschluss oder zumindest einer verstärkten Zusammenarbeit der institutionellen Leistungsanbieter in einer Gesundheitsversorgungsregion auf strategischer und operativer Ebene. Der Zusammenschluss wie auch die verstärkte Zusammenarbeit der institutionellen Leistungserbringer soll seitens des Kantons durch finanzielle Anreize gefördert werden. Voraussetzung für entsprechende Beiträge soll sein, dass die Projekte entweder die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung aller institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise einer Subregion der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal, den Zusammenschluss von Leistungserbringern in diesen Regionen oder die Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion zum Ziel haben. Projekte zum Zusammenschluss von Gesundheitsversorgungsregionen sollen ebenfalls durch Beiträge unterstützt werden.
Die Spitäler, mit Ausnahme des Kantonsspitals Graubünden, die Alters- und Pflegeheime und die Spitexdienste in unserem Kanton verfügen über eine zu kleine Betriebsgrösse, um den sich zunehmend verschärfenden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Herausforderungen längerfristig wirkungsvoll begegnen zu können.

Durch die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung aller institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise in einer Subregion der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal, durch den Zusammenschluss von Leistungserbringern in diesen Regionen wie auch durch die Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion lassen sich, wie in der Studie der KPMG aufgezeigt, Synergien im strategischen (Besetzung von strategischen Gremien wird einfacher) und operativen Bereich (Skaleneffekte insbesondere in den unterstützenden Aktivitäten) erzielen, ebenso auch bei den Investitionen und Anschaffungen. Synergien lassen sich aber auch in qualitativer Hinsicht erzielen. Es ist davon auszugehen, dass die Synergien im strategischen und im betrieblichen Bereich und bei den Investitionen und Anschaffungen sich längerfristig günstig auf die Kosten der einzelnen Betriebe und letztlich auch auf die Beiträge des Kantons und der Gemeinden auswirken werden. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass die Synergien im qualitativen Bereich sich positiv auf die Prozess- und Ergebnisqualität und damit auf die medizinische Behandlung und die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten in den Spitälern, der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime und der Klientinnen und Klienten der Spitexdienste auswirken werden. Dank attraktiveren Stellen dürfte auch die Rekrutierung von Fachkräften einfacher werden. Integrierte Gesundheitsversorgungsregionen ermöglichen entsprechend dem Grad des Zusammenschlusses beziehungsweise der Zusammenarbeit der institutionellen Leistungserbringer eine bedarfsge-rechtere Versorgung der Bevölkerung und tragen zu einer Zunahme der Standortattraktivität bei.

Die Umsetzung dieser Massnahmen zur Optimierung der Strukturen der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden soll dazu beitragen, dass der Kanton auch längerfristig über ein alle Regionen versorgendes qualitativ hochstehendes und wirtschaftlich tragbares Gesundheitssystem verfügt.

Gerade die aktuelle Coronakrise zeigt eindrücklich, wie wichtig ein alle Regionen des Kantons abdeckendes Gesundheitssystem für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung des Kantons Graubünden ist. Neben der Studie der KPMG «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden» belegt auch die aktuelle Coronakrise, dass das der Spitalpolitik des Kantons zugrunde liegende Ziel von integrierten Gesundheitszentren für jede Gesundheitsversorgungsregion (Art. 9a Abs. 1 des Revisionsentwurfs) für die langfristige Sicherstellung der dezentralen Gesundheitsversorgung des Kantons Graubünden zukunftsweisend ist. Es hat sich im Rahmen der Bewältigung der Corona-

krise herausgestellt, dass insbesondere die notwendigen Verschiebungen von Personal in integrierten Gesundheitsversorgungszentren wesentlich effizienter und einfacher ohne zusätzliche administrative Vorgänge (beispielsweise Personalleihverträge) stattfinden können. Gleiches gilt für die Beschaffung und den bedarfsgerechten Einsatz von Schutzmaterialien. Auch ermöglichen integrierte Gesundheitszentren einen weit besseren Überblick über die Bedarfssituation und damit auch eine bessere Koordination der personellen und materiellen Ressourcen.

VI. Eckpunkte der Teilrevision

1. Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen

1.1 Überblick über die Spital-, Heim- und Spitexregionen und die Anzahl der institutionellen Leistungserbringer pro Spitalregion

Spitalregionen

Das Kantonsgebiet ist gemäss Art. 7 des Krankenpflegegesetzes in zwölf Spitalregionen unterteilt (Anhang 1). In jeder Region ist jeweils ein Spital für die stationäre Behandlung der Bevölkerung zuständig. Die Region Mesolcina-Calanca verfügt über kein eigenes Spital. Sie wird durch die Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona, versorgt. Die Zugehörigkeit der Gemeinden zu den Spitalregionen ist ebenfalls in Art. 7 des Krankenpflegegesetzes geregelt.

Pflegeheimregionen

Der Kanton Graubünden ist in 17 Pflegeheimregionen unterteilt (Anhang 2). In den 17 Pflegeheimregionen sind insgesamt 52 Pflegeheime tätig. Die Pflegeheimregionen sind nur in sieben Fällen identisch mit den Spitalregionen und unterscheiden sich vielerorts auch in den Trägerschaften.

Spitexregionen

Der Kanton Graubünden zählt 18 Spitexregionen mit 19 Spitexdiensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag (Anhang 3). Die Spitexregionen unterscheiden sich grösstenteils von den Spital- und Heimregionen.

Anzahl Trägerschaften der institutionellen Leistungserbringer pro Spitalregion

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl Trägerschaften der Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste in den Spitalregionen in den letzten Jahren:

Spitalregion	Anzahl Trägerschaften		
	Januar 1998	Februar 2014	Dezember 2019
Spitalregion Churer Rheintal	34	27	26
Spitalregion Oberengadin	2	2	2
Spitalregion Engiadina Bassa	3	2	2
Spitalregion Davos	3	2	2
Spitalregion Surselva	23	14	14
Spitalregion Heinzenberg/ Domleschg/Hinterrhein/Albula	9	8	8
Spitalregion Oberhalbstein	2	2	2
Spitalregion Prättigau	3	1	1
Spitalregion Val Müstair	2	1	1
Spitalregion Poschiavo	3	3	1
Spitalregion Bergell	2	2	1
Spitalregion Mesolcina-Calanca	5	5	5
Total	91	69	65

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl Trägerschaften der Spitäler, Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste in den Spitalregionen

1.2 Vorgehen

Die Einteilung des Kantons in Spitalregionen mit Zuteilung der Gemeinden zu den Spitalregionen wird auf den Alters- und Pflegeheimbereich und den Spitexbereich ausgedehnt. Die Spital-, Spitex-, Alters- und Pflegeheimregionen sollen künftig gebietsmässig deckungsgleich ausgestaltet sein (Anhang 4). Aktuell sind die Pflegeheimregionen nur in sieben Fällen mit den Spitalregionen identisch. Die Spitexregionen unterscheiden sich grösstenteils von den Spital- und Heimregionen. Eine deckungsgleiche Ausgestaltung dieser Regionen ist für eine umfassende Zusammenarbeit der institutionellen Leistungserbringer unabdingbar.

Die neue funktionale Gebietseinheit wird als Gesundheitsversorgungsregion bezeichnet, umfasst sie doch räumlich alle institutionellen Leistungserbringer im Gesundheitsbereich in der betreffenden Region.

Die Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen wird durch das vom Grossen Rat am 23. April 2014 beschlossene Gesetz über die Einteilung des Kantons Graubünden in Regionen nicht tangiert. Wie die Regierung in der entsprechenden Botschaft ausgeführt hat, legt der Kanton in verschiedenen

Sektoralpolitiken funktionale Räume fest [z.B. kantonale Schätzungsbezirke, Tiefbauamtsbezirke, Spitalregionen, Pflegeheimregionen, Spitexregionen] (Botschaft Heft Nr. 10/2013–2014 S. 768). Gemäss den einschlägigen Ausführungen der Regierung in der Botschaft erfolgt die Festlegung der Spitalregionen, Pflegeheimregionen und Spitexregionen im Krankenpflegegesetz (Spitalregionen) oder basiert sie auf dem Krankenpflegegesetz [Pflegeheimregionen, Spitexregionen] (Botschaft Heft Nr. 10/2013–2014 S. 791f). Die neu im Krankenpflegegesetz vorgesehenen Gesundheitsversorgungsregionen stellen analog zu den Spitalregionen, den Pflegeheimregionen und den Spitexregionen funktionale Räume für die institutionelle Gesundheitsversorgung dar. Gesundheitsversorgungsregionen als funktionale Räume müssen nicht deckungsgleich mit den politischen Regionen sein.

Die heute gemäss dem Gesundheitsgesetz und dem Krankenpflegegesetz den Gemeinden obliegenden Aufgaben im Bereich der Gesundheitsversorgung erfahren durch die Bildung der Gesundheitsversorgungsregionen keine Änderung.

2. Schaffung von finanziellen Anreizen zur Zusammenarbeit beziehungsweise Zusammenschluss der institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion

Der Revisionsentwurf sieht vor, dass der Kanton Beiträge an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, an Projekte zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern sowie an Projekte zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise in den Subregionen gewähren kann.

Voraussetzung für die Beiträge ist, dass die Projekte im Einklang mit der kantonalen Gesundheitspolitik, nämlich der Sicherstellung der dezentralen Gesundheitsversorgung, stehen und dazu einen Beitrag leisten.

VII. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Revisionsentwurfs

Art. 6

Abs. 1

Bei der Auflistung der öffentlichen akutsomatischen Spitäler des Kantons werden die von den betreffenden Einrichtungen verwendeten Bezeichnungen eingesetzt.

Abs. 2

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden wird seit dem 1. Januar 2019 als Unternehmenseinheit der Psychiatrischen Dienste Graubünden geführt. Die Auflistung der öffentlichen psychiatrischen Spitäler des Kantons ist entsprechend anzupassen. In diesem Zusammenhang ist der von den Psychiatrischen Diensten geführten kinder- und jugendpsychiatrischen Station die Ortsbezeichnung Fürstenwald hinzuzufügen.

Art. 7

Abs. 1

Die Spital-, Altersheim- und Spitexregionen sollen künftig deckungsgleich ausgestaltet sein. Anstelle der drei bisherigen Regionen mit unterschiedlichem Einzugsgebiet sollen neu mit zwei Ausnahmen (Spitalregion Churer Rheintal bezüglich der Gemeinden Lantsch/Lenz und Vaz/Obervaz und Spitalregion Davos bezüglich der Gemeinde Schmitten) den heutigen Spitalregionen entsprechende Gesundheitsversorgungsregionen gebildet werden. Die deckungsgleiche Ausgestaltung der Einzugsgebiete der Spitalregionen, der Alters- und Pflegeheimregionen und der Spitexregionen ermöglicht eine koordinierte, auf die drei Bereiche abgestimmte Planung und damit eine optimale Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den institutionellen Leistungserbringern der jeweiligen Gesundheitsversorgungsregion und damit auch eine optimale Ausgestaltung des Patientenflusses.

Die Gemeinden werden den einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen so zugeteilt, wie sie im geltenden Art. 7 Abs. 1 den Spitalregionen zugeteilt sind. Einzige Ausnahme bilden die Gemeinden Vaz/Obervaz, Lantsch/Lenz und Schmitten. Diese werden neu der Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala (neue vereinfachende Bezeichnung für die bisherige Spitalregion Heizenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula) zugeordnet. Die Gemeinden Lantsch/Lenz und Schmitten gehören dem Förderraum Albula/Alvra an. Die Gemeinde Vaz/Obervaz gehört der Region Albula an. Entsprechend ist es angezeigt, diese Gemeinden trotz ihrem anderslautenden Antrag statt wie bisher der Spitalregion Churer Rheintal (Vaz/Obervaz und Lantsch/Lenz) beziehungsweise der Spitalregion Davos (Schmitten) neu der Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala zuzuteilen. Für die detaillierte Begründung wird auf die entsprechenden Ausführungen unter der Ziffer 2.4.2 verwiesen.

Bei der Auflistung der den Gesundheitsversorgungsregionen zugeordneten Gemeinden werden die vom Grossen Rat beschlossenen Gemeindegemeinschaften nachvollzogen.

Verschiebungen der Gemeinden zwischen den Gesundheitsversorgungsregionen können Auswirkungen auf die vom Kanton zu erstellende kantonale Pflegeheimplanung (Art. 28 Abs. 1 KPG) und die von den Gemeinden zu erstellende regional abgestimmte Pflegeheimplanung (Art. 29 Abs. 2 KPG) haben.

Bei der vorgesehenen Zuordnung der Gemeinden zu den Gesundheitsversorgungsregionen werden die Pflegeheimregion Surses und die Spitexregionen Selva und Albula/Churwalden – wie aus den beiden nachstehenden Tabellen ersichtlich – auf zwei beziehungsweise drei Gesundheitsversorgungsregionen aufgeteilt.

Pflegeheimregion	Aufteilung des Versorgungsgebiets auf die Gesundheitsversorgungsregionen	
Surses	Albula/Viamala	Oberhalbstein

Tabelle 3: Von einer Aufteilung auf verschiedene Gesundheitsversorgungsregionen betroffene Pflegeheimregionen

Spitexregion	Aufteilung des Versorgungsgebiets auf die Gesundheitsversorgungsregionen		
	Churer Rheintal (Subregion Imboden)		Surselva
Spitex Selva	Flims Trin		Falera Laax Sagogn Schluein
	Churer Rheintal (Subregion Plessur)	Albula/Viamala	Oberhalbstein
Spitexverein Albula/ Churwalden	Churwalden Tschierschen/ Praden	Albula Bergün/Bravuogn Filisur Lantsch/Lenz Schmitten	Surses

Tabelle 4: Von einer Aufteilung auf verschiedene Gesundheitsversorgungsregionen betroffene Spitexregionen

Die Aufteilung der Pflegeheimregion auf die Gesundheitsversorgungsregionen Albula/Viamala und Oberhalbstein hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Pflegebetten der Pflegeabteilung des Spitals Surses. Im Rahmen der nächsten Planung wird der Sollbestand der Region Surses entsprechend tiefer ausfallen. Da aber schon bisher bei einem Überangebot die Institution auf der Pflegeheimliste mit dem Ist-Bestand aufgeführt ist, ändert sich dadurch für die Pflegeabteilung des Spitals Surses nichts.

Die Aufteilung des Versorgungsgebiets der Spitex Selva und des Spitexvereins Albula/Churwalden hat zur Folge, dass sie, falls sie für diese Gemeinden weiterhin als Dienst mit kommunalem Leistungsauftrag gemäss Art. 41 KPG bestehen wollen, einen Leistungsauftrag der Gemeinden Flims, Trin, Falera, Laax, Sagogn und Schluein beziehungsweise der Gemeinden Churwalden, Tschierschen/Praden Albula, Bergün/Bravuogn, Filisur, Lantsch/Lenz, Schmitten, Vaz/Obervaz und Surses benötigen. Denkbar ist, wie von der Spitexorganisation Albula/Churwalden ausgeführt, dass sich die Organisation einer Gesundheitsversorgungsregion anschliesst und mit den interessierten Gemeinden der beiden anderen Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise direkt mit den beiden anderen Gesundheitsversorgungsregionen Leistungsvereinbarungen abschliesst. Ebenso kann die Spitex Selva im Einvernehmen mit den beteiligten Gemeinden Falera, Flims, Laax, Sagogn, Schluein und Trin und allenfalls auch den beteiligten Gesundheitsversorgungsregionen als regionenübergreifende Organisation bestehen bleiben.

In der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal ist angesichts der Einwohnerzahl (rund 87000 Einwohner) und der Zahl der institutionellen Leistungserbringer (16 Alters- und Pflegeheime sowie 7 Spitex-Organisationen) angezeigt, für die Erfüllung der Aufgaben der stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen sowie der häuslichen Pflege und Betreuung Subregionen zu bilden. Dem Kantonsspital Graubünden und den Leistungserbringern der Subregionen obliegt es in der Folge, Zusammenarbeitsverträge abzuschliessen. Ebenso findet für die Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal der angepasste Art. 9 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes, wonach sich die Gemeinden der einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen in zweckmässiger Weise zu organisieren haben, Anwendung.

Die Bildung von Subregionen in der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal wird von der Stiftung am Rhein (per 1. Januar 2019 wurden die beiden Stiftungen Alters- und Pflegeheim Neugut und Alterszentrum Bündner Herrschaft zur Stiftung am Rhein fusioniert) ausdrücklich begrüsst.

Die Regione Moesa und die Conferenza delle Case di cura e anziani del Moesano weisen darauf hin, dass die Gesundheitsversorgungsregion Mesolcina-Calanca im Gegensatz zu den anderen Gesundheitsversorgungsregionen über kein öffentliches Spital verfügt und dass der Kranken- und Verunfalltentransportdienst der Region folgedessen nicht dem Spital angegliedert ist, sondern von einer privaten Organisation erbracht wird. Zu diesem Hinweis ist festzuhalten, dass der besonderen Situation der Gesundheitsversorgungsregion Mesolcina-Calanca im Krankenpflegegesetz und bei der Verteilung des Gesamtkredits für den Kranken- und Verunfalltentransport Rechnung getragen wird.

Abs. 2

Gesundheitsversorgungsregionen sollen sich zusammenschliessen können, wenn dies dem Willen der Gemeinden dieser Regionen entspricht. Angesichts der damit verbundenen Auswirkungen auf die Gemeindebeiträge soll ein Zusammenschluss nur auf den Beginn eines Kalenderjahrs möglich sein.

Art. 8

Mit der Bildung von für den Spital-, Alters- und Pflegeheim- und Spitexbereich deckungsgleichen Gesundheitsversorgungsregionen wird der geltende Artikel 8 hinfällig, womit er aufzuheben ist.

Art. 9 Marginalie, Abs. 1 und 2, Art. 20 Abs. 2 und 3, Art. 21 Abs. 1, Art. 22 Abs. 1, Art. 25 Abs. 2, Art. 31 Abs. 5, Art. 55 Abs. 1, Art. 60 Abs. 1

Der Begriff «Spitalregion», «Spital- und Planungsregionen» beziehungsweise «Planungsregion» wird in den vorstehend aufgelisteten Bestimmungen durch den Begriff «Gesundheitsversorgungsregion» ersetzt.

Art. 9a

Abs. 1

Die Gesundheitspolitik des Kantons geht davon aus, dass aufgrund der topografischen Gegebenheiten das heutige regionale Spitalversorgungssystem auch in Zukunft beizubehalten ist. Bei der Bewältigung der komplexen und zumindest teilweise auch von aussen beeinflussten oder gar bestimmten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung des Kantons nehmen deren Strukturen eine zentrale Rolle ein. Die Spitäler – mit Ausnahme des Kantonsspitals Graubünden –, die Alters- und Pflegeheime und die Spitexdienste in unserem Kanton verfügen über eine zu kleine Betriebsgrösse, um den zunehmend verschärfenden Rahmenbedingungen längerfristig wirkungsvoll begegnen zu können.

Die Strukturen der Gesundheitsversorgung des Kantons sind entsprechend so auszugestalten, dass die Regionalspitäler, die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Dienste den stetig steigenden wirtschaftlichen und qualitativen Anforderungen gerecht werden können. Nur so ist gewährleistet, dass der Kanton auch längerfristig über ein alle Regionen (Bevölkerung und Gäste) versorgendes und wirtschaftlich tragbares Gesundheitssystem verfügt und die Bevölkerung und die Gäste innert einer vertretbaren Frist Zugang zur medizinischen Grundversorgung haben.

Die ideale Ausgestaltung der Strukturen der Gesundheitsversorgung besteht darin, dass die institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion die strategische und operative Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation übertragen. In der Spitalregion Churer

Rheintal soll dies auf der Ebene von drei Subregionen erfolgen, wobei das Kantonsspital Graubünden in der Betriebsführung unabhängig bleiben soll. Abs. 1 bildet diese Zielsetzung der Gesundheitspolitik des Kantons ab.

Durch die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation lassen sich – wie im Kapitel V Ziele der Teilrevision detailliert ausgeführt – Synergien im strategischen und operativen Bereich wie auch bei den Investitionen erzielen.

Abs. 2

Idealerweise sehen die Projekte die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung aller institutionellen Leistungserbringer einer Gesundheitsversorgungsregion vor (lit. a). Beiträge sollen indessen auch gewährt werden können, wenn sich nur einzelne institutionelle Leistungserbringer einer Gesundheitsversorgungsregion zusammenschliessen. Voraussetzung dafür ist, dass der Zusammenschluss zur Optimierung der Gesundheitsversorgung in der Gesundheitsversorgungsregion beiträgt (lit. b). Beiträge sollen schliesslich auch an Projekte zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion gewährt werden können (lit. c).

Die Regierung erachtet einen 75%-igen oder 100%-igen Beitragssatz des Kantons, wie von verschiedenen Vernehmlassern gefordert, nicht als angezeigt und gerechtfertigt. Die Gemeinden und/oder die institutionellen Leistungserbringer sollen sich im Sinne einer Vorleistung an den Projektkosten mitbeteiligen, kommen doch die Vorteile der verstärkten Zusammenarbeit und allfälliger Zusammenschlüsse primär ihnen und nicht dem Kanton zugute. Durch eine Mitbeteiligung an den Projektkosten bekunden die Gemeinden und/oder die institutionellen Leistungserbringer ihr Interesse am Projekt und sind sie auch verstärkt daran interessiert, diesem zum Durchbruch zu verhelfen.

Abs. 3

Die detaillierten Beitragsvoraussetzungen und die anrechenbaren Kosten sind durch die Regierung festzulegen. Die Regierung wird sich bei den Beitragsvoraussetzungen und der Festlegung des Beitragssatzes an der Umsetzung und am Erfüllungsgrad der im Absatz 1 formulierten Zielsetzung orientieren. Anrechenbar werden nur Kosten sein, die im Zusammenhang mit der in Absatz 1 formulierten Zielsetzung stehen und für deren Umsetzung zielführend und notwendig sind.

Dem von verschiedenen Vernehmlassern eingebrachten Begehren, im Sinne der Gleichbehandlung Beiträge auch an bereits durchgeführte Projekte zu gewähren, ist aus Sicht der Regierung nicht zu entsprechen. Einerseits lassen sich die anrechenbaren Kosten entsprechender Projekte nach-

träglich nur schwer eruieren und abgrenzen. Andererseits gelangen Leistungserbringer, welche Projekte im Sinne dieses Artikels bereits umgesetzt haben, schon aktuell in den Genuss der damit verbundenen Synergien und finanziellen Vorteile.

Art. 28 Abs. 2, Art. 29 Abs. 1, Art. 38 Abs. 1

Der Begriff «Gemeinden» wird in den vorstehend aufgelisteten Bestimmungen durch den Begriff «Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise der zuständigen Subregion der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal» ersetzt.

Art. 29 Abs. 4

Da in der Vergangenheit in Einzelfällen sämtliche Alters- und Pflegeheime in einzelnen Heimregionen mit unterschiedlichen Begründungen (so beispielsweise fehlende personelle und infrastrukturelle Ressourcen für die Pflege und Betreuung, unzureichende Kostendeckung) nicht bereit waren, eine ausserordentlich pflege- und betreuungsaufwändige Person aufzunehmen, ist zur Sicherstellung der Pflege und Betreuung dieser Person angezeigt, die Gesundheitsversorgungsregionen zu verpflichten, für solche Fälle eine Zuweisungsregelung vorzusehen. Die Aufnahme einer entsprechenden Verpflichtung fand in der Vernehmlassung einhellige Zustimmung.

Im Rahmen der von den Gesundheitsversorgungsregionen vorzusehenden Regelung ist festzulegen, nach welchen Kriterien die Zuweisung entsprechender Personen an ein Heim erfolgt und wie die durch die gesetzlichen Beiträge nicht gedeckten Kosten dem Heim abgegolten werden.

Die Statuierung einer entsprechenden Regelung auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe, wie von der Stadt Chur in der Vernehmlassung angeregt, ist abzulehnen. Einerseits würde dies einen Eingriff in die Autonomie der Gemeinden und der Gesundheitsversorgungsregionen darstellen, andererseits sind die Verhältnisse in den einzelnen Gesundheitsversorgungsregionen stark unterschiedlich und damit einer einheitlichen Regelung nicht zugänglich.

Art. 31 Abs. 1, Art. 38 Abs. 1

Der Begriff «Planungsregion» wird in den vorstehend aufgelisteten Bestimmungen durch den Begriff «Gesundheitsversorgungsregion» beziehungsweise «Subregion der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal» ersetzt.

Art. 31 Abs. 5

Die Verpflichtung der Gemeinden zur Beteiligung an den Investitionsbeiträgen betrifft nicht nur die in Übereinstimmung mit der kantonalen

Rahmenplanung zusätzlich geschaffenen Pflegebetten in Alters- und Pflegeheimen und in Pflegegruppen, sondern auch die zusätzlich geschaffenen Zimmer im Zuge der Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer gemäss Abs. 3.

Die Ergänzung «der Gemeindebeiträge» dient der Präzisierung dieser Bestimmung.

Art. 41 Abs. 2

Die Ergänzung «pro Leistungskategorie» präzisiert die Ermittlung der Beitragsleistungen des Kantons und der Gemeinden.

Art. 55 Abs. 2

Die geltende Formulierung des Absatzes entspricht nur beschränkt dem tatsächlichen Vorgehen. Konkret schliesst die Regierung mit ausserkantonalen Koordinationsstellen für Regionen, bei denen dies zur Erfüllung der Zielsetzung des Rettungswesens im Kanton angezeigt erscheint, eine Vereinbarung ab, in der auch die Finanzierung der anfallenden Kosten geregelt wird.

VIII. Fremdänderungen

Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden

Art. 3 Abs. 2

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden wird seit dem 1. Januar 2019 als Unternehmenseinheit der Psychiatrischen Dienste Graubünden geführt. Die bis Ende 2018 von der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden geführte Klinikschule wird ab diesem Zeitpunkt von den Psychiatrischen Diensten Graubünden geführt. Dieser Umstand ist im Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden entsprechend abzubilden.

IX. Auswirkungen der Teilrevision

1. Personelle Auswirkungen

Die Teilrevision zeitigt für den Kanton geringe und für die Gemeinden keine personellen Auswirkungen. Der Aufwand des Kantons zur Beurteilung der Beitragsgesuche gemäss Art. 9a KPG sowie die Beratung der Institutionen und Trägerschaften wird mit dem bestehenden Personal im Rahmen der verfügbaren Ressourcen bewältigt.

Bei den institutionellen Leistungserbringern hängen die personellen Auswirkungen von der Ausgestaltung ihres Zusammenschlusses oder der Intensität ihrer Zusammenarbeit ab. Der weitaus grösste Teil der Arbeitsplätze wird aber unabhängig in den einzelnen Institutionen verbleiben, da die personenbezogenen Leistungen vor Ort erbracht werden. In den Bereichen Personalwesen, Rechnungswesen, Informatik und technischer Dienst sowie Beschaffung und Logistik tätige Mitarbeitende der Spitäler, der Alters- und Pflegeheime sowie der Spitexdienste werden möglicherweise teilweise statt bei ihrem jetzigen Arbeitgeber in einer zentralen Organisationseinheit, idealerweise in einem Gesundheitszentrum, angestellt sein.

2. Finanzielle Auswirkungen

2.1 Kanton

In ihrer Botschaft zum Regierungsprogramm und Finanzplan für die Jahre 2021–2024 (Botschaft Heft Nr. 8/2019–2020 S. 417ff.) hat sich die Regierung zum Ziel gesetzt, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und zeitgemässe Betreuungsmöglichkeiten im ganzen Kanton zu gewährleisten (Regierungsziel 6). Dieses Ziel soll unter anderem durch die verstärkte Koordination einer dezentralen Gesundheitsversorgung und starke, zukunftsgerichtete und effiziente Strukturen erreicht werden (S. 456). Gemäss dem dazugehörigen Entwicklungsschwerpunkt sollen Gesundheitsversorgungszentren in den Gesundheitsversorgungsregionen langfristig und finanziell tragbar die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen (ES 6.1).

Art. 9a KPG sieht zur Umsetzung dieses Entwicklungsschwerpunkts vor, dass der Kanton Beiträge an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, an Projekte zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern sowie an Projekte zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise in den Subregionen gewähren kann. Bei den Projekten zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation und zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern wird es sich insbesondere um Beiträge an die Kosten von rechtlichen Abklärungen und der Erarbeitung von Stiftungsurkunden, Statuten, Geschäftsreglementen, Personalreglementen und dergleichen handeln. Die Regierung geht davon aus, dass der grösste Teil der Beiträge an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung aller institutionellen Leistungserbringer in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise

einer Subregion an eine dafür bestimmte Organisation (lit. a) gehen wird. Projekte zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise Subregion (lit. b) und Projekte zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise in den Subregionen (lit. c) werden voraussichtlich weniger Beiträge des Kantons beanspruchen.

Die KPMG geht in ihrer Studie «Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden» vom April 2020 von Kosten in der Grössenordnung von 200 000 bis 250 000 Franken, die im Rahmen des Prozesses zur Bildung von integrierten Versorgungszentren im Sinne von Art. 9a Abs. 2 lit. a anfallen.

Ausgehend von dieser Grössenordnung für die Kosten von Projekten gemäss Art. 9a Abs. 1 lit. a wird unter Einbezug der Kosten von Projekten gemäss den Lit. b und c von Art. 9a Abs. 2 für die Beiträge des Kantons an entsprechende Projekte dem Grossen Rat ein Verpflichtungskredit im Umfang von fünf Millionen Franken beantragt (siehe Kapitel IX. 3. Rahmenverpflichtungskredit).

2.2 Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen

Die Teilrevision zeitigt unmittelbar keine finanziellen Auswirkungen für die Gemeinden.

Entwickeln die institutionellen Leistungserbringer der Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise der Subregion Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern oder zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise in den Subregionen, werden die Gemeinden der betreffenden Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise Subregion sich anteilmässig an den Projektkosten zu beteiligen haben. Die dadurch zu erwartende Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Leistungserbringer und ihrer Träger kann längerfristig positive Auswirkungen auf die von den Gemeinden zu leistenden Beiträge an die institutionellen Leistungserbringer zeitigen. Die Höhe der finanziellen Beiträge der Gemeinden an die vorstehend aufgelisteten Projekte lässt sich nur schwer abschätzen und hängt auch davon ab, wie die Projektkosten zwischen den beteiligten Leistungserbringern und den Gemeinden aufgeteilt werden. Entsprechende Kosten fallen zudem nur in den nicht oder nur teilweise integrierten Gesundheitsversorgungsregionen an.

Unterlassen die institutionellen Leistungserbringer, Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, an Projekte zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern sowie an Projekte zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise in den Subregionen zu entwickeln und zu realisieren, kann dies unter Umständen dazu führen, dass die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise Subregionen, wenn die Leistungserbringer in finanzielle Probleme geraten, ihnen unterstützend beizustehen haben. Die Gemeinden haben es diesfalls in der Hand, allfällige zusätzliche Beiträge an die Leistungserbringer an Bedingungen zu knüpfen, so insbesondere die Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an die dafür bestimmte Organisation, den Zusammenschluss mit anderen Leistungserbringern oder zumindest die Vernetzung und Koordination mit anderen Leistungserbringern.

2.3 Leistungserbringer und deren Träger

Die finanziellen Auswirkungen hängen von den Aktivitäten der institutionellen Leistungserbringer ab. Eine Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, ein Zusammenschluss mehrerer oder aller institutionellen Leistungserbringer sowie die Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer dürften nach einem initialen Mehraufwand längerfristig dazu führen, dass sich die wirtschaftliche Situation der Leistungserbringer und ihrer Träger und damit ihr finanzieller Spielraum verbessert.

Die gesamthaft für Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern oder zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise in den Subregionen entstehenden Kosten sind schwierig zu beziffern. Auf Grund der Erfahrungen der bereits integrierten Versorgungsregionen fällt vor allem der während der Projektphase von den Mitarbeitenden zu leistende personelle Mehraufwand ins Gewicht.

3. Rahmenverpflichtungskredit

Gemäss Art. 9a KPG betragen die Beiträge des Kantons an Projekte der Leistungserbringer einer Gesundheitsversorgungsregion maximal 50 Prozent der anrechenbaren Kosten. Die Regierung legt die Beitragsvorausset-

zungen und die anrechenbaren Kosten fest. Diese Beiträge stellen im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Gesetzes über den Finanzhaushalt des Kantons Graubünden (FHG; BR 710.100) finanzrechtlich gebundene Ausgaben dar. Die Beiträge unterliegen damit nicht den Bestimmungen über das Finanzreferendum und können gestützt auf Art. 33 Abs. 2 FHG vom Grossen Rat abschliessend über das Budget genehmigt werden.

Vorgesehen sind Beiträge während zehn Jahren nach Inkrafttreten der beantragten Teilrevision des KPG. Insgesamt wird mit möglichen Beiträgen im Umfang von fünf Millionen Franken gerechnet.

Im Finanzplan des Kantons sind dafür ab dem Jahr 2021 beim Gesundheitsamt (Rubrik 3212) auf dem Konto 363463 «Beiträge für die Bildung von Gesundheitsregionen» jährlich eine Million Franken eingestellt. Der zeitliche Anfall dieser Beiträge hängt vom Verhalten der Leistungserbringer ab und lässt sich im Voraus nicht zuverlässig abschätzen.

Mit der vorliegenden Botschaft wird dem Grossen Rat ein Verpflichtungskredit für die Beiträge gestützt auf Art. 9a KPG von fünf Millionen Franken beantragt. Damit wird beabsichtigt, den Kreditbedarf über zehn Jahre abzusichern und für die einzelnen Jahre ausreichend Flexibilität zu erhalten. Auf eine ausdrückliche zeitliche Befristung des Verpflichtungskredites soll jedoch verzichtet werden. Der Verpflichtungskredit wird abgeschlossen, wenn sein Zweck erfüllt oder der Kredit vollständig beansprucht worden ist. Verzichtet werden soll auch auf die Aufnahme einer Teuerungsklausel.

Gestützt auf Art. 15 Abs. 1 FHG ist ein Verpflichtungskredit als Objekt- oder Rahmenkredit zu beschliessen. Im vorliegenden Fall liegt ein Rahmenkredit vor. Ein Rahmenkredit beinhaltet ein Programm, das aus mehreren Einzelprojekten besteht, die dem gleichen übergeordneten Zweck dienen. Die einzelnen Projekte werden im vorliegenden Fall unabhängig voneinander beschlossen und realisiert. Gestützt auf Art. 15 Abs. 2 FHG steuert der Grosse Rat die jährlichen Ausgaben über das Budget. Der Kostenrahmen von fünf Millionen Franken ist einzuhalten.

X. Inkraftsetzung der Teilrevision

Die Inkraftsetzung der Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen ist auf den 1. Januar 2021 vorgesehen.

XI. 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.

XII. 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 (KPG) zuzustimmen;
3. einen Rahmenverpflichtungskredit für Beiträge an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation, an Projekte zum Zusammenschluss von institutionellen Leistungserbringern sowie an Projekte zur Vernetzung und Koordination der institutionellen Leistungserbringer in den Gesundheitsversorgungsregionen von brutto fünf Millionen Franken zu genehmigen. Dieser Verpflichtungskredit untersteht nicht dem Finanzreferendum.

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

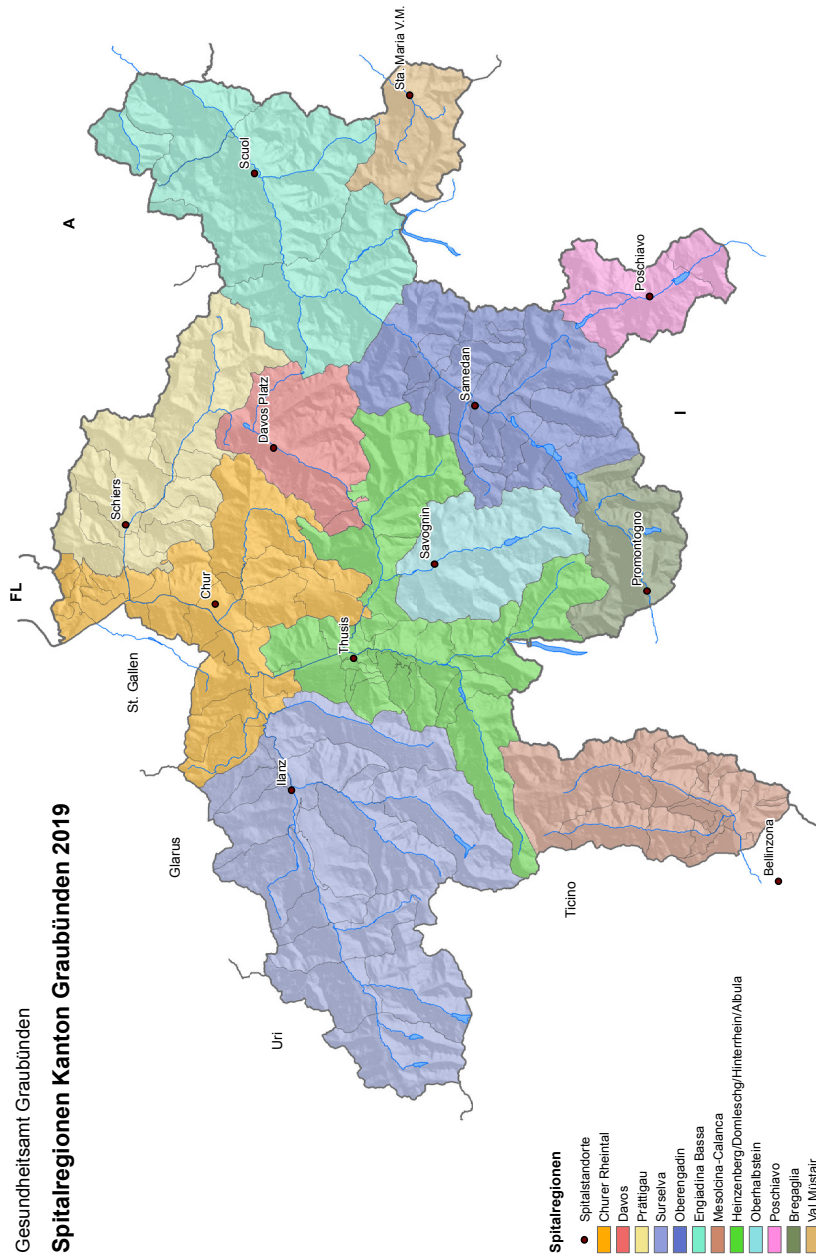
Namens der Regierung
Der Präsident: *Rathgeb*
Der Kanzleidirektor: *Spadin*

Anhänge

1. Karte zu den Spitalregionen
2. Karte zu den Pflegeheimregionen
3. Karte zu den Spitexregionen
4. Karte zu den Gesundheitsversorgungsregionen

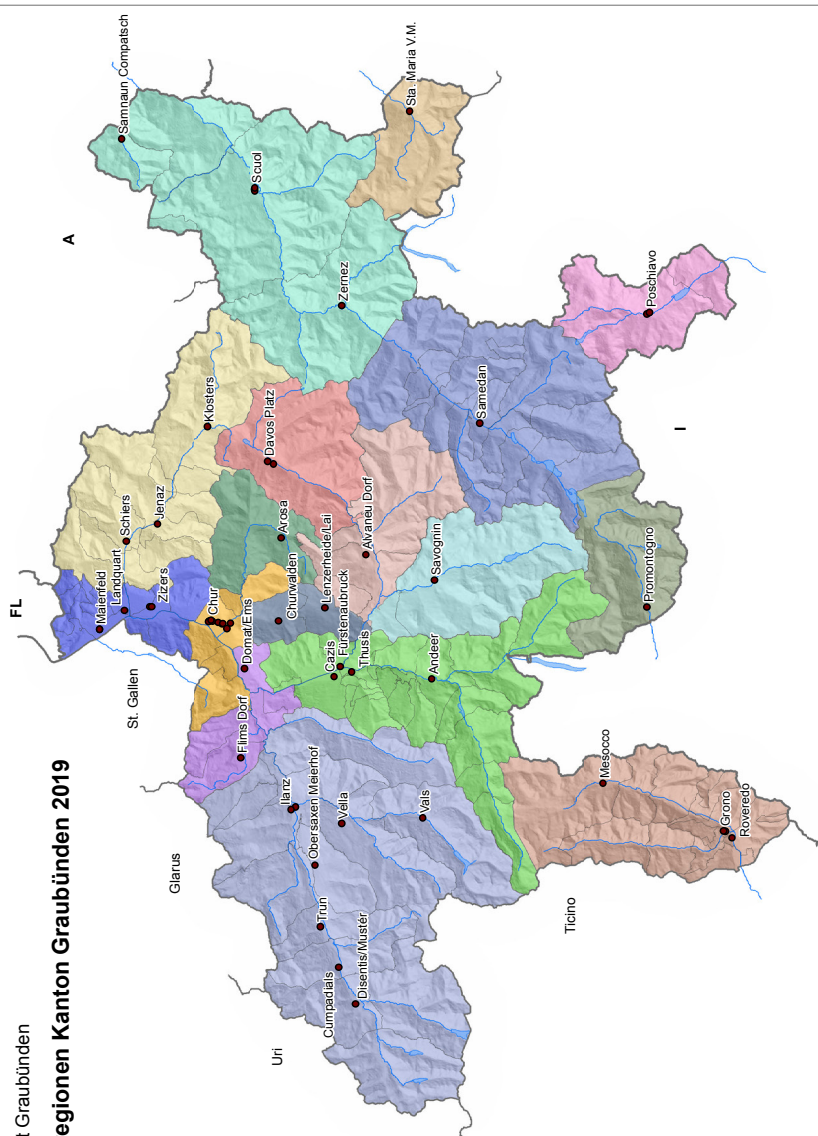
Gesundheitsamt Graubünden

Spitalregionen Kanton Graubünden 2019



Gesundheitsamt Graubünden

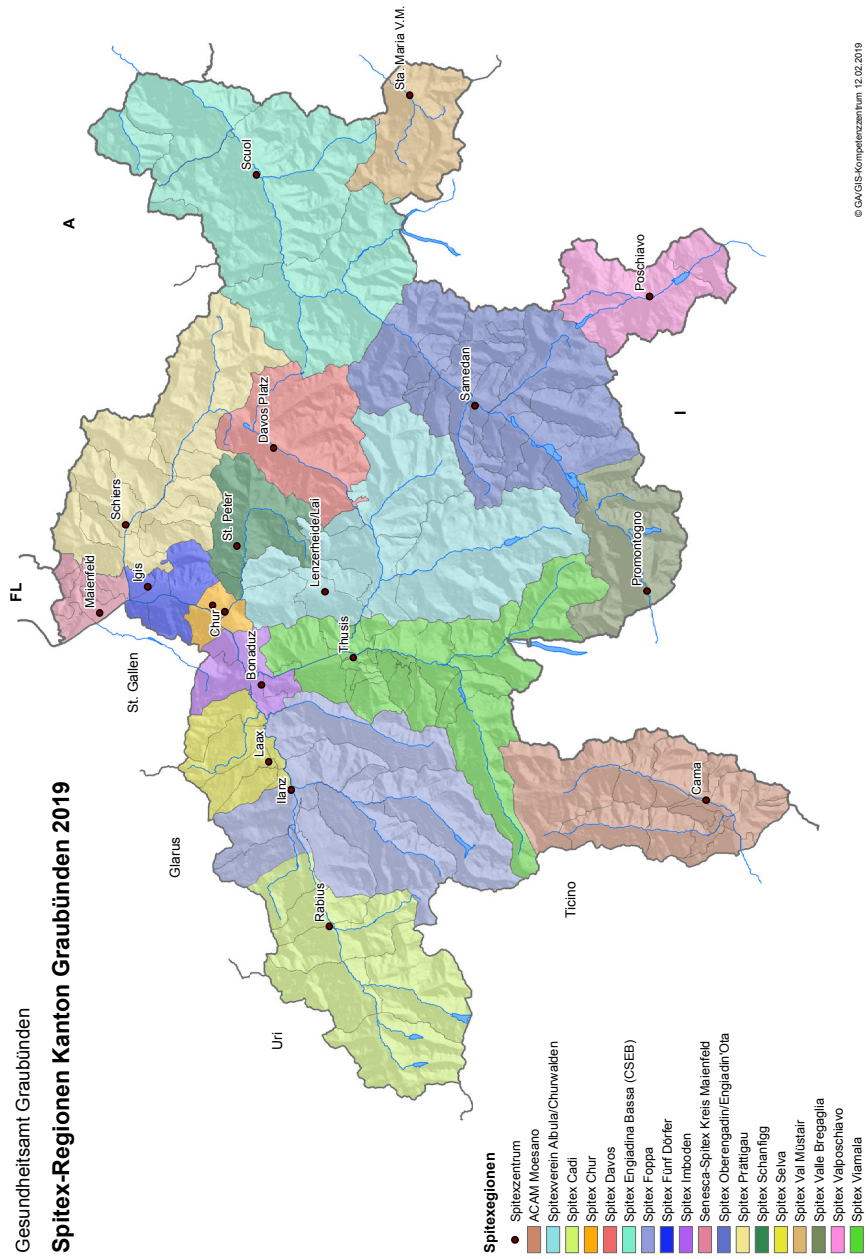
Pflegeheimregionen Kanton Graubünden 2019



- Heimregionen**
- Moesa
 - Albulia
 - Arosa
 - Surselva
 - Chur Regio
 - Davos
 - Engadina Bassa
 - Landquart
 - Imboden
 - Lenzerheide
 - Oberengadin
 - Prättigau
 - Surses
 - Val Müstair
 - Bregaglia
 - Poschiavo
 - Regio Viamala
 - Alters- und Pflegeheim

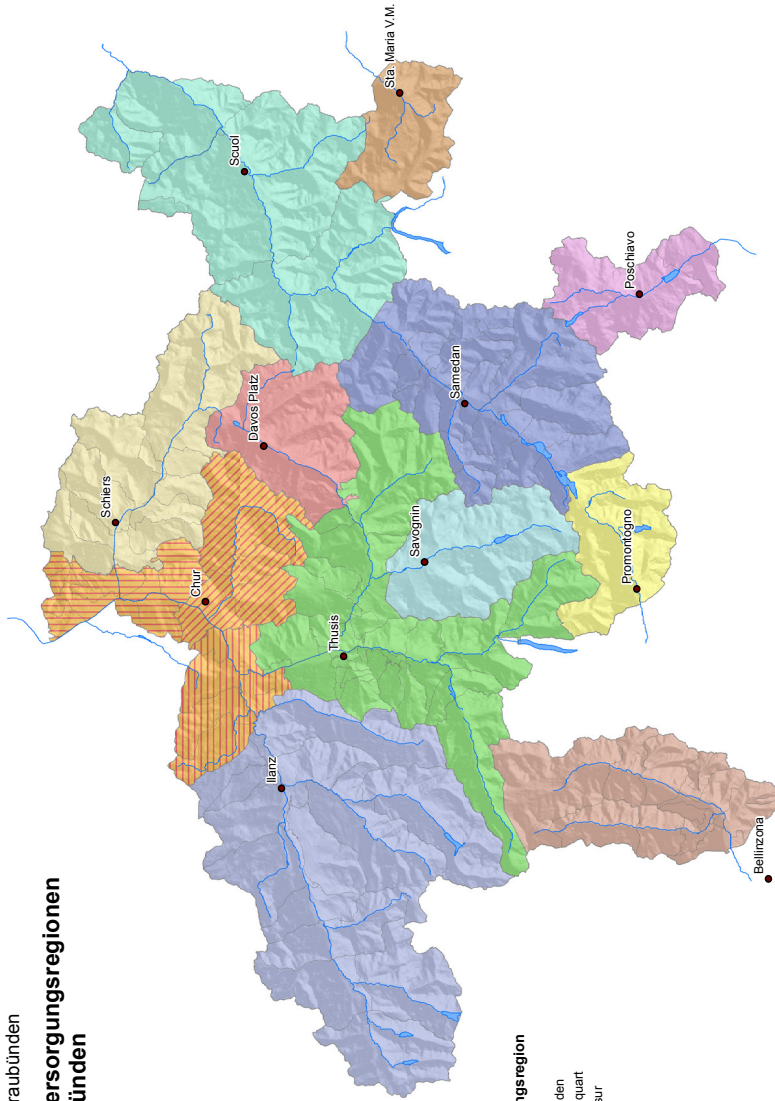
Gesundheitsamt Graubünden

Spitex-Regionen Kanton Graubünden 2019



Gesundheitsamt Graubünden

Gesundheitsversorgungsregionen Kanton Graubünden



Gesundheitsversorgungsregion

- Spilastandorte
- Churer Rheintal, Imboden
- Churer Rheintal, Landquart
- Churer Rheintal, Plessur
- Davos
- Prättigau
- Surselva
- Oberengadin
- Engiadina Bassa
- Mesolcina-Calanca
- Albula/Lamela
- Oberhalbstein
- Valposchiavo
- Bergell
- Val Müstair

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

Änderung vom [Datum]

Von diesem Geschäft tangierte Erlasse (BR Nummern)

Neu: –
Geändert: 500.900 | **506.000**
Aufgehoben: –

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden,

gestützt auf Art. 87 der Kantonsverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom 12. Mai 2020,

beschliesst:

I.

Der Erlass "Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPG)" BR [506.000](#) (Stand 1. Januar 2018) wird wie folgt geändert:

Art. 6 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (geändert)

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 Spital Thusis in Thusis, das Spital **des Gesundheitszentrums** Unterengadin in Scuol, das Spital Schiers **der Flury-Stiftung** in Schiers, das Spital ~~Surses~~ **des Center da Sanadad Savognin** in Savognin, das Spital San Sisto **des Centro Sanitario Valposchiavo** in Poschiavo, das ~~Gesundheitszentrum Bergell~~ **Centro Sanitario Bregaglia** in Promontogno, das Spital **des Center da sandà** Val Müstair in Sta. Maria.

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

Art. 7 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (neu)

Spitalregionen Gesundheitsversorgungsregionen

1. Einteilung (Überschrift geändert)

¹ Das Kantonsgebiet wird in folgende Spitalregionen eingeteilt. Die Gemeinden werden den folgenden Gesundheitsversorgungsregionen zugeteilt:

- a) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Churer Rheintal mit den Gemeinden ~~Arosa, Bonaduz, Chur, Churwalden, Domat/Ems, Felsberg, Fläsch, Flims, Haldenstein, Rhäzüns, Tamins und Trin in der Subregion Imboden, den Gemeinden Fläsch, Jenins, Landquart, Lantsch/Lenz, Maienfeld, Maladers, Malans, Rhäzüns, Tamins, Trimmis, Trin, Tschierschen-Praden, Untervaz, Vaz/Obervaz, und Zizers in der Subregion Landquart sowie den Gemeinden Arosa, Chur, Churwalden, Haldenstein und Tschierschen-Praden in der Subregion Plessur;~~
- b) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Oberengadin mit den Gemeinden Bever, Celerina/Schlarigna, La Punt-Chamuesch, Madulain, Pontresina, Samedan, S-chanf, Sils i.E./Segl, Silvaplana, St. Moritz, Zuoz;
- c) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Engiadina Bassa mit den Gemeinden Samnaun, Scuol, Valsot, Zernez;
- d) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Davos mit den ~~Gemeinden~~ **Gemeinde** Davos, Schmitten;
- e) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Surselva mit den Gemeinden ~~Andiast, Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Falera, Ilanz/Glion, Laax, Lumnezia, Medel (Lucmagn), Obersaxen Mundaun, Safiental, Sagogn, Schluein, Sumvitg, Trun, Tujetsch, Vals, Waltensburg/Vuorz;~~
- f) **(geändert) Spitalregion ~~Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula~~ Gesundheitsversorgungsregion Albula/Viamala** mit den Gemeinden Albula/Alvra, Andeer, Avers, ~~Bergün/Bravuogn~~ **Bergün Filisur**, Casti-Wergenstein, Cazis, Domleschg, Donat, Ferrera, ~~Filisur, Flerden, Fürstenau, Hinterrhein~~ **Lantsch/Lenz**, Lohn, Masein, Mathon, ~~Mutten, Nufenen, Rheinwald~~, Rongellen, Rothenbrunnen, **Schmitten**, Scharans, Sils i.D., ~~Splügen, Sufers, Thusis, Tschappina, Vaz/Obervaz, Urmein, Zillis-Reischen;~~
- g) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Oberhalbstein mit der Gemeinde Surses;
- h) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Prättigau mit den Gemeinden Conters i.P., Fideris, Furna, Grösch, Jenaz, Klosters-Serneus, Küblis, Luzein, Schiers, Seewis i.P.;
- i) **(geändert) Spitalregion Gesundheitsversorgungsregion** Val Müstair mit der Gemeinde Val Müstair;

-
- j) **(geändert)** ~~Spitalregion~~ ~~Poschiavo~~ **Gesundheitsversorgungsregion Valposchiavo** mit den Gemeinden Brusio, Poschiavo;
- k) **(geändert)** ~~Spitalregion~~ **Gesundheitsversorgungsregion Bergell** mit der Gemeinde Bregaglia;
- l) **(geändert)** ~~Spitalregion~~ **Gesundheitsversorgungsregion Mesolcina-Calanca** mit den Gemeinden Buseno, Calanca, Cama, Castaneda, Grono, Lostallo, Mesocco, Rossa, Roveredo, San Vittore, Soazza, Sta. Maria i.C.

² Gesundheitsversorgungsregionen können sich auf Beginn eines Kalenderjahres zusammenschliessen.

Art. 8

Aufgehoben

Art. 9 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (geändert)

2. Organisation der Spital- und Planungsregionen (Überschrift geändert)

¹ Die Gemeinden der einzelnen ~~Spitalregionen~~ ~~sowie~~ ~~der~~ ~~Planungsregionen~~ für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sowie die häusliche Pflege und Betreuung **Gesundheitsversorgungsregionen** haben sich in zweckmässiger Weise zu organisieren.

² Die Trägerschaften der Leistungserbringer haben den Gemeinden ihrer ~~Spitalregion~~ beziehungsweise ihrer ~~Planungsregion~~ für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sowie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung **Gesundheitsversorgungsregion** ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen.

Art. 9a (neu)

3. Beiträge

¹ Ziel der Spitalpolitik des Kantons ist, dass alle Leistungserbringer gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera a bis c dieses Gesetzes in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise alle Leistungserbringer gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera b und c dieses Gesetzes in den Subregionen Imboden, Landquart und Plessur die strategische und operative Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation übertragen.

² Der Kanton kann zu diesem Zweck einen Beitrag bis maximal 50 Prozent der anrechenbaren Kosten gewähren:

- a) an Projekte zur Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung aller Leistungserbringer gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera a bis c dieses Gesetzes in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise aller Leistungserbringer gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera b und c dieses Gesetzes in den Subregionen Imboden, Landquart und Plessur an eine dafür bestimmte Organisation;

-
- b) an Projekte zum Zusammenschluss von Leistungserbringern gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera a bis c dieses Gesetzes in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise von Leistungserbringern gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera b und c dieses Gesetzes in den Subregionen Imboden, Landquart und Plessur, wenn der Zusammenschluss zur Optimierung der Gesundheitsversorgung in der Gesundheitsversorgungsregion beiträgt;
- c) an Projekte zur Vernetzung und Koordination der Leistungserbringer gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera a bis c dieses Gesetzes in einer Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise der Leistungserbringer gemäss Artikel 2 Absatz 1 Litera b und c dieses Gesetzes in den Subregionen Imboden, Landquart und Plessur.

³ Die Regierung legt die Beitragsvoraussetzungen und die anrechenbaren Kosten fest.

Art. 20 Abs. 2 (geändert), Abs. 3 (geändert)

² Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera a und b sind die Gemeinden der ~~Spitalregion~~**Gesundheitsversorgungsregion**, in welcher die behandelte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Für nach KVG¹⁾-versicherte ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und deren Angehörige ohne zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz sind die Gemeinden der ~~Spitalregion~~**Gesundheitsversorgungsregion**, in der **sich die** Aufenthaltsgemeinde der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers **befindet**, beitragspflichtig.

³ Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera c und e sind die Gemeinden der betreffenden ~~Spitalregion~~**Gesundheitsversorgungsregion**.

Art. 21 Abs. 1

¹ Der Grosse Rat legt jährlich im Budget abschliessend fest:

- a) **(geändert)** 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~~**Gesundheitsversorgungsregion** Mesolcina-Calanca;

Art. 22 Abs. 1 (geändert)

¹ 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~~**Gesundheitsversorgungsregion** Mesolcina-Calanca auf.

¹⁾ SR [832.10](#)

Art. 25 Abs. 2 (geändert)

² Die Kürzung darf pro Einwohnerin- oder Einwohner der ~~Spitalregion~~ **Gesundheitsversorgungsregion** nicht mehr als 50 Franken betragen.

Art. 28 Abs. 2 (geändert)

² Sie kann die Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste von der Zustimmung der ~~Gemeinden~~ **Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise der Planungsregionzuständigen Subregion der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal** abhängig machen.

Art. 29 Abs. 1 (geändert), Abs. 4 (neu)

Zuständigkeit

1. ~~Gemeinden~~ Gesundheitsversorgungsregionen (Überschrift geändert)

¹ Die ~~Gemeinden~~ **Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise die Subregionen der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal** sorgen für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen.

⁴ Die Gesundheitsversorgungsregionen regeln das Verfahren für die Aufnahme einer pflegebedürftigen Person mit Wohnsitz in der Gesundheitsversorgungsregion bei fehlender Aufnahmebereitschaft der Alters- und Pflegeheime und die Kostentragung allfälliger durch die gesetzlichen Beiträge nicht gedeckter Aufwendungen.

Art. 31 Abs. 1 (geändert), Abs. 5 (geändert)

¹ Der Kanton und die ~~Gemeinden~~ **Gesundheitsversorgungsregion beziehungsweise der Planungsregion-Subregionen der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal** ~~gewähren~~ **gewähren den Trägerschaften** für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett folgenden Investitionsbeitrag:

Aufzählung unverändert.

⁵ Jede Gemeinde einer ~~Planungsregion~~ **Gesundheitsversorgungsregion** ist verpflichtet, sich an den Investitionsbeiträgen gemäss ~~Absatz 1~~ **den Absätzen 1 und 3** für Angebote in ihrer Region zu beteiligen. Die Aufteilung **der Gemeindebeiträge** erfolgt nach einem von den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

Art. 38 Abs. 1 (geändert)

¹ Die ~~Gemeinden~~ **Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise die Subregionen der Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal** sorgen für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung.

Art. 41 Abs. 2 (geändert)

² Der Beitrag des Kantons und der Gemeinden beträgt 55 Prozent beziehungsweise 45 Prozent **pro Leistungskategorie** der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten gedeckten anerkannten Kosten.

Art. 55 Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (geändert)

¹ Befindet sich in einer ~~Spitalregion~~**Gesundheitsversorgungsregion** kein öffentliches Spital, hat die ~~Spitalregion~~**Gesundheitsversorgungsregion** ein anderes Spital oder eine andere Organisation mit dem Notfall- und Krankentransportdienst auf der Strasse in ihrer Region zu beauftragen. Artikel 20 Absatz 1 und Artikel 54 Absatz 1 finden sinngemäss Anwendung.

² Die Regierung kann ~~Spitalregionen den Anschluss an eine ausserkantonale Koordinationsstelle genehmigen~~**Vereinbarungen mit ausserkantonalen Koordinationsstellen abschliessen**, wenn dies zur Erfüllung der Zielsetzung des Rettungswesens im Kanton **in bestimmten Gesundheitsversorgungsregionen** als zweckmässig erscheint. Die entsprechenden Kosten gehen zu Lasten des Kantons.

Art. 60 Abs. 1 (geändert)

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~~**Gesundheitsversorgungsregion**.

II.

Der Erlass "Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden" BR [500.900](#) (Stand 1. Januar 2018) wird wie folgt geändert:

Art. 3 Abs. 2 (geändert)

² Sie führen dazu psychiatrische Kliniken, **eine Klinikschule**, geschützte Wohn-, Arbeits- und Tagesstrukturplätze für Menschen mit psychischer Behinderung und erbringen den Konsiliardienst für die öffentlichen Spitäler im Kanton.

III.

Keine Fremdaufhebungen.

IV.

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; LTM)

Midada dals [Data]

Relaschs tangads da questa fatschenta (numers dal DG)

Nov:	–
Midà:	500.900 506.000
Aboli:	–

Il Cussegl grond dal chantun Grischun,

sa basond sin l'art. 87 da la Constituziun chantunala,
sunter avair gi invista da la missiva da la Regenza dals 12 da matg 2020,

concluda:

I.

Il relasch "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, LTM)" DG [506.000](#) (versiun dals 01-01-2018) vegn midà sco suonda:

Art. 6 al. 1 (midà), al. 2 (midà)

¹ Sco ospitals acutsomatics publics en il senn da questa lescha valan ~~l'ospital~~ **l'Ospital** chantunal dal Grischun a Cuir, ~~l'ospital d'Engiadina~~ **l'Ospital d'Engiadin'Ota** a Samedan, ~~l'ospital~~ **l'Ospital** da Tavau a Tavau, ~~l'ospital~~ **l'Ospital** regional ~~da la~~ Surselva a Glion, ~~l'ospital~~ **l'Ospital** da Tusaun a Tusaun, l'ospital ~~dal~~ **Center da sanadad** d'Engiadina ~~bassa~~ **Bassa** a Scuol, ~~l'ospital~~ **l'Ospital** Schiers ~~da la~~ **Fundaziun Flury** a Schiers, l'ospital ~~Surses~~ **dal Center da sanadad Savognin** a Savognin, ~~l'ospital~~ **l'Ospital** San Sisto ~~dal~~ **Centro sanitario Valposchivo** a Puschlav, ~~il center da sanadad~~ **Centro sanitario** Bregaglia a Promontogno, l'ospital ~~dal~~ **Center da sanadad** Val Müstair a Sta. Maria ~~V.M.~~

² Sco ospitals psychiatrics publics en il senn da questa lescha valan las clinicas Waldhaus e Beverin ~~dals servetschs psychiatrics dal~~ **Fürstenwald** ~~dal~~ **Servetschs psychiatrics** dal Grischun e la staziun d'uffants e da giuvenils ~~da la~~ **Fürstenwald** ~~dals~~ **Servetschs psychiatrics** dal Grischun.

Art. 7 al. 1 (midà), al. 2 (nov)

~~Regiuns d'ospital~~ **Regiuns da provediment da la sanadad**

1. divisiun (Titel midà)

¹ ~~Il chantun vegn dividì en~~ **Las vischnancas vegnan attribuidas a** las suandantas regiuns ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad:**

- a) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** Val dal Rain grischuna cun las vischnancas ~~dad Arosa, Churwalden, Cuir, da Domat, Favugn, Fläsch, Flem, Haldenstein, Panaduz, Razén, Trin e Tumein en la subregiun Plaun, las vischnancas da Fläsch,~~ Jenins, Landquart, ~~Lantsch, Maiavilla, Maladers, Malans, Panaduz, Razén, Trimmis, Trin, Tumein, Tschierschen-Praden, Vaz sut, Vaz, e Zizers en la subregiun Landquart sco er las vischnancas dad Arosa, Churwalden, Cuir, Haldenstein e Tschierschen-Praden en la subregiun Plessur;~~
- b) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da l'Engiadina** **Engiadin'Ota** cun las vischnancas da Bever, La Punt-Chamues-ch, Madulain, Puntraschna, Samedan, San Murezzan, S-chanf, Schlarigna, Segl, Silvaplauna, Zuoz;
- c) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da l'Engiadina** **sanadad Engiadina** Bassa cun las vischnancas da Samignun, Scuol, Valsot, Zernez;
- d) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** Tavau cun ~~las vischnancas~~ **la vischnanca** da ~~Schmitten,~~ Tavau;
- e) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** Surselva cun las vischnancas ~~dad Andast, da Breil, Falera, Glion, Laax, Lumnezia, Medel (Lucmagn), Mustér, Sagogn, Schluein, Sumvitg, Sursaisa Mundaun, Trun, Tujetsch, Val S. Pieder, Val Stussavgia, Vuorz;~~

-
- f) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment** da la ~~Mantogna/Tumleasta/Valragn/Alvra~~ **sanadad Alvra/Viamala** cun las vischnancas dad Alvra, Andeer, Avras, Bravuogn **Filisur**, Casti-Vargistagn, Cazas, Donat, Farera, Farschno, ~~Filisur~~, Flearda, Giuvaulta, **Lantsch**, Lon, Masagn, Maton, ~~Mut, Nufenen~~, Runtgaglia, Scharàns, ~~Seglias, Spleia~~ **Schmitten, Seglias**, Sufers, Tschappina, Tumleasta, Tusaun, Urmagn, Valragn, **Vaz**, Ziràn-Reschen;
 - g) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** Surses cun la vischnanca da Surses;
 - h) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** Partenz cun las vischnancas da Claustra-Serneus, Cunter en il Partenz, Fideris, Furna, Grüsich, Jenaz, Küblis, Luzein, Schiers, Seewis;
 - i) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment** da la **sanadad** Val Müstair cun la vischnanca da Val Müstair;
 - j) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** Val Puschlav cun las vischnancas da Brusio, Puschlav;
 - k) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment** da la **sanadad** Bregaglia cun la vischnanca da Bregaglia;
 - l) **(midà)** regiun ~~d'ospital~~ **da provediment** da la ~~Val Mesauc Calanca~~ **sanadad Mesolcina-Calanca** cun las vischnancas da Buseno, Calanca, Cama, Castaneda, Grono, Lostallo, Mesauc, Rossa, Roveredo, San Vittore, Soazza, Sta. Maria i.C.

² Regiuns da provediment da la sanadad pon fusiunar sin il cumenzament d'in onn chalendar.

Art. 8

aboli

Art. 9 al. 1 (midà), al. 2 (midà)

2. organisaziun da las regiuns d'ospital e da planisaziun (**Titel midà**)

¹ Las vischnancas da las singulas regiuns ~~d'ospital~~ **seo er da las regiuns** **provediment** da planisaziun ~~concernent la tgira ed assistenza staziunara da pazientas e pazients da lunga durada e da persunas attempadas, seo er concernent la tgira ed assistenza a chasas~~ **sanadad** ston s'organisar en moda cunvegenta.

² Ils purtaders dals furniturs da prestaziuns ston conceder in dretg da cogestiuon commensurà a las vischnancas da lur regiun ~~d'ospital~~ **respectivamain da lur regiun** **provediment** da planisaziun ~~concernent la tgira ed assistenza staziunara da pazientas e pazients da lunga durada e da persunas attempadas seo er concernent la tgira ed assistenza a chasas~~ **sanadad**.

Art. 9a (nov)

3. contribuziuns

¹ La finamira da la politica d'ospital dal chantun è quella che tut ils furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas a fin c da questa lescha en ina regiun da provediment da la sanadad respectivamain tut ils furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas b e c da questa lescha en las subregiuns Plaun, Landquart e Plessur surdettian la gestiun strategica ed operativa ad in'organisaziun destinada per quai.

² Per quest intent po il chantun conceder ina contribuziun da maximalmain 50 pertschient dals custs imputabels:

- a) a projects per surdar ad in'organisaziun destinada per quai la gestiun strategica ed operativa da tut ils furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas a fin c da questa lescha en ina regiun da provediment da la sanadad respectivamain da tut ils furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas b e c da questa lescha en las subregiuns Plaun, Landquart e Plessur;
- b) a projects per fusiunar furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas a fin c da questa lescha en ina regiun da provediment da la sanadad respectivamain da furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas b e c da questa lescha en las subregiuns Plaun, Landquart e Plessur, sche la fusiun gida ad optimar il provediment da la sanadad;
- c) a projects per colliar e per coordinar ils furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas a fin c da questa lescha en ina regiun da provediment da la sanadad respectivamain ils furniturs da prestaziuns tenor l'artitgel 2 alinea 1 literas b e c da questa lescha en las subregiuns Plaun, Landquart e Plessur.

³ La Regenza fixescha las premissas da contribuziun ed ils custs imputabels.

Art. 20 al. 2 (midà), al. 3 (midà)

² Obligadas da pagar las contribuziuns tenor l'artitgel 19 alinea 1 literas a e b èn las vischnancas da la regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad**, nua che la persuna tractada ha ses domicil civil. Per lavurantas estras e lavurants esters ch'èn assicurads tenor la LAMal¹⁾, sco er per lur confamgliars che n'han betg in domicil ~~da dretg~~ civil en Svizra èn las vischnancas da la regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad**, en la quala la vischnanca da dimora da la lavuranta u dal lavurant sa chatta, obligadas da pagar ~~la contribuziun~~ **las contribuziuns**.

³ Obligadas da pagar las contribuziuns tenor l'artitgel 19 alinea 1 literas c ed e èn las vischnancas da la regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** respectiva.

¹⁾ CS [832.10](#)

Art. 21 al. 1

¹ Il cussegl grond fixescha annualmain en il preventiv en moda definitiva:

- a) **(midà)** il credit global per la part dal chantun vi da las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas als servetschs da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza dals ospitals publics e da la regiun d'ospital **da provediment da la Val Mesauve-Calanca sanadad Mesolcina-Calanca;**

Art. 22 al. 1 (midà)

¹ La ~~regenza~~**Regenza** reparta il credit global per la part dal chantun a las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas per il servetsch da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza sin ils ospitals e sin la regiun d'ospital **da provediment da la Val Mesauve-Calanca sanadad Mesolcina-Calanca,** e quai resguardond il concept da salvament sco er il grad da la cuvrada dals custs en cas ch'il servetsch da salvament vegn manà en moda economica ed ha in equipment adequat ed in'organisaziun adattada.

Art. 25 al. 2 (midà)

² La reducziun na dastga betg esser pli gronda che 50 francs per abitanta u abitant da la regiun d'ospital **da provediment da la sanadad.**

Art. 28 al. 2 (midà)

² Sch'i sa tracta da prender si ina instituziun sin la glista da las chasas da tgira, po la ~~regenza~~**Regenza** pretender che quai dependia dal consentiment da ~~las vischnancas~~**la regiun da provediment da la sanadad respectivamain da la subregiun cumpetenta da la regiun da planisaziun provediment da la sanadad Val dal Rain grischuna.**

Art. 29 al. 1 (midà), al. 4 (nov)

Cumpetenzza

1. vischnancas regiuns da provediment da la sanadad (Titel midà)

¹ Las ~~vischnancas~~**regiuns da provediment da la sanadad respectivamain las subregiuns da la regiun da provediment da la sanadad Val dal Rain grischuna** procuran per ina purschida suffizienta per la tgira ed assistenza parzialmain staziunara e staziunara da pazientas e pazients da lunga durada e da personas attempadas.

⁴ Las regiuns da provediment da la sanadad reglan la procedura per recepir ina persuna che basegna tgira e che ha ses domicil en la regiun da provediment da la sanadad, en cas che las chasas da personas attempadas e da tgira n'èn betg prontas da recepir questa persuna, sco er la surpigliada d'eventuals custs che n'èn betg cuvrids tras las contribuziuns legalas.

Art. 31 al. 1 (midà), al. 5 (midà)

¹ Per mintga letg da tgira ch'è vegni stgaffi supplementarmain ed en concordanza cun la planisaziun generala chantunala concedan il chantun e las vischnancas ~~ada~~ la regiun da ~~planisaziun~~ **provediment da la sanadad respectivamain da las subregiuns da la regiun da provediment da la sanadad Val dal Rain grischuna als purtaders** la suandanta contribuziun d'investiziun:

Enumeraziun senza midadas.

⁵ Mintga vischnanca d'ina regiun da ~~planisaziun~~ **provediment da la sanadad** è obligada da sa participar a las contribuziuns d'investiziun tenor ~~l'artitgel 1~~ **ils alineas 1 e 3** per purschidas en sia regiun. La repartiziun **da las contribuziuns communalas** vegn fatga tenor ina clav che sto vegnir determinada da las vischnancas.

Art. 38 al. 1 (midà)

¹ Las ~~vischnancas~~ **regiuns da provediment da la sanadad respectivamain las subregiuns da la regiun da provediment da la sanadad Val dal Rain** grischuna procuran per ina purschida sufficiente da servetschs da la tgira ed assistenza a chasa.

Art. 41 al. 2 (midà)

² La contribuziun dal chantun e da las vischnancas importa **per categoria da prestaziun** 55 pertschient respectivamain 45 pertschient dals custs renconuschids che n'èn betg cuvrids da l'assicuranza obligatorica per la tgira da personas malsaunas e da la participaziun maximala als custs tras las clientas ed ils clients.

Art. 55 al. 1 (midà), al. 2 (midà)

¹ Sch'i na sa chatta nagin ospital public en ina regiun ~~d'ospital, sto~~ **da provediment da la regiun d'ospital sanadad, sto quella** incumbensar in auter ospital u in'otra organisaziun da far il servetsch da transport sin via en cas d'urgenza e d'ambulanza. ~~His artitgels 20 alinea 1~~ **L'artitgel 20 alinea 1** e ~~54 alinea 1~~ **l'artitgel 54 alinea 1** vegnan applitgads confirm al senn.

² La ~~regenza~~ **Regenza** po ~~approvar l'access da regiuns d'ospital ad in post~~ **far convegnas cun posts** da coordinaziun ~~extrachantunala~~ **extrachantunals**, sche quai para d'esser convegnent per ademplir la finamira dal servetsch da salvament en il chantun **en tschertas regiuns da provediment da la sanadad**. Ils custs correspondents van a quint dal chantun.

Art. 60 al. 1 (midà)

¹ Sch'ils custs d'in transport en cas d'urgenza e d'ambulanza sin via ch'è vegni fatg d'ina organisaziun renconuschida èn nunincassabels, van els a donn e cust dal quint da gestiun da l'ospital da la regiun ~~d'ospital~~ **da provediment da la sanadad** correspondent.

II.

Il relasch "Lescha davart ils servetschs psichiatics dal Grischun" DG [500.900](#) (versiun dals 01-01-2018) vegn midà sco suonda:

Art. 3 al. 2 (midà)

² Per far quai mainan els clinics psichiatics, **ina scola da clinica**, plazzas d'abitar, da lavur e da structuradas dal di protegidas per umans cun impediments psichics e prestan il servetsch consiliar per ils ospitals publics en il Grischun.

III.

Naginas aboliziuns d'auters relaschs.

IV.

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, LCA)

Modifica del [Data]

Atti normativi interessati (numeri CSC)

Nuovo: –
Modificato: 500.900 | **506.000**
Abrogato: –

Il Gran Consiglio del Cantone dei Grigioni,

visto l'art. 87 della Costituzione cantonale,
visto il messaggio del Governo del 12 maggio 2020,

decide:

I.

L'atto normativo "Legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (Legge sulla cura degli ammalati, LCA)" CSC [506.000](#) (stato 1 gennaio 2018) è modificato come segue:

Art. 6 cpv. 1 (modificato), cpv. 2 (modificato)

¹ Sono considerati ospedali pubblici di medicina somatica acuta ai sensi della presente legge l'Ospedale cantonale dei Grigioni a Coira, l'ospedale ~~dell'Engadina Alta~~ **Oberengadin** a Samedan, l'ospedale di Davos a Davos, l'ospedale regionale della Surselva a Ilanz, l'ospedale di Thusis a Thusis, l'ospedale ~~dell'Engadina del Center da sandà Engiadina~~ **Bassa** a Scuol, l'ospedale di Schiers **della Flury-Stiftung** a Schiers, l'ospedale ~~di Surses del Center da Sanadad Savognin~~ a Savognin, l'ospedale San Sisto **del Centro Sanitario Valposchiavo** a Poschiavo, il Centro Sanitario Bregaglia a Promontogno, l'ospedale ~~del Center da sandà~~ Val Müstair a Sta. Maria.

² Sono considerati ospedali psichiatrici pubblici ai sensi della presente legge le cliniche Waldhaus e Beverin dei ~~Servizi psichiatrici dei Grigioni~~ e il reparto ~~per bambini e adolescenti di Psichiatria~~ **psichiatria infantile e giovanile dell'adolescenza Fürstentwald** dei ~~Servizi psichiatrici dei Grigioni~~.

Art. 7 cpv. 1 (modificato), cpv. 2 (nuovo)

Regioni ospedaliere di assistenza sanitaria

1. Suddivisione (titolo modificato)

¹ Il territorio cantonale viene suddiviso ~~nelle~~ **I comuni vengono attribuiti alle seguenti regioni ospedaliere di assistenza sanitaria:**

- a) **(modificata) regione ospedaliera di assistenza sanitaria Churer Rheintal** con i Comuni di ~~Arosa, Bonaduz, Churwalden, Coira, Domat/Ems, Felsberg, Fläsch, Flims, Haldenstein, Rhäzüns, Tamins e Trin~~ **nella sottoregione Imboden, i Comuni di Fläsch, Jenins, Landquart, Lantsch/Lenz, Maienfeld, Maladers, Malans, Rhäzüns, Tamins, Trimmis, Trin, Tschierschen-Praden, Untervaz, Vaz/Obervaz, e Zizers** **nella sottoregione Landquart nonché i Comuni di Arosa, Churwalden, Coira, Haldenstein e Tschierschen-Praden nella sottoregione Plessur;**
- b) **(modificata) regione ospedaliera di assistenza sanitaria Oberengadin** con i Comuni di Bever, Celerina/Schlarigna, La Punt-Chamues-ch, Madulain, Pontresina, Samedan, S-chanf, Sils i.E./Segl, Silvaplana, St. Moritz, Zuoz;
- c) **(modificata) regione ospedaliera di assistenza sanitaria Engiadina bassa** ~~Bassa~~ con i Comuni di Samnaun, Scuol, Valsot, Zernez;
- d) **(modificata) regione ospedaliera di assistenza sanitaria Davos** con i ~~Comuni~~ **il Comune di Davos, Schmitten;**
- e) **(modificata) regione ospedaliera di assistenza sanitaria Surselva** con i Comuni di ~~Andiast, Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Falera, Ilanz/Glion, Laax, Lumnezia, Medel (Lucmagn), Obersaxen Mundaun, Safiental, Sagogn, Schluein, Sumvitg, Trun, Tujetsch, Vals, Waltensburg/Vuorz;~~

-
- f) **(modificata)** regione ospedaliera ~~Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula~~ **di assistenza sanitaria Albula/Viamala** con i Comuni di Albula/Alvra, Andeer, Avers, ~~Bergün/Bravuogn~~ **Bergün Filisur**, Casti-Wergenstein, Cazis, Domleschg, Donat, Ferrera, ~~Filisur~~, Flerden, Fürstenua, ~~Hinterrhein~~ **Lantsch/Lenz**, Lohn, Mascin, Mathon, ~~Mutten~~, Nufenen, ~~Rheinwald~~, Rongellen, Rothenbrunnen, **Schmitten**, Scharans, Sils i.D., ~~Splügen~~, Sufers, Thusis, Tschappina, **Vaz/Obervaz**, Urmein, Zillis-Reischen;
 - g) **(modificata)** regione ospedaliera **di assistenza sanitaria** Oberhalbstein con il Comune di Surses;
 - h) **(modificata)** regione ospedaliera **di assistenza sanitaria** Prättigau con i Comuni di Conters i.P., Fideris, Furna, Grüşch, Jenaz, Klosters-Serneus, Küblis, Luzein, Schiers, Seewis i.P.;
 - i) **(modificata)** regione ospedaliera **di assistenza sanitaria** Val Müstair con il Comune di Val Müstair;
 - j) **(modificata)** regione ospedaliera ~~Poschiavodi~~ **di assistenza sanitaria Valposchiavo** con i Comuni di Brusio, Poschiavo;
 - k) **(modificata)** regione ospedaliera **di assistenza sanitaria** Bregaglia con il Comune di Bregaglia;
 - l) **(modificata)** regione ospedaliera **di assistenza sanitaria** Mesolcina-Calanca con i Comuni di Buseno, Calanca, Cama, Castaneda, Grono, Lostallo, Mesocco, Rossa, Roveredo, San Vittore, Soazza, Sta. Maria i.C.

² Le regioni di assistenza sanitaria possono aggregarsi per l'inizio di un anno civile.

Art. 8

Abrogato

Art. 9 cpv. 1 (modificato), cpv. 2 (modificato)

2. Organizzazione delle regioni ospedaliere e di pianificazione **(titolo modificato)**

¹ I comuni delle singole regioni ospedaliere e delle regioni di pianificazione per la cura e l'assistenza stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane, nonché per la cura e l'assistenza a domicilio **assistenza sanitaria** devono organizzarsi in modo opportuno.

² Gli enti responsabili dei fornitori di prestazioni devono concedere un adeguato diritto di partecipazione ai comuni della loro regione ospedaliera, rispettivamente alla loro regione di pianificazione per la cura e l'assistenza stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane, nonché per i servizi **assistenza sanitaria un adeguato diritto** di cura e assistenza a domicilio **pronunciarsi**.

Art. 9a (nuovo)

3. Sussidi

¹ La politica ospedaliera del Cantone si pone quale obiettivo che tutti i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a – c della presente legge di una regione di assistenza sanitaria rispettivamente che tutti i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere b e c della presente legge delle sottoregioni Imboden, Landquart e Plessur affidino la direzione strategica e operativa a un'organizzazione designata a tale scopo.

² A tale scopo il Cantone può versare un sussidio pari al massimo al 50 per cento dei costi computabili:

- a) a favore di progetti per l'affidamento della direzione strategica e operativa di tutti i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a – c della presente legge di una regione di assistenza sanitaria rispettivamente di tutti i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere b e c della presente legge delle sottoregioni Imboden, Landquart e Plessur a un'organizzazione designata a tale scopo;
- b) a favore di progetti per l'aggregazione di fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a – c della presente legge di una regione di assistenza sanitaria rispettivamente di fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere b e c della presente legge delle sottoregioni Imboden, Landquart e Plessur, se l'aggregazione contribuisce a ottimizzare l'assistenza sanitaria nella regione di assistenza sanitaria;
- c) a favore di progetti di messa in rete e di coordinamento dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a – c della presente legge di una regione di assistenza sanitaria rispettivamente dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere b e c della presente legge delle sottoregioni Imboden, Landquart e Plessur.

³ Il Governo stabilisce le condizioni per il sussidio e i costi computabili.

Art. 20 cpv. 2 (modificato), cpv. 3 (modificato)

² Sono tenuti a versare i sussidi conformemente all'articolo 19 capoverso 1 lettere a e b i comuni della regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria** in cui la persona trattata ha il proprio domicilio civile. Nel caso di lavoratori stranieri e di loro familiari assicurati secondo la LAMa¹⁾ e privi di domicilio civile in Svizzera, sono chiamati a contribuire i comuni della regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria** in cui si trova il comune di dimora del lavoratore.

³ Sono tenuti a versare i sussidi conformemente all'articolo 19 capoverso 1 lettere c ed e i comuni della rispettiva regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria**.

Art. 21 cpv. 1

¹ Il Gran Consiglio fissa annualmente e definitivamente nel preventivo:

¹⁾ RS [832.10](#)

-
- a) **(modificata)** il credito globale per la quota del Cantone ai sussidi del Cantone e dei comuni a favore del servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario degli ospedali pubblici e della regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria** Mesolcina-Calanca;

Art. 22 cpv. 1 (modificato)

¹ Il Governo ripartisce il credito globale per la quota del Cantone ai sussidi del Cantone e dei comuni per il servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario tra gli ospedali e la regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria** Mesolcina-Calanca in considerazione del concetto di salvataggio; **nonché** del grado di copertura dei costi in caso di gestione economica e in caso di configurazione e organizzazione adeguate del servizio di salvataggio.

Art. 25 cpv. 2 (modificato)

² La riduzione non può superare i 50 franchi per abitante della regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria**.

Art. 28 cpv. 2 (modificato)

² Esso può far dipendere l'inserimento di un'istituzione nell'elenco delle case di cura dal consenso ~~dei comuni~~ **della regione di assistenza sanitaria rispettivamente della sottoregione competente della regione di pianificazione assistenza sanitaria Churer Rheintal**.

Art. 29 cpv. 1 (modificato), cpv. 4 (nuovo)

Competenza

~~Comuni~~ **Regioni di assistenza sanitaria (titolo modificato)**

¹ ~~Comuni~~ **Le regioni di assistenza sanitaria rispettivamente le sottoregioni della regione di assistenza sanitaria Churer Rheintal** provvedono a un'offerta sufficiente per la cura e l'assistenza semistazionarie e stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane.

⁴ Le regioni di assistenza sanitaria disciplinano la procedura per l'ammissione di una persona bisognosa di cure domiciliata all'interno della regione di assistenza sanitaria in caso di mancata disponibilità all'ammissione da parte delle case per anziani e di cura nonché l'assunzione di eventuali spese non coperte dai contributi previsti dalla legge.

Art. 31 cpv. 1 (modificato), cpv. 5 (modificato)

¹ Per ogni posto letto di cura supplementare creato conformemente alla pianificazione quadro cantonale, il Cantone e i comuni ~~concedono alla~~ **della regione di assistenza sanitaria rispettivamente delle sottoregioni della regione di pianificazione assistenza sanitaria Churer Rheintal concedono agli enti responsabili** il seguente sussidio agli investimenti:

Elenco invariato.

⁵ Ogni comune di una regione di ~~pianificazione~~ **assistenza sanitaria** è tenuto a partecipare ai sussidi agli investimenti conformemente ~~al capoverso 1~~ **ai capoversi 1 e 3** per offerte nella propria regione. La ripartizione **dei sussidi comunali** avviene secondo una chiave che deve essere definita dai comuni.

Art. 38 cpv. 1 (modificato)

¹ ~~I comuni~~ **Le regioni di assistenza sanitaria rispettivamente le sottoregioni della regione di assistenza sanitaria Churer Rheintal** provvedono a una sufficiente offerta di servizi di cura e assistenza a domicilio.

Art. 41 cpv. 2 (modificato)

² **Per ciascuna categoria di prestazioni, i** sussidi del Cantone e dei comuni ammontano al 55 per cento; rispettivamente al 45 per cento delle spese riconosciute non coperte dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie e dalla partecipazione alle spese massima degli utenti.

Art. 55 cpv. 1 (modificato), cpv. 2 (modificato)

¹ Se in una regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria** non vi è alcun ospedale pubblico, la regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria** deve incaricare un altro ospedale o un'altra organizzazione del servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario su strada nella propria regione. L'articolo 20 capoverso 1 e l'articolo 54 capoverso 1 si applicano per analogia.

² Il Governo può ~~approvare l'adesione delle regioni ospedaliere a un posto~~ **stipulare accordi con posti** di coordinamento ~~extracantonale~~ **extracantonali**, se ciò appare opportuno al fine di soddisfare gli obiettivi del servizio di salvataggio nel Cantone **in determinate regioni di assistenza sanitaria**. I relativi costi sono a carico del Cantone.

Art. 60 cpv. 1 (modificato)

¹ Se le spese di un trasporto su strada di ammalati e in caso d'emergenza effettuato da un'organizzazione riconosciuta sono irrecuperabili, esse vanno a carico del conto d'esercizio dell'ospedale della rispettiva regione ~~ospedaliera~~ **di assistenza sanitaria**.

II.

L'atto normativo "Legge sui Servizi psichiatrici dei Grigioni" CSC [500.900](#) (stato 1 gennaio 2018) è modificato come segue:

Art. 3 cpv. 2 (modificato)

² A questo scopo gestiscono cliniche psichiatriche, **una scuola all'interno della clinica**, posti abitativi, lavorativi e in strutture diurne protetti per persone con disabilità psichica e forniscono un servizio di consulenza destinato agli ospedali pubblici del Cantone.

III.

Nessuna abrogazione di altri atti normativi.

IV.

La presente revisione parziale è soggetta a referendum facoltativo.
Il Governo stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Auszug Geltendes Recht

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

Vom 30. August 2017 (Stand 1. Januar 2018)

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden¹⁾,

gestützt auf Art. 87 der Kantonsverfassung²⁾,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom 16. Mai 2017³⁾,

beschliesst:

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 6 Öffentliche Spitäler

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 Spital Thusis in Thusis, das Spital Unterengadin in Scuol, das Spital Schiers in Schiers, das Spital Surses in Savognin, das Spital San Sisto in Poschiavo, das Gesundheitszentrum Bergell in Promontogno, das Spital Val Müstair in Sta. Maria.

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.

¹⁾ GRP 2017/2018, 29

²⁾ BR [110.100](#)

³⁾ Seite 5

* Änderungstabellen am Schluss des Erlasses

Art. 7 Spitalregionen

¹ Das Kantonsgebiet wird in folgende Spitalregionen eingeteilt:

- a) Spitalregion Churer Rheintal mit den Gemeinden Arosa, Bonaduz, Chur, Churwalden, Domat/Ems, Felsberg, Fläsch, Flims, Haldenstein, Jenins, Landquart, Lantsch/Lenz, Maienfeld, Maladers, Malans, Rhäzüns, Tamins, Trimmis, Trin, Tschierschen-Praden, Untervaz, Vaz/Obervaz, Zizers;
- b) Spitalregion Oberengadin mit den Gemeinden Bever, Celerina/Schlarigna, La Punt-Chamues-ch, Madulain, Pontresina, Samedan, S-chanf, Sils i.E./Segl, Silvaplana, St. Moritz, Zuoz;
- c) Spitalregion Engiadina Bassa mit den Gemeinden Samnaun, Scuol, Valsot, Zernez;
- d) Spitalregion Davos mit den Gemeinden Davos, Schmitten;
- e) Spitalregion Surselva mit den Gemeinden Andiastr, Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Falera, Ilanz/Glion, Laax, Lumnezia, Medel (Lucmagn), Obersaxen Mundaun, Safiental, Sagogn, Schluein, Sumvitg, Trun, Tujetsch, Vals, Waltensburg/Vuorz;
- f) Spitalregion Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula mit den Gemeinden Albula/Alvra, Andeer, Avers, Bergün/Bravuogn, Casti-Wergenstein, Cazis, Domleschg, Donat, Ferrera, Filisur, Flerden, Fürstenau, Hinterrhein, Lohn, Masein, Mathon, Mutten, Nufenen, Rongellen, Rothenbrunnen, Scharans, Sils i.D., Splügen, Sufers, Thusis, Tschappina, Urmein, Zillis-Reischen;
- g) Spitalregion Oberhalbstein mit der Gemeinde Surses;
- h) Spitalregion Prättigau mit den Gemeinden Conters i.P., Fideris, Furna, Grünsch, Jenaz, Klosters-Serneus, Küblis, Luzein, Schiers, Seewis i.P.;
- i) Spitalregion Val Müstair mit der Gemeinde Val Müstair;
- j) Spitalregion Poschiavo mit den Gemeinden Brusio, Poschiavo;
- k) Spitalregion Bergell mit der Gemeinde Bregaglia;
- l) Spitalregion Mesolcina-Calanca mit den Gemeinden Buseno, Calanca, Cama, Castaneda, Grono, Lostalio, Mesocco, Rossa, Roveredo, San Vittore, Soazza, Sta. Maria i.C.

Art. 8 Planungsregionen

¹ Die Regierung kann nach Anhören der Gemeinden für Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sowie die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung Planungsregionen bezeichnen und die Gemeinden den Planungsregionen zuteilen.

Art. 9 Organisation der Spital- und Planungsregionen

¹ Die Gemeinden der einzelnen Spitalregionen sowie der Planungsregionen für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sowie die häusliche Pflege und Betreuung haben sich in zweckmässiger Weise zu organisieren.

² Die Trägerschaften der Leistungserbringer haben den Gemeinden ihrer Spitalregion beziehungsweise ihrer Planungsregion für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sowie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen.

3. Beiträge an Spitäler und Geburtshäuser

Art. 20 Aufteilung der Beiträge zwischen Kanton und Gemeinden

¹ Der Kanton und die Gemeinden beteiligen sich wie folgt an den Beiträgen gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera a, b, c und e:

- a) Kanton: 90 Prozent
- b) Gemeinden: 10 Prozent

² Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera a und b sind die Gemeinden der Spitalregion, in welcher die behandelte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Für nach KVG¹⁾ versicherte ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und deren Angehörige ohne zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz sind die Gemeinden der Spitalregion der Aufenthaltsgemeinde der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers beitragspflichtig.

³ Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera c und e sind die Gemeinden der betreffenden Spitalregion.

⁴ Zu 100 Prozent zu Lasten des Kantons gehen die Beiträge gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera d, f und g sowie die Beiträge gemäss Artikel 19 Absatz 1 Litera a für Personen des Asylbereichs, soweit sie sich in einer Kollektivunterkunft aufhalten und keine Erwerbstätigkeit ausüben.

Art. 21 Grosser Rat

¹ 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⁾ SR [832.10](#)

Art. 22 Notfall- und Krankentransport

¹ 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.

Art. 25 Beitragskürzungen

¹ Die Beiträge des Kantons können gekürzt werden, 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 festgelegten Ausbildungsleistungen für Gesundheitsberufe vom Spital nicht erbracht werden;
- e) die von der Regierung festgelegte Anzahl Aus- und Weiterbildungsplätze für Gesundheitsberufe vom Spital nicht zur Verfügung gestellt wird.

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

³ Die Beiträge, die in Anwendung von Absatz 1 Litera d und e gekürzt werden, sind anteilmässig denjenigen Spitälern auszurichten, die mehr Ausbildungsleistungen für Gesundheitsberufe erbringen als von der Regierung festgelegt.

4. Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste

Art. 28 Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste

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

² Sie kann die Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste von der Zustimmung der Gemeinden der Planungsregion abhängig machen.

³ Die Bestimmungen zur Spitalplanung und Spitalliste gelten dabei sinngemäss.

5. Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen

Art. 29 Zuständigkeit 1. Gemeinden

¹ Die Gemeinden sorgen für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen.

² Sie erstellen eine regional abgestimmte Bedarfsplanung.

³ Die Aufnahme von Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz setzt eine Kostengutsprache des Wohnsitzkantons und/oder der Wohnsitzgemeinde voraus.

Art. 31 Investitionsbeiträge 1. Grundsatz und Höhe

¹ Der Kanton und die Gemeinden gewähren der Planungsregion für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett folgenden Investitionsbeitrag:

- a) Alters- und Pflegeheime: 160 000 Franken;
- b) Pflegegruppen: 120 000 Franken.

² Bei Angeboten von kantonalen Bedeutung kann der Kanton auch den Investitionsbeitrag der Gemeinden übernehmen.

³ An die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer in Alters- und Pflegeheimen gewähren der Kanton und die Gemeinden für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Zimmer bis zu einem maximalen Anteil an Einbettzimmern von 90 Prozent einen Investitionsbeitrag von 120 000 Franken.

⁴ Die Regierung kann die Investitionsbeiträge der Teuerung anpassen.

⁵ Jede Gemeinde einer Planungsregion ist verpflichtet, sich an den Investitionsbeiträgen gemäss Absatz 1 für Angebote in ihrer Region zu beteiligen. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

6. Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie anerkannte Pflegefachpersonen

Art. 38 Zuständigkeit

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

² Sie erstellen eine regional abgestimmte Bedarfsplanung.

Art. 41 Beiträge

I. Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag

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

- a) die Pflegeleistungen;
- b) die Leistungen der Akut- und Übergangspflege;
- c) die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen;
- d) den Mahlzeitendienst.

² Der Beitrag des Kantons und der Gemeinden beträgt 55 Prozent beziehungsweise 45 Prozent der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten gedeckten anerkannten Kosten.

³ Basis für die Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge bilden die Kosten- und Leistungsdaten der Kostenrechnung der drei der Beschlussfassung vorangehenden Jahre der wirtschaftlichen Dienste. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber den Basisjahren durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen.

⁴ Beitragspflichtig ist die Gemeinde, in welcher die Klientin oder der Klient Wohnsitz hat.

⁵ Die Regierung kann den zeitlichen Umfang der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen und des Mahlzeitendienstes begrenzen.

9. Rettungswesen

9.1. ALLGEMEINES

Art. 55 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 20 Absatz 1 und Artikel 54 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.

9.2. BEITRÄGE

Art. 60 Uneinbringliche Kosten

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.

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

Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden

Vom 23. Oktober 2012 (Stand 1. Januar 2018)

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden¹⁾,

gestützt auf Art. 87 der Kantonsverfassung²⁾,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom 3. Juli 2012³⁾,

beschliesst:

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 3 Auftrag

¹ Die Psychiatrischen Dienste Graubünden stellen stationär und ergänzend ambulant eine sichere, wirksame, patientenbezogene, zeitgerechte und effiziente psychiatrische Versorgung der Erwachsenen, Jugendlichen und Kinder im Kanton mit chancengleichem Zugang zu den Leistungen sicher. *

² Sie führen dazu psychiatrische Kliniken, geschützte Wohn-, Arbeits- und Tagesstrukturplätze für Menschen mit psychischer Behinderung und erbringen den Konsiliardienst für die öffentlichen Spitäler im Kanton.

³ Sie bieten Aus- und Weiterbildungsplätze für Assistenzärztinnen und -ärzte, für Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, für andere Berufe des Gesundheitswesens wie auch für sozialpädagogische Berufe an.

⁴ Die Psychiatrischen Dienste Graubünden können mit weiteren Aufgaben betraut werden.

⁵ Die Regierung legt in Absprache mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden die Eigentümerziele fest.

¹⁾ GRP 2012/2013, 250

²⁾ BR [110.100](#)

³⁾ Seite 535

* Änderungstabellen am Schluss des Erlasses