

**Teilrevision des
Krankenpflegegesetzes
(Umsetzung der Massnahmen
des Berichts zur Spital- und
Pflegefinanzierung
im Kanton Graubünden)
Erläuternder Bericht**

16. November 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	4
1.1 Auftrag der Kommission für Gesundheit und Soziales (KGS)	4
1.2 Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden und Beratung im Grossen Rat	4
1.3 Auftrag Pfenninger betreffend Anpassung der Spitexfinanzierung	6
2. Prüfung des Einbezugs der im Auftrag Pfenninger aufgeführten Kriterien in die Anpassung der Spitexfinanzierung	8
2.1 Vergleich der Rangordnungen	8
2.2 Entwicklung des Kostendeckungsgrades zwischen 2006 und 2014.....	10
2.3 Auswirkungen der Grenznähe der Spitexorganisationen	12
2.4 Fazit	13
3. Eckpunkte der Teilrevision	14
3.1 Aufhebung der Leistungskategorie Instandsetzung und Erneuerung (Massnahme 2).....	14
3.2 Kompetenz der Regierung zur Bildung von Planungsregionen (Massnahme 5).....	15
3.3 Verpflichtung der Gemeinden zur Beteiligung an Investitionsbeiträgen gemäss Art. 21 Abs. 1 KPG (Massnahme 5)	15
3.4 Anpassung der Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung (Massnahme 6)	16
3.5 Finanzierung der Kosten von ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Bewohnern in Pflegeheimen	16
3.6 Förderung von Kurzaufenthalten in Alters- und Pflegeheimen sowie Pflegegruppen zur Entlastung pflegender oder betreuender Angehöriger durch Differenzierung der anerkannten Pensionskosten	18
4. Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision des KPG	19
5. Auswirkungen der Teilrevision des KPG	22
5.1 Personeller Aufwand	22
5.2 Finanzielle Auswirkungen für den Kanton.....	22
5.3 Finanzielle Auswirkungen für die Gemeinden.....	23

5.4	Finanzielle Auswirkungen für die Leistungsbezüger	24
5.5	Finanzielle Auswirkungen für die Leistungserbringer	24
6.	Inkraftsetzung der Teilrevision des KPG.....	26
Anhang	27

1. Ausgangslage

1.1 Auftrag der Kommission für Gesundheit und Soziales (KGS)

Mit dem vom Grossen Rat in der Oktobersession 2011 mit 104 zu 0 Stimmen überwiesenen Kommissionsauftrag der Kommission für Gesundheit und Soziales (KGS) wurde die Regierung beauftragt, das bestehende System der Spital- und Pflegefinanzierung einer eingehenden Prüfung zu unterziehen und darüber Bericht zu erstatten. Dabei sollten insbesondere die von der Regierung beschlossenen Regulierungen in den Verordnungen überprüft und auf eine allfällige kostentreibende Wirkung geprüft werden. Zudem wurde die Regierung beauftragt, Bericht zu erstatten, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Folgen eine alleinige Spitalfinanzierung durch den Kanton und eine alleinige Finanzierung der Pflege durch die Gemeinden bei gleichbleibenden Trägerschaften durchführbar wäre.

1.2 Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden und Beratung im Grossen Rat

In dem von der Regierung dem Grossen Rat unterbreiteten Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden vom 1. März 2016 (B 2015-2016 S. 1035 ff.) zeigte die Regierung zunächst die finanziellen Auswirkungen der Einführung der neuen Spital- und Pflegefinanzierung sowie den Handlungsspielraum des Kantons und der Gemeinden für kostensenkende Massnahmen auf. In der Folge setzte sich die Regierung mit dem Modell einer getrennten Spitalfinanzierung durch den Kanton und einer Pflegefinanzierung durch die Gemeinden auseinander und beantragte in Abwägung der Vor- und der Nachteile, die gemeinsame Spital- und Pflegefinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden unter Behebung der Mängel der bestehenden Regelung der Pflegefinanzierung mittels sechs Massnahmen beizubehalten.

Der Grosse Rat nahm am 16. Juni 2016 den Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden zur Kenntnis und sprach sich mit 109 zu 0 Stimmen bei 0 Enthaltungen für die Weiterführung der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung beziehungsweise für die Weiterführung der gemeinsamen Spital- und Pflegefinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden aus (GRP 2015/2016 S. 1115).

Bezüglich der von der Regierung in Aussicht genommenen Massnahmen fasste der Grosse Rat im Rahmen der Beratung des Berichts folgende Beschlüsse:

Nr.	Mangel	Massnahme	Resultat
1	<i>Ungenügende Möglichkeit der Differenzierung des Angebots aufgrund der Vorgaben zur Berechnung der Maximaltarife.</i>	Art. 21b KPG ist dahingehend anzupassen, dass die Festlegung der maximal anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der nicht Ergänzungsleistungen beziehenden Bewohnerinnen und Bewohner in den Leistungskategorien Pension und Betreuung den unterschiedlichen Angeboten der Alters- und Pflegeheime Rechnung trägt.	Abgelehnt (mit 79 zu 36 Stimmen bei 0 Enthaltungen)
2	<i>Die Beiträge an die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten und die Anlagenutzungskosten sind nicht transparent.</i>	Art. 21b Abs. 1 lit. b KPG, wonach maximal anerkannte Kosten für Instandsetzung und Erneuerung festzulegen sind, ist aufzuheben. Die Anlagenutzungskosten werden nach der Aufhebung von Art. 21b Abs. 1 lit. b KPG künftig über die Leistungskategorie Pension abgegolten.	Angenommen
3	<i>Die Zuständigkeit für die Finanzierung ungedeckter Kosten ist nicht geregelt.</i>	Das Krankenpflegegesetz wird durch eine Bestimmung bezüglich der Zuständigkeit der Gemeinden der betreffenden Spital- beziehungsweise Planungsregion für die Finanzierung von allfälligen Defiziten der Leistungserbringer ergänzt.	Abgelehnt (mit 91 zu 22 Stimmen bei einer Enthaltung)
4	<i>Unzureichende Einflussmöglichkeiten der Gemeinden auf die Betriebsführung der Leistungserbringer.</i>	Die allfällige Übernahme ungedeckter Kosten ist in der Leistungsvereinbarung mit den Leistungserbringern an die Bedingung zu knüpfen, dass diese die von den Gemeinden vorgegebenen kostensenkenden Massnahmen umsetzen.	Abgelehnt
5	<i>Nicht alle Gemeinden sind Mitglied einer Trägerschaft eines Pflegeheims.</i>	Im Krankenpflegegesetz wird festgelegt, dass sich alle Gemeinden einer Planungsregion an den Investitionskosten für Angebote der stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen in ihrer Region zu beteiligen haben. In der Verordnung zum Krankenpflegegesetz werden gestützt auf Art. 31 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 KVG die Planungsregionen für die Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen und für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung bezeichnet und die Zugehörigkeit der Gemeinden zu den einzelnen Planungsregionen festgelegt. Alle Gemeinden werden in der Verordnung verpflichtet, mit mindestens einer Einrichtung der stationären Pflege und Betreuung und einer Organisation der häuslichen Pflege und Betreuung eine Leistungsvereinbarung abzuschliessen.	Angenommen
6	<i>Durch Abstützung auf nur ein Jahr (Vorvorjahr) können die vom Kanton anerkannten Kosten stark schwanken.</i>	Im Krankenpflegegesetz wird festgelegt, dass als Basis für die anerkannten Kosten der Durchschnitt der der Beschlussfassung vorangehenden drei Jahre verwendet wird.	Angenommen

Tabelle 1: Zusammenstellung der im Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden aufgeführten Mängel der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung und der in Aussicht genommenen Massnahmen zu deren Behebung sowie der Resultate der Abstimmungen im Grossen Rat

Der Grosse Rat lehnte es ab, das heutige System der Maximaltarifizierung für nicht Ergänzungsleistungen beziehende Bewohnerinnen und Bewohner aufzugeben und den Alters- und Pflegeheimen dadurch mehr Gestaltungsspielraum bei den Angeboten einzuräumen (Massnahme 1). Begründet wurde die Ablehnung insbesondere mit dem befürchteten Aufwand bei der Ermittlung der Pensions- und Betreuungsmehrleistungen, der Gefahr einer

"Zweiklassengesellschaft" zwischen EL-Bezüglern und nicht EL-Bezüglern sowie mit möglicherweise steigenden Kosten für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Ebenfalls abgelehnt wurde durch den Grossen Rat die Ergänzung des KPG durch eine Bestimmung bezüglich der Zuständigkeit der Gemeinden für die Finanzierung allfälliger Defizite der Leistungserbringer und damit verbunden auch die Erweiterung der Einflussmöglichkeiten der Gemeinden auf die Betriebsführung der Leistungserbringer (Massnahmen 3 und 4). Es wurde befürchtet, dadurch würde wieder eine Defizitfinanzierung wie vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 eingeführt. Der Grosse Rat vertrat die Meinung, die Festschreibung der Zuständigkeit der Gemeinden für die teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung gemäss Art. 20 Abs. 1 KPG sowie die häusliche Pflege und Betreuung gemäss Art. 31 Abs. 1 KPG auf gesetzlicher Ebene sei ausreichend.

1.3 Auftrag Pfenninger betreffend Anpassung der Spitexfinanzierung

Mit dem von Grossrat Pfenninger am 17. Februar 2016 eingereichten Auftrag wurde die Regierung ersucht, für eine langfristige Sicherung der Finanzierung der Spitexleistungen das kantonale Krankenpflegegesetz und die Verordnung zu revidieren. Zur Begründung des Auftrags führte Grossrat Pfenninger aus, die heute gültige Spitexfinanzierung führe dazu, dass sich zunehmend eine Abwärtsspirale entwickle, die dazu führe, dass gemäss den Budgets für das Jahr 2016 voraussichtlich nur noch sieben von 19 Spitexorganisationen mit den gesetzlichen Beiträgen gemäss KVG sowie des Kantons und der Gemeinden auskämen. Die restlichen zwölf Organisationen seien auf zusätzliche Beiträge der Gemeinden für die Deckung des Restdefizits angewiesen. Im Rahmen der Teilrevision sei sowohl eine Anpassung der heutigen Berechnungsgrundlage denkbar als auch eine völlig neue Beitragsberechnung, z.B. pro Einwohner und Versorgungsgebiet (GRP 2015/2016 S. 632).

In ihrer Antwort vom 18. April 2018 hielt die Regierung fest, entgegen den Ausführungen im Auftrag habe die neue Finanzierungsregelung keine Abwärtsspirale in Gang gesetzt und sich aus ihrer Sicht grundsätzlich bewährt. Im Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden vom 1. März 2016 habe sie ausgeführt, welche Mängel aus ihrer Sicht im Bereich der Pflegefinanzierung bestünden und welche Massnahmen sie zur Behebung dieser Mängel in Aussicht genommen habe. Bei der Ausgestaltung der Massnahmen sei zusätzlich zu prüfen, ob und inwieweit die aufgeführten Kriterien (Topographie, Ausdehnung und Grenznähe) in die Anpassung der Finanzierungsregelung einzubeziehen seien. Die Regierung erklärte sich in diesem Sinne bereit, den Auftrag entgegen zu nehmen.

Der Grosse Rat überwies in der Augustsession 2016 den Auftrag mit 96 zu 9 Stimmen bei einer Enthaltung (GRP 2016/2017 S. 34, 197 ff.).

2. Prüfung des Einbezugs der im Auftrag Pfenninger aufgeführten Kriterien in die Anpassung der Spitexfinanzierung

Im Rahmen der Bearbeitung des Auftrags Pfenninger untersuchte das Gesundheitsamt, ob zwischen den Ergebnissen der Spitexorganisationen mit kommunalem Auftrag und den geographischen Merkmalen (Topographie, Ausdehnung und Grenznähe) der jeweiligen Spitex-Regionen Zusammenhänge bestehen.

2.1 Vergleich der Rangordnungen

Als Grundlage für die Untersuchung wurden folgende Daten pro Spitexorganisation beziehungsweise Spitexregion beigezogen:

- Kostendeckungsgrade der Spitexorganisationen nach den Beiträgen der Krankenversicherer, der Leistungsbezüger, der Gemeinden und des Kantons für die Jahre 2012 bis 2014 (Daten des Gesundheitsamtes)
- Daten zur Siedlungsfläche, zur Bevölkerungszahl und zu den Strassenkilometern pro Spitexregion (Daten des GIS-Kompetenzzentrums für das Jahr 2014).

Als Mass für die Bevölkerungsdichte wurde für alle Spitexregionen die Bevölkerungszahl pro km²-Siedlungsfläche berechnet. Als Mass für die Erreichbarkeit wurde die Bevölkerungszahl pro Strassenkilometer berechnet.

Die Zusammenstellung der Daten, welche für die Untersuchung verwendet wurden, findet sich in Tabelle 7 im Anhang.

In einem zweiten Schritt wurden die Spitexorganisationen nach der Bevölkerungszahl pro km²-Siedlungsfläche beziehungsweise nach der Bevölkerungszahl pro Strassenkilometer der entsprechenden Spitexregion geordnet (vgl. Tabellen 2 und 3).

	Bevölkerung pro km ² Siedlungsfläche	Rang	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2012)	Rang 2012	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2013)	Rang 2013	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2014)	Rang 2014
Spitex Verein Chur	4'585	1	95%	9	99%	9	105%	6
Spitex Imboden	2'416	2	97%	8	102%	6	99%	11
Spitex Fünf Dörfer	2'295	3	105%	3	106%	3	104%	7
Spitex Verein Kreis Maienfeld	1'868	4	91%	11	86%	15	101%	9
Spitex Davos	1'764	5	98%	7	96%	10	91%	16
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	1'404	6	91%	12	88%	13	98%	12
Spitex Oberengadin	1'303	7	86%	14	94%	11	93%	15
Spitex Selva	1'229	8	94%	10	102%	7	100%	10
Spitex Viamala	1'109	9	84%	15	90%	12	97%	13
Spitex Foppa	1'077	10	89%	13	87%	14	88%	17
Spitex Valle Poschiavo	1'051	11	103%	5	108%	2	115%	2
Spitex Cadi	995	12	106%	2	102%	5	103%	8
ACAM Moesano	955	13	114%	1	109%	1	113%	3
Spitex Engiadina Bassa	920	14	79%	16	84%	16	95%	14
Spitex Albula/Churwalden	819	15	101%	6	105%	4	105%	5
Spitex Val Müstair	774	16	104%	4	100%	8	112%	4
Spitex Valle Bregaglia	729	17	72%	17	79%	17	117%	1

Tabella 2: Gegenüberstellung der Rangordnung der Spitexregionen nach Bevölkerung pro km² Siedlungsfläche mit der Rangordnung der entsprechenden Spitexorganisationen nach Kostendeckungsgrad für die Jahre 2012 bis 2014

Aus dem Vergleich der Rangordnung der Spitexorganisationen nach Bevölkerung pro km² Siedlungsfläche der jeweiligen Spitexregion mit der Rangordnung nach Kostendeckungsgrad für die Jahre 2012 bis 2014 wird ersichtlich, dass es keinen relevanten Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und dem Kostendeckungsgrad gibt.

	Bevölkerung pro Strassen-km	Rang	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2012)	Rang	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2013)	Rang	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2014)	Rang
Spitex Verein Chur	872	1	95%	9	99%	9	105%	6
Spitex Fünf Dörfer	334	2	105%	3	106%	3	104%	7
Spitex Imboden	286	3	97%	8	102%	6	99%	11
Spitex Selva	232	4	94%	10	102%	7	100%	10
Spitex Oberengadin	217	5	86%	14	94%	11	93%	15
Spitex Davos	198	6	98%	7	96%	10	91%	16
Spitex Verein Kreis Maienfeld	155	7	91%	11	86%	15	101%	9
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	107	8	91%	12	88%	13	98%	12
Spitex Cadi	84	9	106%	2	102%	5	103%	8
Spitex Valle Poschivao	82	10	103%	5	108%	2	115%	2
Spitex Albula/Churwalden	68	11	101%	6	105%	4	105%	5
Spitex Engiadina Bassa	55	12	79%	16	84%	16	95%	14
Spitex Foppa	55	13	89%	13	87%	14	88%	17
Spitex Valle Bregaglia	50	14	72%	17	79%	17	117%	1
ACAM Moesano	47	15	114%	1	109%	1	113%	3
Spitex Viarnala	45	16	84%	15	90%	12	97%	13
Spitex Val Müstair	34	17	104%	4	100%	8	112%	4

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Rangordnung der Spitexregionen nach Bevölkerung pro Strassen-km mit der Rangordnung der entsprechenden Spitexorganisationen nach Kostendeckungsgrad für die Jahre 2012 bis 2014

Auch die Gegenüberstellung der Rangordnung der Spitexorganisationen nach Bevölkerung pro Strassenkilometer (als Mass für die Erreichbarkeit) mit der Rangordnung nach Kostendeckungsgrad für die Jahre 2012 bis 2014 spricht gegen die Annahme eines relevanten Zusammenhangs zwischen diesen Indikatoren.

2.2 Entwicklung des Kostendeckungsgrades zwischen 2006 und 2014

Untenstehende Abbildung zeigt auf der vertikalen Achse die Rangierung der Spitexorganisationen mit kommunalem Auftrag nach Kostendeckungsgrad für die Jahre 2008 und 2014:

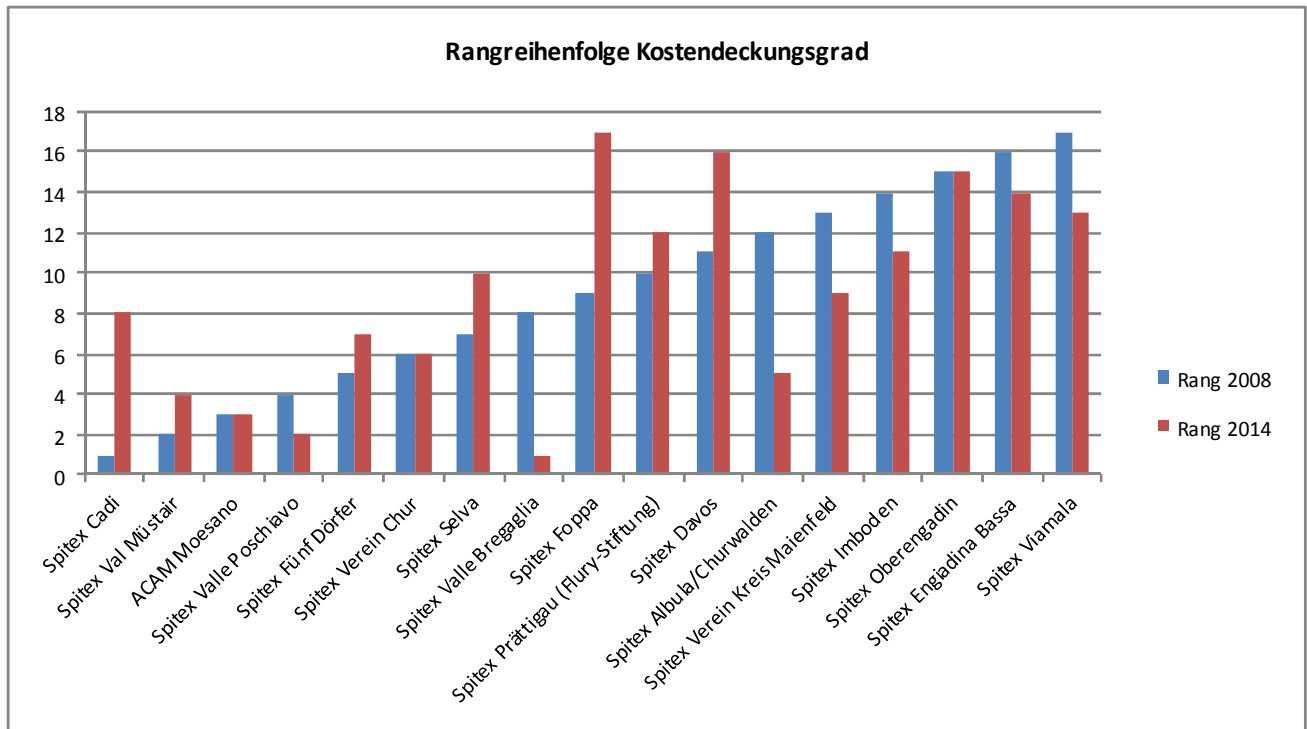


Abbildung 1: Rangreihenfolge der Spitexorganisationen bezüglich der Kosten für die Jahre 2006 und 2014

Nachstehend werden die Ergebnisse in tabellarischer Form dargestellt. In der letzten Spalte ist die Rangänderung aufgeführt.

	2008	2014	Rangdifferenz
Spitex Cadi	1	8	-7
Spitex Val Müstair	2	4	-2
ACAM Moesano	3	3	-
Spitex Valle Poschiavo	4	2	+2
Spitex Fünf Dörfer	5	7	-2
Spitex Verein Chur	6	6	-
Spitex Selva	7	10	-3
Spitex Valle Bregaglia	8	1	+7
Spitex Foppa	9	17	-8
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	10	12	-2
Spitex Davos	11	16	-5
Spitex Albula Churwalden	12	5	+7
Spitex Verein Kreis Maienfeld	13	9	+4
Spitex Imboden	14	11	+3
Spitex Oberengadin	15	15	-

Spitex Engiadina Bassa	16	14	+2
Spitex Engiadina Viamala	17	13	+4

Tabelle 4: Rangreihenfolge der Spitexorganisationen bezüglich der Kosten für die Jahre 2008 und 2014 und Rangdifferenz zwischen den Jahren 2008 und 2014

Die Rangreihenfolge der Spitexorganisationen nach Kostendeckungsgrad im Jahr 2008 unterscheidet sich stark von der Rangreihenfolge im Jahr 2014. Wären die geographischen Faktoren (Topographie und Ausdehnung), welche sich in dieser Zeit nicht oder nur leicht verändert haben, für die unterschiedlichen Kostendeckungsgrade der Spitexorganisationen verantwortlich, würden sich im Zeitverlauf keine solchen Unterschiede ergeben.

Auch dieser Befund spricht gegen einen massgeblichen Einfluss geographischer Faktoren auf die Ergebnisse der Spitexorganisationen.

2.3 Auswirkungen der Grenznähe der Spitexorganisationen

Geprüft wurde weiter, ob allfällige Vorteile von grenznahen Organisationen im Vergleich zu den nichtgrenznahen Organisationen bestehen. Diese Vorteile würden sich aufgrund der Möglichkeit von grenznahen Organisationen zur Rekrutierung von ausländischem Pflegepersonal zu günstigeren Konditionen ergeben. Untenstehende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Kostendeckungsgrade der grenznahen beziehungsweise der nichtgrenznahen Organisationen für die Jahre 2008 bis 2015.

	Kosten- deckungs- grad 2008	Kosten- deckungs- grad 2009	Kosten- deckungs- grad 2010	Kosten- deckungs- grad 2011	Kosten- deckungs- grad 2012	Kosten- deckungs- grad 2013	Kosten- deckungs- grad 2014	Kosten- deckungs- grad 2015
Durchschnitt der grenznahen Organisationen	96%	100%	99%	102%	93%	96%	107%	111%
Durchschnitt der nichtgrenznahen Organisationen	94%	95%	93%	94%	95%	97%	99%	102%

Tabelle 5: Durchschnittliche Kostendeckungsgrade der grenznahen Organisationen (Spitex Engiadina Bassa, Spitex Valle Bregaglia, ACAM Moesano, Spitex Val Müstair, Spitex Valle Poschiavo und Spitex Oberengadin) und der nichtgrenznahen Organisationen für die Jahre 2008 bis 2015

In sechs von acht Jahren war der durchschnittliche Kostendeckungsgrad der grenznahen Organisationen höher als derjenige der nichtgrenznahen Organisationen. Dies deutet auf gewisse Vorteile dieser Organisationen hin. Allerdings ist das Bild nicht einheitlich. Lediglich im Jahr 2012 und 2013 war der durchschnittliche Kostendeckungsgrad der nichtgrenznahen Organisationen höher. Aufgrund dieser Ergebnisse ist nicht davon auszugehen, dass die Grenznähe für die Wirtschaftlichkeit der Organisationen ausschlaggebend ist. Vielmehr ist es nur ein Kriterium unter vielen anderen (nicht zuletzt auch die Art der Be-

triebsführung und der Organisation der Dienste), welche sich auf die Wirtschaftlichkeit auswirken.

2.4 Fazit

Wie vorstehend aufgezeigt, lassen sich die Unterschiede in den Deckungsgraden der Spitexorganisationen durch keines der von der Regierung in ihrer Antwort auf den Auftrag Pfenninger aufgeführten Kriterien (Topographie, Ausdehnung und Grenznähe) erklären.

Aus diesem Grund wird davon abgesehen, die im Auftrag Pfenninger genannten geographischen Kriterien in die Spitex-Finanzierungsregelung einzubeziehen.

Im Rahmen der Bearbeitung des Auftrags Pfenninger lud das Gesundheitsamt schliesslich den Spitex Verband Graubünden ein, zu den aufgeworfenen Fragen zu allfälligen Korrelationen zwischen Topographie, Ausdehnung und Grenznähe einerseits und der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Spitexorganisationen andererseits vernehmen zu lassen. Der Spitex-Verband führte in seiner Stellungnahme im Wesentlichen aus, es gebe begründbare Annahmen, wonach die Topographie, die Ausdehnung und die Grenznähe Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit hätten. Um eine fundierte Analyse zu erstellen, bedürfe es vertiefte Abklärungen. Der Spitex-Verband empfahl dem Gesundheitsamt, zu diesem Thema eine Studie durchzuführen.

Das es aufgrund der vorstehenden Ausführungen keine Hinweise auf eine Abhängigkeit der Wirtschaftlichkeit der Spitex-Organisationen von den topographischen Gegebenheiten der jeweiligen Spitex-Regionen bestehen, wird auf die Durchführung weiterführender Studien verzichtet.

3. Eckpunkte der Teilrevision

Die vorliegende Teilrevision des KPG sieht folgende Eckpunkte vor (die Angaben zu den Massnahmen beziehen sich auf den Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden [B 2015-2016 S. 1033 ff.]).

3.1 Aufhebung der Leistungskategorie Instandsetzung und Erneuerung (Massnahme 2)

Gemäss Art. 21 b Abs. 1 KPG legt die Regierung für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen nach Leistungsumfang abgestuft die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner für die Pensionskosten, die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten, die Betreuungskosten sowie die Pflegekosten fest.

Die anerkannten Kosten für die Kategorie Instandsetzungs- und Erneuerungskosten betragen 25 Franken pro Pflage-tag (vgl. Anhang 1 zur VzKPG). Der Maximaltarif von 25 Franken basiert auf den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden und einer Abschreibungsdauer von 33 Jahren. Gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. a KPG gewähren der Kanton und die Gemeinden der Planungsregion für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett in Alters- und Pflegeheimen je einen Investitionsbeitrag von 160'000 Franken, also total 320'000 Franken.

Bei den in den letzten Jahren gebauten Alters- und Pflegeheimen lagen die Investitionskosten oft deutlich über 320'000 Franken. Dementsprechend habend diese Alters- und Pflegeheime höhere Anlagenutzungskosten, weshalb der Maximaltarif von 25 Franken bei einer Abschreibungsdauer von 33 Jahren zur Refinanzierung nicht ausreicht. Der Rest der Anlagenutzungskosten wird heute bei der Festsetzung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner an den Pensionskosten berücksichtigt. Eine Aufteilung der von den Alters- und Pflegeheimen in der Kostenrechnung ausgewiesenen Anlagenutzungskosten auf die Kategorie Instandsetzungs- und Erneuerungskosten einerseits und auf die Pensionskosten andererseits macht deshalb keinen Sinn.

Die Leistungskategorie Instandsetzung und Erneuerung (Art. 21b Abs. 1 lit. b KPG) soll daher mit der vorliegenden Teilrevision des KPG aufgehoben werden. Die Anlagenutzungskosten sollen künftig gemäss den Vorgaben von Curaviva zur Kostenrechnung für Alters-

und Pflegeheime auf die übrigen Kostenträger (Pension, Pflege und Betreuung) verteilt werden.

3.2 Kompetenz der Regierung zur Bildung von Planungsregionen (Massnahme 5)

Gemäss Art. 20 Abs. 3 KPG beziehungsweise Art. 31 Abs. 2 KPG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 KPG kann die Regierung nach Anhören der Gemeinden im Bereich der stationären beziehungsweise ambulanten Pflege und Betreuung Planungsregionen bezeichnen.

Im Gegensatz zu den Spitalregionen, die in Art. 5 KPG definiert sind, ist die Zugehörigkeit der Gemeinden zu den Pflegeheim- und den Spitexregionen weder im Gesetz noch in der Verordnung festgelegt. Für die stationäre Pflege und Betreuung sind die Planungsregionen und die Zugehörigkeit der Gemeinden zu den einzelnen Planungsregionen heute in der kantonalen Rahmenplanung für die Pflegeheime und damit nicht in Erlassform festgelegt. Für Spitexregionen gibt es keine entsprechende Festlegung der Regierung.

Mit der vorliegenden Teilrevision des KPG soll der Regierung die Kompetenz erteilt werden, auf Verordnungsstufe die Planungsregionen zu bezeichnen und die Gemeinden einer Planungsregion zuzuteilen.

3.3 Verpflichtung der Gemeinden zur Beteiligung an Investitionsbeiträgen gemäss Art. 21 Abs. 1 KPG (Massnahme 5)

Gemäss Art. 20 Abs. 1 KPG haben die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu sorgen. Der überwiegende Teil der Gemeinden im Kanton Graubünden ist an der Trägerschaft mindestens eines Pflegeheims beteiligt. Daneben gibt es aber auch Gemeinden, die keiner Trägerschaft angehören. Dies führt dazu, dass einzelne Gemeinden sich nicht an den Investitionsbeiträgen nach Art. 21 KPG sowie an einer allfälligen Finanzierung weiterer Kosten beteiligen.

Durch die vorliegende Teilrevision des KPG soll verhindert werden, dass sich Gemeinden ihrer Verpflichtung zur Beteiligung an den Investitionskosten der Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung entziehen. Der vorliegende Entwurf für eine Teilrevision des KPG sieht entsprechend vor, alle Gemeinden einer Planungsregion zu verpflichten, sich an den Investitionsbeiträgen für Angebote der stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen in ihrer Region zu beteiligen. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

3.4 Anpassung der Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung (Massnahme 6)

Die geltende Regelung, wonach für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Klientinnen und Klienten die durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen beziehungsweise Spitexdienste mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres bilden (Art. 21b Abs. 2 beziehungsweise Art. 31c Abs. 3 KPG), führt dazu, dass Auslastungsschwankungen sich mit einer Verzögerung von zwei Jahren auf die anerkannten Kosten auswirken. Um diesen Effekt zu mildern, soll zukünftig sowohl bei der Festlegung der anerkannten Kosten wie auch für die Festlegung der maximalen Kostenbeteiligungen der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen und der Spitexklientinnen und -klienten anstatt auf die Kostendaten eines Jahres auf den Durchschnitt der Kostendaten der drei der Beschlussfassung vorangehenden Jahre abgestellt werden. Dadurch kommt es bei der Entwicklung der anerkannten Kosten und damit der Tarife zu einer Glättung. Kurzfristige Ausschläge wirken sich weniger auf die Tarife aus. Die Finanzplanung wird sowohl für die Betriebe als auch für den Kanton (Beiträge und Ergänzungsleistungen) und die Gemeinden (Beiträge) leichter. Schliesslich sind auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen beziehungsweise die Klientinnen und Klienten der Spitex mit weniger stark schwankenden Tarifen konfrontiert.

3.5 Finanzierung der Kosten von ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Bewohnern in Pflegeheimen

Im Rahmen der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Teilrevision des KPG wurden als Folge der Erweiterung der Pflegebedarfsstufen von 12 auf 16 Stufen die durch den Kanton für ausserordentlich pflegeaufwendige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf speziellen Nachweis hin separat ausgerichteten Beiträge an die Pflegeheime ins Pflegebedarfssystem integriert (vgl. B 2010-2011 S. 133).

Die seit Einführung des 16-stufigen-Pflegebedarfssystems gesammelten Erfahrungen haben gezeigt, dass es mit diesem System nicht immer möglich ist, die Kosten von ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Fällen angemessen zu erfassen und abzubilden. Als Folge davon werden Alters- und Pflegeheimen, die ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Bewohner und Bewohnerinnen aufnehmen, für die dadurch entstehenden Kosten nur unzureichend entschädigt. Dies kann dazu führen, dass

es für Patientinnen und Patienten aufgrund ihres ausserordentlich hohen Pflege- und/oder Betreuungsaufwands sehr schwierig ist, einen Pflegeplatz in einem Bündner Alters- und Pflegeheim zu finden.

Bei den ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Fällen handelt es sich insbesondere um Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit progressiven muskulären und neurologischen Leiden (z.B. amyotrophe Lateralsklerose, Chorea Huntington), mit Demenz, mit MRSA (multiple resistente Staphylococcus Aureus), mit psychischen Erkrankungen, mit starken Seh- und Hörbehinderungen oder um schwere palliative Fälle. Es kann sich auch um Fälle handeln, bei denen gleichzeitig mehr als eine Person für die Pflege benötigt wird. Gemeinsam ist diesen komplexen Pflege- und Betreuungssituationen, dass sich Pflege- und Betreuungsleistungen nicht klar voneinander abgrenzen lassen. Die Betreuungsleistungen haben oftmals einen direkten Bezug zu den Pflegeleistungen. So sind vor, während und nach der Pflege eines MRSA-Patienten erhöhte Schutzvorkehrungen zu beachten (z.B. Schutzbekleidung, Desinfektion usw.). Solche Leistungen sind mit hohem Aufwand verbunden, werden dem betroffenen Alters- und Pflegeheim jedoch nicht aufwandgerecht abgegolten.

Die vorliegende Teilrevision des KPG schlägt vor, das Pflegebedarfssystem auf die 12 Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31, KLV) zu begrenzen. Im Gegenzug soll die Regierung bei ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Personen zusätzliche Kosten anerkennen können. Die anerkannten Kosten sollen im Anhang 1 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz festgelegt werden, wobei die Alters- und Pflegeheime diese Kosten nur nach Genehmigung im Einzelfall des nachgewiesenen zusätzlichen Pflege- oder Betreuungsaufwands durch das Gesundheitsamt zusätzlich zu den anerkannten Kosten ihrer BESA-Einstufung verrechnen können. Die Finanzierung der Kosten infolge ausserordentlichen Pflege- und/oder Betreuungsaufwands soll anteilmässig durch die Gemeinden (75 Prozent) und den Kanton (25 Prozent) erfolgen.

Um zu verhindern, dass die im Zusammenhang mit ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Personen anfallenden Kosten doppelt vergütet werden (einmal über die einzelfallbezogen festgelegten und durch das Gesundheitsamt genehmigten Kosten und dann ein zweites Mal über die Berücksichtigung dieser Kosten bei der Berechnung der anerkannten Kosten für das übernächste Jahr), sind die Kantons- und Gemeindebeiträge

zur Finanzierung der Kosten infolge ausserordentlichem Pflege- und/oder Betreuungsaufwand beim Verfahren zur Festlegung der anerkannten Kosten auf Stufe Kostenrechnung auszuscheiden.

3.6 Förderung von Kurzaufenthalten in Alters- und Pflegeheimen sowie Pflegegruppen zur Entlastung pflegender oder betreuender Angehöriger durch Differenzierung der anerkannten Pensionskosten

Alters- und Pflegeheime haben bereits heute die Möglichkeit, Pflegebetten für Kurzaufenthalte bereitzustellen. Kurzaufenthalte pflegeaufwendiger Personen (z.B. während der Ferienzeit) in Alters- und Pflegeheimen dienen insbesondere der Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger. Im Hinblick auf den gesundheitspolitischen Grundsatz "ambulant vor stationär" und eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sind solche Entlastungsangebote sehr wichtig. Sie können dazu beitragen, einen Pflegeheimenritt hinauszuzögern oder sogar zu vermeiden. Bereits heute bieten viele Alters- und Pflegeheime Pflegebetten für Kurzaufenthalte zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger an.

Um solche Angebote weiter zu fördern, soll mit der vorliegenden Teilrevision des KPG für die Regierung die Möglichkeit geschaffen werden, die anerkannten Pensionskosten entsprechend den von den Alters- und Pflegeheimen für Kurzaufenthalte zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger ausgewiesenen Pflagetagen zu differenzieren.

Um zu verhindern, dass die im Zusammenhang mit der Differenzierung der anerkannten Pensionskosten anfallenden Kosten doppelt vergütet werden, sind die als Folge eines hohen Angebotes an Kurzaufenthalten entstehenden Mehrkosten bei der Pension beim Verfahren zur Festlegung der anerkannten Kosten auf Stufe Kostenrechnung auszuscheiden.

Es ist vorgesehen, die anerkannten Pensionskosten um bis zu 4 Franken zu differenzieren. Gestützt auf die für das Jahr 2016 geltenden anerkannten Pensionskosten würde dies für Alters- und Pflegeheimen mit einer überdurchschnittlich hohen beziehungsweise überdurchschnittlich tiefen Anzahl Pflagetage für Kurzaufenthalte anerkannte Pensionskosten von 102 Franken beziehungsweise 98 Franken bedeuten.

Aufgrund des geringen Unterschieds von 4 Franken lässt sich die Verrechnung von höheren anerkannten Pensionskosten gegenüber allen Bewohnerinnen und Bewohnern eines Alters- und Pflegeheims im Sinne eines Solidaritätsbeitrags rechtfertigen.

4. Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision des KPG

Art. 17 Abs. 2

Gemäss dem Bundesgericht sind Entscheide von Kantonsregierungen, mit denen der kantonale Anteil an der Finanzierung der stationären Leistungen sowie den Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Kostenteile gemäss Art. 49a Abs. 2 und Art. 25a Abs. 2 KVG) festgelegt wird, beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar. Abs. 2 ist entsprechend zu streichen.

Art. 18f Abs. 3, Art. 21g Abs. 2, Art. 31f Abs. 2

Die Beträge, um die die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen gekürzt werden, weil die Leistungserbringer weniger Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung stellen als dies von der Regierung in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vorgegeben wird, sollen künftig anteilmässig denjenigen Leistungserbringern ausgerichtet werden, die mehr Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung stellen, als ihnen dies in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vorgegeben wird.

Art. 20 Abs. 3

Die Bestimmung ermöglicht es der Regierung, nach Anhören der Gemeinden im Bereich der stationären Pflege und Betreuung auf Verordnungsstufe Planungsregionen zu bezeichnen und die Gemeinden einer Planungsregion zuzuteilen.

Art. 21 Abs. 5

Durch die vorliegende Bestimmung soll in Zukunft sichergestellt werden, dass sich alle Gemeinden an den Investitionskosten gemäss Art. 21 Abs. 1 KPG für die Erstellung von Pflegebetten in ihrer Planungsregion beteiligen.

Art. 21b Abs. 1

Die bisherige Leistungskategorie "Instandsetzungs- und Erneuerungskosten" wird aufgehoben. Die Anlagenutzungskosten werden neu in den Kategorien "Pensions-, Pflege- und Betreuungskosten" berücksichtigt.

Art. 21b Abs. 2

Anstatt wie bisher bei der Festlegung der anerkannten Kosten auf die durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen mit einer Betriebs-

bewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres abzustellen, soll zukünftig der Durchschnitt der der Beschlussfassung vorangehenden drei Jahre als Basis dienen.

Art. 21b Abs. 5

Die Bestimmung ermöglicht es der Regierung, für ausserordentlich pflege- und betreuungsaufwendige Bewohnerinnen und Bewohner zusätzlich zu der aufgrund der BESA-Einstufung verrechenbaren weiteren Kosten für die Pflege und Betreuung anzuerkennen. Die Verrechnung dieser zusätzlichen Kosten darf nur nach vorgängiger Genehmigung des im Einzelfall nachgewiesenen zusätzlichen Pflege- oder Betreuungsaufwands durch das Gesundheitsamt erfolgen. Die zusätzlichen Kosten werden zu 25 Prozent durch den Kanton und zu 75 Prozent durch die gemäss Art. 21c Abs. 4 beitragspflichtigen Gemeinden finanziert. Im Gegenzug wird das Pflegebedarfssystem von heute 16 auf 12 Stufen begrenzt.

Art. 21b Abs. 6

Mit dieser Bestimmung kann die Regierung die anerkannten Pensionskosten entsprechend dem Verhältnis der von den Alters- und Pflegeheimen für Kurzaufenthalte zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger und dem Total der ausgewiesenen Pflegetage differenzieren.

Art. 21f Abs. 2

Abs. 2 ist mit der gleichen Begründung wie Art. 17 Abs. 2 zu streichen.

Art. 31 Abs. 5

Die Bestimmung ermöglicht es der Regierung, nach Anhören der Gemeinden im Spitexbereich auf Verordnungsstufe Planungsregionen zu bezeichnen und die Gemeinden einer Planungsregion zuzuteilen.

Art. 31c Abs. 3

Anstatt wie bisher bei der Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge auf die Kosten- und Leistungsdaten der Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres der wirtschaftlichen Dienste mit einer Betriebsbewilligung abzustellen, soll zukünftig der Durchschnitt der der Beschlussfassung vorangehenden drei Jahre als Basis dienen.

Art. 31d Abs. 1

Gemäss Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie nach kantonalem Recht zugelassen sind und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in der KVV festgelegt sind.

Anstelle von Zulassungsvoraussetzungen sind aktuell in Art. 17 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz Anerkennungsbedingungen statuiert. Diese Bezeichnung bedarf der terminologischen Anpassung. Von ihrer Tragweite sind die Zulassungsvoraussetzungen auf Gesetzesstufe zu regeln. Die Zulassungsvoraussetzungen sollen eine quantitativ hochstehende und dem Bedarf entsprechende durchgehende Versorgung der Klientinnen und Klienten während des Auftragsverhältnisses sicherstellen. Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sind zu diesem Zweck zu verpflichten, ihre Erreichbarkeit während den ordentlichen Einsatzzeiten zu gewährleisten und für Ersatz bei Abwesenheiten zu sorgen. Von den bisherigen Anerkennungsbedingungen in Art. 17 Abs. 1 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz werden entsprechend die Litera b bis e und g übernommen. Litera a ist bereits durch das Bundesrecht geregelt.

Die Überführung der Anerkennungsbedingungen in Zulassungsvoraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfordert zusätzlich terminologische Anpassungen in der Marginalie und in Abs. 1.

5. Auswirkungen der Teilrevision des KPG

5.1 Personeller Aufwand

Die Verrechnung zusätzlicher Kosten im Falle ausserordentlicher pflege- und/oder betreuungsaufwendiger Personen bedarf gemäss dem Revisionsentwurf einer einzelfallbezogenen Genehmigung durch das Gesundheitsamt.

Die Fallzahlen der ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Personen schwankten in den Jahren 2006 bis 2010 zwischen 10 und 19 Fällen pro Jahr. Nachdem diese Fälle mit Einführung der neuen Pflegefinanzierung in das Pflegebedarfssystem BESA 2010 integriert wurden, liegen für die nachfolgenden Jahre keine entsprechenden Zahlen vor.

	2006	2007	2008	2009	2010
Fälle	10	17	19	14	19

Table 6: Fallzahlen der ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Personen für die Jahre 2006 bis 2010

Angesichts der tiefen Fallzahlen kann der Zusatzaufwand infolge der einzelfallbezogenen Genehmigung zusätzlicher Kosten für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen mit den bestehenden Kapazitäten beim Gesundheitsamt bewältigt werden.

5.2 Finanzielle Auswirkungen für den Kanton

- *Dreijähriger Durchschnitt der Kostendaten als Basis zur Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner*

Indem bei der Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner (Alters- und Pflegeheime) beziehungsweise der Klienten (Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung) anstatt auf die durchschnittlichen Kosten des Vorjahres auf den Durchschnitt der Kosten der vorangehenden drei Jahre abgestellt wird, erfahren die jährlich anerkannten Kosten weniger starke Schwankungen. Entsprechend variieren auch die Kantonsbeiträge weniger. Zu einer systematischen Zu- oder Abnahme der Kantonsbeiträge kommt es durch die Änderung nicht. Auch bei den Ergänzungsleistungen hat die Teilrevision des KPG keine systematische Zu- oder Abnahme der Kosten zur Folge.

- *Zusätzlich anerkannte Kosten für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen*

Um zu verhindern, dass die im Zusammenhang mit ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendigen Personen anfallenden Kosten doppelt vergütet werden (einmal über die einzelfallbezogen festgelegten und durch das Gesundheitsamt genehmigten Kosten und dann ein zweites Mal über die Berücksichtigung dieser Kosten bei der Berechnung der anerkannten Kosten des übernächsten Jahres), sollen die zusätzlichen Beiträge für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen bei der Festlegung der anerkannten Kosten auf Stufe Kostenrechnung ausgeschieden werden (vgl. Ziff. 3.5).

Aufgrund dieser Vorgehensweise ist die Massnahme insgesamt mit keinen finanziellen Auswirkungen für die öffentliche Hand verbunden. Die Berücksichtigung der zusätzlichen Beiträge für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige bei der Festlegung der anerkannten Kosten führt nämlich im übernächsten Jahr zu tieferen anerkannten Pflege und Betreuungskosten. Die Massnahme ist somit über die Zeit gesehen kostenneutral.

- *Förderung von Kurzaufhalten in Alters- und Pflegeheimen sowie Pflegegruppen zur Entlastung pflegender oder betreuender Angehöriger durch Differenzierung der anerkannten Pensionskosten*

Die anerkannten Pensionskosten sollen von der Regierung entsprechend dem Verhältnis der von den Alters- und Pflegeheimen für Kurzaufhalte zur Entlastung pflegender und betreuender Angehörigen ausgewiesenen Pflagetagen zum Total der Pflagetage differenziert werden können. Es soll sowohl eine Anpassung der anerkannten Kosten für die Pension nach oben (für Alters- und Pflegeheime, die eine überdurchschnittlich hohe Anzahl Pflagetage für Kurzaufhalte ausweisen) wie auch nach unten (für Alters- und Pflegeheime, die eine nur unterdurchschnittliche Anzahl Pflagetage für Kurzaufhalte ausweisen können) möglich sein. Aus diesem Grund ist nicht mit finanziellen Auswirkungen für den Kanton zu rechnen.

5.3 Finanzielle Auswirkungen für die Gemeinden

- *Verpflichtung jeder Gemeinde einer Planungsregion zur Leistung von Investitionsbeiträgen gemäss Art. 21 Abs. 1 KPG*

Von dieser Massnahme sind finanziell nur diejenigen Gemeinden betroffen, welche derzeit keiner Trägerschaft angeschlossen sind beziehungsweise bisher keine Investitionsbeiträge geleistet haben.

- *Dreijähriger Durchschnitt der Kostendaten als Basis zur Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner*

Wie für den Kanton hat dieser Revisionspunkt auch für die Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

- *Zusätzliche anerkannte Kosten für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen*

Entsprechend den beim Kanton gemachten Ausführungen ist die Massnahme auch für die Gemeinden insgesamt kostenneutral. Diejenigen Gemeinden, welche gestützt auf Art. 21c Abs. 4 KPG für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen beitragspflichtig sind, haben jedoch mit höheren Kosten zu rechnen.

5.4 Finanzielle Auswirkungen für die Leistungsbezüger

- *Förderung von Kurzaufenthalten in Alters- und Pflegeheimen sowie Pflegegruppen zur Entlastung pflegender oder betreuender Angehöriger durch Differenzierung der anerkannten Pensionskosten*

Heimbewohnerinnen und -bewohner, welche keine EL beziehen, sind je nachdem ob ihr Alters- und Pflegeheim über- oder unterdurchschnittlich viele Pflgetage für Kurzaufenthalte zur Entlastung pflegender und betreuender Angehörige ausweisen kann, von tieferen beziehungsweise höheren Pensionskosten betroffen.

5.5 Finanzielle Auswirkungen für die Leistungserbringer

- *Zusätzlich anerkannte Kosten für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen*

Alters- und Pflegeheime, welche ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen beherbergen, profitieren von einer kostengerechten Vergütung des mit der Pflege und/oder der Betreuung dieser Personen zusammenhängenden Aufwands.

- *Anerkannte Kosten*

Die anerkannten Kosten für die stationäre Pflege und Betreuung fallen durch den Abzug der einzelfallbezogenen Kosten für ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsaufwendige Personen tiefer aus.

- *Förderung von Kurzaufenthalten in Alters- und Pflegeheimen sowie Pflegegruppen durch Differenzierung der anerkannten Pensionskosten*

Je nach Anzahl der ausgewiesenen Pflgetage für Kurzaufenthalte zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger können die Alters- und Pflegeheime höhere oder tiefere anerkannte Pensionskosten verrechnen.

6. Inkraftsetzung der Teilrevision des KPG

Die Umsetzung der vorliegenden Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen ist auf den 1. Januar 2018 vorgesehen.

Anhang

	Bevölkerung	Siedlungsfläche (km ²)	Bevölkerung pro km ² Siedlungsfläche	Strassen-Km	Bevölkerung pro Strassen-km	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2012)	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2013)	Kostendeckungsgrad mit gesetzlichen Beiträgen (2014)
Spitex Engiadina Bassa	8'033	8.73	920	145.5	55	79%	84%	95%
Spitex Imboden	15'921	6.59	2'416	55.7	286	97%	102%	99%
Spitex Valle Bregaglia	1'589	2.18	729	32.0	50	72%	79%	117%
Spitex Verein Chur	35'669	7.78	4'585	40.9	872	95%	99%	105%
Spitex Davos	11'290	6.40	1'764	57.1	198	98%	96%	91%
Spitex Cadi	7'682	7.72	995	91.6	84	106%	102%	103%
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	15'735	11.21	1'404	147.1	107	91%	88%	98%
Spitex Fünf Dörfer	17'602	7.67	2'295	52.8	334	105%	106%	104%
Spitex Selva	7'425	6.04	1'229	32.0	232	94%	102%	100%
Spitex Albula/Churwalden	10'962	13.39	819	161.4	68	101%	105%	105%
Spitex Verein Kreis Maienfeld	6'723	3.60	1'868	43.4	155	91%	86%	101%
ACAM Moesano	8'530	8.93	955	183.1	47	114%	109%	113%
Spitex Val Müstair	1'579	2.04	774	47.0	34	104%	100%	112%
Spitex Viamala	13'526	12.20	1'109	297.4	45	84%	90%	97%
Spitex Valle Poschivo	4'752	4.52	1'051	57.7	82	103%	108%	115%
Spitex Foppa	10'694	9.93	1'077	193.8	55	89%	87%	88%
Spitex Oberengadin	17'555	13.47	1'303	80.7	217	86%	94%	93%

Tabelle 7: Kostendeckungsgrade der Spitexorganisationen für die Jahre 2012 bis 2014 (ohne Spitexorganisationen Arosa und Schanfigg). Ausgewählte geographische Indikatoren der Spitexregionen für das Jahr 2014.