



## **Gesundheitsversorgung 2017 des Kantons Graubünden Provediment da la sanadad 2017 dal chantun Grischun Assistenza sanitaria 2017 nel Cantone dei Grigioni**

Akutsomatik | Rettungsdienste | Rehabilitation | Psychiatrie | Pflegeheime | Spitexdienste | Ärzte  
Somatica acuta | servetschs da salvament | rehabilitaziun | psichiatria | chasas da tgira | servetschs da spitex | medi  
Medicina somatica acuta | servizi ambulanza | riabilitazione | psichiatria | case di cura | servizi spitex | medici



Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit  
Departament da giusta, segirezza e sanadad  
Dipartimento di giustizia, sicurezza e sanità

# Impressum

## **Herausgeber**

Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit  
des Kantons Graubünden

## **Autoren**

Monika Engler  
Zentrum für wirtschaftspolitische Forschung  
Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur  
Comercialstrasse 22, 7000 Chur  
Tel. +41 81 286 37 68  
monika.engler@htwchur.ch

Gion Claudio Candinas  
Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit  
Graubünden  
Hofgraben 5, 7000 Chur  
Tel. +41 81 257 25 12  
gionclaudio.candinas@djsg.gr.ch

## **Gestaltung und Druck**

Somedia Production, Chur

## **Auskünfte/Informationen**

Gesundheitsamt Graubünden  
Planaterrastrasse 16, 7001 Chur  
Tel. +41 81 257 26 44  
info@san.gr.ch

## **Erscheinungsdatum**

Mai 2017

## Vorwort



**Lic. iur. Gion Claudio Candinas,  
Departementssekretär Gesundheit**

**Dr. Christian Rathgeb,  
Vorstehender Departement für  
Justiz, Sicherheit und Gesundheit**

**Dr. Rudolf Leuthold,  
Leiter  
Gesundheitsamt**

Der Bericht zur Gesundheitsversorgung des Kantons erscheint zum zweiten Mal. Er richtet sich an die Mitglieder der Behörden auf kantonaler und kommunaler Ebene, an die Entscheidungsträger und die Mitarbeitenden der einzelnen Leistungserbringer wie auch generell an die am Gesundheitswesen interessierten Personen.

Der Bericht gibt einen Überblick über die Leistungen der einzelnen Spitäler, Rettungsdienste, Rehabilitationskliniken, Alters- und Pflegeheime sowie Spitexdienste in unserem Kanton. Weiter werden im Bericht Vergleiche zwischen den Leistungen der einzelnen Leistungserbringer und zwischen den Versorgungsregionen vorgenommen. Ein dritter Schwerpunkt des Berichts ist das Aufzeigen allfälliger Veränderungen der von den einzelnen Betrieben erbrachten Leistungen über die Jahre.

Mit dem Bericht bezwecken wir, die Verantwortlichen der einzelnen Leistungserbringer bei der Wahrnehmung ihrer strategischen und operativen Aufgaben zu unterstützen. Im Weiteren erhalten am

Gesundheitswesen interessierte Personen mit dem Bericht vertiefte Informationen zur Entwicklung der institutionellen Leistungserbringer unseres Kantons und damit eine Grundlage für vertiefende Fragestellungen sowohl genereller Natur wie auch zu einzelnen Betrieben.

Neu wurde in den Bericht ein Kapitel über im Vorjahr ergangene Vorlagen und Beschlüsse von grösserer Tragweite auf Bundes- und Kantonebene aufgenommen. Neu enthält der Bericht zudem Aussagen zur Qualitätsförderung und -sicherung der Leistungserbringer, zu Kooperationen zwischen den Spitälern und, soweit von der Datenlage möglich, zu den im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten.

Der Gesundheitsversorgungsbericht wurde wiederum durch das Zentrum für wirtschaftspolitische Forschung der Hochschule für Technik und Wirtschaft Chur mit Begleitung des Departements verfasst. Verschiedene Rückmeldungen haben dazu beigetragen, den Aussagegehalt des Gesundheitsversorgungsberichts zu vertiefen.



## Prefaziun

Il rapport davart il provediment da la sanadad dal chantun cumpara per la segunda giada. El sa drizza a las commembras ed als commembers da las autoritads sin plaun chantunal e communal, a las personas da cader ed a las collavuraturas ed als collavuraturers dals singuls furniturs da prestaziuns sco er en general a las personas ch'èn interessadas vi dals fatgs da sanadad.

Il rapport dat ina survista da las singulas prestaziuns dals ospitals, dals servetschs da salvament, da las clinicas da rehabilitaziun, da las chasas da personas attempadas e da tgira sco er dals servetschs da spitex en noss chantun. Plinavant vegnan fatgas en il rapport cumparegliaziuns tranter las prestaziuns dals singuls furniturs da prestaziuns e tranter las regions da provediment. In terz accent dal rapport è quel da mussar eventualas midadas da las prestaziuns furnidas sur ils onns dals singuls manaschis.

Per nus è l'intent dal rapport quel da sustegnair las personas responsablas dals singuls furniturs da prestaziuns ad ademplir lur incumbensas strategicas ed operativas. Plinavant survegnan personas interessadas vi dals fatgs da sanadad cun il rapport infurmaziuns pli detagliadas davart il svilup dals furniturs da prestaziuns instituziunals da noss chantun e tras quai ina basa per dumondas pli precisas tant da natira generala sco er davart singuls manaschis.

Da nov è vegnì integrà en il rapport in chapitel sur da projects e conclus relaschads che han ina impurtanza pli gronda sin plaun federal e chantunal. Da nov cuntegna il rapport ultra da quai infurmaziuns davart la promoziun e davart la garanzia da la qualidad dals furniturs da prestaziuns, davart las cooperaziuns tranter ils ospitals ed – uschenavant che la situaziun da las datas permetta quai – davart las medias ed ils medis che lavuran en il sector ambulat.

Il rapport davart il provediment da la sanadad è puspè vegnì redigì – cun l'accompagnament dal departament – dal center per la perscrutaziun da la politica d'economia da la Scola auta da tecnica ed economia Cuir. Differents resuns han gidà d'approfondar il cuntegn expressiv dal rapport davart il provediment da la sanadad.

**Lic. iur. Gion Claudio Candinas,**  
**secretari dal departament da sanadad**

**Dr. Christian Rathgeb, cusseglier guvernativ, schef dal departament da giustia, segirezza e sanadad**

**Dr. Rudolf Leuthold,**  
**manader da l'uffizi da sanadad**



## Prefazione

Il rapporto relativo all'assistenza sanitaria nel Cantone è alla sua seconda edizione. Esso si rivolge ai membri delle autorità cantonali e comunali, ai responsabili decisionali e ai collaboratori dei singoli fornitori di prestazioni come anche in generale alle persone che si interessano al settore sanitario.

Il rapporto fornisce una panoramica delle prestazioni dei singoli ospedali e servizi ambulanza, delle singole cliniche di riabilitazione e delle case per anziani e di cura nonché dei servizi Spitex del nostro Cantone. Nel rapporto vengono inoltre realizzati confronti tra le prestazioni dei singoli fornitori e tra le regioni di assistenza. Un terzo punto chiave del rapporto è rappresentato dall'illustrazione di eventuali variazioni relative all'entità delle prestazioni fornite dalle singole aziende nel corso degli anni.

Con il rapporto miriamo a sostenere i responsabili dei singoli fornitori di prestazioni nell'assunzione dei loro compiti strategici e operativi. Inoltre il rapporto permette alle persone interessate al settore sanitario di ottenere informazioni approfondite relative allo sviluppo dei fornitori di prestazioni istituzionali del nostro Cantone e fornisce di conseguenza una base per approfondimenti sia di carattere generale, sia relativi a singole aziende.

Nel rapporto è stato inserito un nuovo capitolo sui progetti e sulle decisioni di ampia portata adottati a livello federale e cantonale. Inoltre, il rapporto contiene ora anche dichiarazioni relative alla promozione e alla garanzia della qualità dei fornitori di prestazioni, alle collaborazioni tra gli ospedali e, per quanto i dati lo permettono, riguardo ai medici attivi nel settore ambulatoriale.

Il rapporto sull'assistenza sanitaria è stato redatto anche questa volta dal centro di ricerca politico-economica della Scuola universitaria per la tecnica e l'economia di Coira con l'aiuto del Dipartimento. Diversi feedback hanno contribuito ad aumentare la significatività di tale rapporto.

**Lic. iur. Gion Claudio Candinas,  
Segretario di concetto sanità**

**Dr. Christian Rathgeb, Consigliere di Stato  
Direttore del Dipartimento di giustizia,  
sicurezza e sanità**

**Dr. Rudolf Leuthold,  
Capo dell'Ufficio dell'igiene pubblica**

## Zusammenfassung

Der Kanton Graubünden und die Gemeinden gaben im Jahr 2014 276 Mio. Franken (2013: 290 Mio. Fr.) für das Gesundheitswesen aus, rund 7 Prozent der Gesamtausgaben. 86 Prozent der Ausgaben betrafen den Bereich der stationären Versorgung durch die Akutspitäler, Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken sowie die Alters- und Pflegeheime, 8 Prozent entfielen auf die ambulante Krankenpflege und 6 Prozent auf weitere Gesundheitsausgaben (darunter Prävention, Forschung und Entwicklung). Der Kanton trug 223 Mio. Franken (2013: 233 Mio. Fr.) oder 80 Prozent der Gesamtausgaben und die Gemeinden leisteten einen Beitrag von 53 Mio. Franken (2013: 57 Mio. Fr.). Das Bündner Gesundheitswesen beschäftigte 2015 insgesamt 13 000 Personen oder 10 Prozent der Beschäftigten.

### **Akutsomatik**

Die Bündner Spitallandschaft ist in zwölf Spitalregionen unterteilt. Bis auf Mesolcina-Calanca verfügt jede Region über ein öffentliches Akutspital. An den Standorten St. Moritz und Chur (ab Januar 2017 abgelöst durch Fläsch) ist darüber hinaus die Privatklinik Gut vertreten. Zentrumsspital ist das Kantonsspital in Chur. Die verschiedenen Spitäler arbeiten in zahlreichen Kooperationen miteinander zusammen. Die Bündner Akutspitäler haben im Jahr 2015 33 300 Patienten stationär behandelt. Von diesen Patienten wurden rund 16 900 im Kantonsspital, 14 100 in den übrigen öffentlichen Spitälern und 2 300 in den Spitälern der Klinik Gut versorgt. Die mittlere Aufenthaltsdauer lag bei 5,4 Tagen. Im Vergleich zum Jahr 2010 haben sich die Patientenzahlen wenig verändert. Die Patientenzahlen haben sich in der Tendenz von den Regionalspitälern zum Kantonsspital verschoben, wobei zwischen 2014 und 2015 eine Gegenbewegung sichtbar war.

87 Prozent der Bündner Patienten liessen sich 2015 in den öffentlichen oder privaten Akutspitälern des Kantons behandeln, während 13 Prozent ausserkantonale Einrichtungen aufsuchten. Von den Bündner Patienten, die sich im Kanton behandeln liessen, wurden 72 Prozent in der eigenen Spitalregion versorgt. Mit gegen 90 Prozent am höchsten war der

regionale Behandlungsanteil im Churer Rheintal, was sich aus der Doppelrolle des Kantonsspitals als Regional- und Zentrumsspital ergibt.

Die öffentlichen Spitäler erzielten auf Ebene des Gesamtbetriebs (stationäre und ambulante Abteilungen) im Jahr 2015 einen Erlös von 491,5 Mio. Franken (einschliesslich Beiträge der öffentlichen Hand von 26,5 Mio. Franken für gemeinwirtschaftliche Leistungen). Damit konnten die engeren Betriebskosten (inkl. Anlagenutzungskosten) insgesamt gedeckt werden.

### **Rettungsdienste**

Wichtiges Bindeglied in der medizinischen Versorgungskette sind die Rettungsdienste. Im Kanton übernehmen zwölf Rettungsdienste und vier Ambulanzstützpunkte die Notfallversorgung vor Ort und gewährleisten den raschen Transport ins nächstgelegene Spital.

2015 wurden rund 12 000 Einsätze durchgeführt, wovon 9 200 Primäreinsätze mit Erstversorgung des Patienten am Einsatzort. 75 Prozent aller Einsätze wurden mit einer Hilfsfrist (d.h. Ausrück- und Wegzeit) von maximal 15 Minuten durchgeführt, bei 98 Prozent lag die Hilfsfrist bei höchstens 30 Minuten.

### **Rehabilitation**

Der Kanton Graubünden verfügt über fünf Rehabilitationskliniken. Die Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang verfügt über den umfassendsten Leistungsauftrag. Weitere Kliniken sind das Zürcher Reha-Zentrum Davos, die Reha Seewis, die Reha Andeer sowie das Gesundheitszentrum Unterengadin.

Die Hochgebirgsklinik Davos, das Zürcher Reha-Zentrum sowie die Kliniken in Seewis und Andeer haben im Jahr 2015 insgesamt 4 300 Patienten stationär behandelt. Die Patientenzahl lag damit 11 Prozent tiefer als im Jahr 2010, was vor allem auf den Rückgang der Fallzahlen am Standort Davos zurückzuführen ist. Von den Bündner Patienten liessen sich rund 50 Prozent im Kanton behandeln.

### **Bereich Psychiatrie**

Die psychiatrische Betreuung für Erwachsene wird von den Psychiatrischen Diensten Graubünden sichergestellt. Bei den Kindern und Jugendlichen ist



die Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden zuständig. Die stationären Versorgungsangebote befinden sich in Chur und Cazis. Sie werden ergänzt um regionale Angebote mit Tageskliniken und ambulanten Sprechstundenstellen.

Im Bereich Psychiatrie sind 2015 gegen 2300 Personen stationär behandelt worden. Im Vergleich zum Jahr 2010 entspricht dies einer Zunahme von 700 Fällen oder 45 Prozent. Rund 60 Prozent dieser Zunahme sind auf die ab 2012 tätige private Clinica Holistica in Susch zurückzuführen. In den Kliniken Waldhaus und Beverin stieg die Patientenzahl zwischen 2010 und 2015 um 22 Prozent, wobei der Zuwachs vor allem bei den ausserkantonalen Patienten stattfand.

### **Pflegeheime**

Die stationäre Betreuung älterer Menschen erfolgt in Alters- und Pflegeheimen. Der Kanton ist in 19 Pflegeheimregionen unterteilt, welche total 53 Pflegeheime umfassen. Im Jahr 2015 wurden rund 80 Prozent der Personen, die einen Pflegeheimplatz benötigten, in der Heimregion versorgt.

Die Bewohnerzahlen in den Bündner Pflegeheimen haben sich in den letzten Jahren insgesamt wenig verändert und lagen 2015 bei rund 3600 Personen. Im Durchschnitt waren die Bewohner 85 Jahre alt. In 37 Prozent der Fälle hielten sich die Bewohner nur für maximal 90 Tage im Heim auf, in 20 Prozent der Fälle dauerte ihr Heimaufenthalt zwischen 90 Tagen und einem Jahr. Die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer lag bei rund zwei Jahren.

### **Spitex**

Das kantonale Netz der Spitex besteht aus 19 Diensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag und 8 weiteren Diensten. Ein breites Leistungsangebot ermöglicht es der Bevölkerung, bei Krankheit, Unfall, Altersbeschwerden sowie sonstigen Beeinträchtigungen zu Hause unterstützt zu werden.

Die Spitexdienste in Graubünden haben im Jahr 2015 Dienstleistungen für über 5000 Kunden erbracht, was insbesondere gegenüber dem Vorjahr einer deutlichen Steigerung von 6 Prozent entspricht. Die Kunden bezogen zu rund 80 Prozent pflegerische und zu 66 Prozent hauswirtschaftliche oder sozialbetreuerische Leistungen. Der Mahl-

zeitendienst versorgte 2015 1360 Personen bzw. rund 100 Personen mehr als im Vorjahr. Die Anzahl ausgelieferte Mahlzeiten belief sich 2015 auf über 150 000.

### **Ärzte des ambulanten Sektors**

Die hausärztliche Grund- und Notfallversorgung wird durch die frei praktizierenden Ärzte sichergestellt. Im Jahr 2015 waren in Graubünden 386 Ärzte registriert, davon waren 60 Prozent Hausärzte.

## Resumaziun

Il chantun Grischun e las vischnancas han spendì 276 milliuns francs per ils fatgs da sanadad l'onn 2014 (2013: 290 milliuns francs). Quai è var 7 pertschient da las expensas totalas. 86 pertschient da las expensas han pertutgà il sector dal provediment staziunar tras ospitals acuts, tras clinics da reabilitaziun e psichiatricas sco er tras chasas da personas attempadas e da tgira, 8 pertschient la tgira ambulanta da personas malsaunas e 6 pertschient ulteriuras expensas da sanadad (tranter quellas expensas per la prevenziun, per la perscrutaziun e per il svilup). Il chantun ha surpiglià 223 milliuns francs (2013: 233 milliuns francs) u 80 pertschient da las expensas totalas. Las vischnancas han pajà ina contribuziun da 53 milliuns francs (2013: 57 milliuns francs). Ils fatgs da sanadad dal Grischun han dà lavur a totalmain 13000 personas l'onn 2015. Quai è 10 pertschient da las personas occupadas en il Grischun.

### **Somatica acuta**

La cuntrada d'ospitals dal Grischun è dividida en 12 regiuns d'ospital. Fin sin la regiun Mesauc/Calanca ha mintga regiun in ospital acut public. Als lieus San Murezzan e Cuira (a partir dal schaner 2017 Fläsch) è ultra da quai represchentada la clinica privata Gut. L'ospital dal center è l'ospital chantunal dal Grischun a Cuira. Ils differents ospitals collavuran in cun l'auter en numerusas cooperaziuns.

Ils ospitals acuts dal Grischun han tractà staziunarmain 33300 pazientas e pazients l'onn 2015. Da questas pazientas e quests pazients è vegnids tractads bundant 16900 en l'ospital chantunal, 14100 en ils ulteriurs ospitals publics e 2300 en ils ospitals da la clinica Gut. La media da la durada da la dimora è stada 5,4 dis. Cumpareglià cun l'onn 2010 n'èn ils dumbers da pazientas e pazients strusch sa midads. Tendenzialmain èn ils dumbers da pazientas e pazients sa spustads dals ospitals regiunals a l'ospital chantunal. Tranter ils onns 2014 e 2015 hai però dà in cuntramoviment.

87 pertschient da las pazientas e dals pazients grischuns èn sa laschads tractar l'onn 2015 en ils ospitals acuts publics u privats dal chantun, entant

che 13 pertschient èn ids tar instituziuns extrachantunals. Da las pazientas e dals pazients grischuns ch'èn laschads sa tractar en il chantun, èn 72 pertschient vegnids provedids en l'atgna regiun d'ospital. Cun stgars 90 pertschient è la quota dal tractament regional stada la pli auta en la Val dal Rain grischuna, quai che resulta da la rolla dubla da l'ospital chantunal sco ospital regional e da center.

Sin plaun dal manaschi cumplessiv (partiziuns staziunaras ed ambulantas) han ils ospitals publics generà l'onn 2015 in retgav da 491,5 milliuns francs (inclusiv las contribuziuns dal maun public da 26,5 milliuns francs per prestaziuns d'utilitad publica). Cun quai han ils custs da manaschi pli stretgs (incl. ils custs per l'utilisaziun dal stabiliment) pudì vegnir cuvrids tut en tut.

### **Servetschs da salvament**

In liom impurtant en la chadaina dal provediment medicinal èn ils servetschs da salvament. En il chantun surpiglian 12 servetschs da salvament e 4 basas d'ambulanza al lieu il provediment en cas d'urgenza e garanteschin in transport svelt en il proxim ospital. L'onn 2015 èn vegnidas fatgas var 12000 intervenziuns, da quellas èn 9200 stadas acziuns primaras cun in emprim provediment da la pazienta u dal pacient al lieu d'accident. 75 pertschient da tut las intervenziuns èn vegnidas realisadas entaifer in temp per arivar al lieu d'acziun (q.v.d. temp per partir e da viadi) da maximalmain 15 minutas, tar 98 pertschient ha quest temp importà maximalmain 30 minutas.

### **Reabilitaziun**

En il chantun Grischun datti 5 clinics da reabilitaziun. La clinica autalpina a Tavau Wolfgang ha l'incarica da prestaziun la pli cumplessiva. Ulteriuras clinics èn il center da reabilitaziun turitgais a Tavau, la reabilitaziun Seewis, la reabilitaziun Andeer sco er il center da sanadad d'Engiadina bassa.

La clinica autalpina a Tavau, il center da reabilitaziun turitgais sco er las clinics a Seewis ed ad Andeer han tractà staziunarmain l'onn 2015 en tut 4300 pazientas e pazients. Il dumber da pazientas e pazients è stà 11 pertschient pli bass che l'onn 2010. Quai ha da far en emprima lingia cun in regress dal dumber da cas a Tavau. Da las pazientas e dals pazients grischuns èn circa 50 pertschient laschads sa tractar en il chantun.

## **Il sector da la psichiatria**

La tgira psichiatrica d'umans creschids vegn garantida dals servetschs psichiatrici dal Grischun. Cumpetenta per ils uffants e per ils giuvenils è la psichiatria d'uffants e da giuvenils dal Grischun. Las purschidas da provediment staziunaras sa chattan a Cuira ed a Cazas. Ellas vegnan cumplettadas da purschidas regionalas cun clinicas dal di e cun posts d'uras da consultaziun ambulants.

En il sector da la psichiatria è vegnidas tractadas staziunarmain stgars 2300 personas l'onn 2015. Cumpareglià cun l'onn 2010 correspunda quai ad in augment da 700 cas u da 45 pertschient. Bundant 60 pertschient da quest augment pon vegnir attribuids a la Clinica holistica privata a Susch ch'è activa dapi l'onn 2012. En las clinicas Waldhaus e Beverin è il dumber da pazientas e pazients creschì per 22 pertschient tranter ils onns 2010 e 2015, quai en emprima lingua pervia da pazientas e pazients extrachantunals.

## **Chasas da tgira**

Per la tgira staziunara da personas pli veglias è responsablas las chasas da personas attempadas e da tgira. Il chantun è dividì en 19 regiuns da chasas da tgira che han tut en tut 53 chasas da tgira. L'onn 2015 han circa 80 pertschient da las personas che dovran ina piazza da tgira pudì vegnir provedidas en l'atgna regiun.

Ils dumbers d'abitantas e d'abitants en las chasas da tgira dal Grischun è tut en tut sa midads mo pauc ils ultims onns. L'onn 2015 vivevan circa 3600 personas en chasas da tgira. En media eran ellas circa 85 onns veglias. Tar 37 pertschient dals cas stevan ellas maximalmain mo 90 dis en la chasa da tgira, tar 20 pertschient dals cas ha la dimora en la chasa da tgira durà tranter 90 dis ed 1 onn. En media importava la dimora en ina chasa da tgira var 2 onns.

## **Spitex**

La rait chantunala da la spitex vegn furmada da 19 servetschs cun ina incarica da prestaziun communal e dad 8 ulteriurs servetschs. Ina vasta purschida pussibilitescha a la populaziun da vegnir sustegnida a chasa en cas d'ina malsogna, d'in accident, da maldispostadads da vegliadetgna u d'altres restricziuns d'x-in gener.

Ils servetschs da la spitex dal Grischun han furnì l'onn 2015 servetschs per passa 5000 clientas e clients. En spezial envers l'onn precedent correspunda quai ad in cler augment da 6 pertschient. Las clientas ed ils clients han duvrà prestaziuns da tgira en var 80 pertschient dals cas e prestaziuns da tegnairchasa u da tgira sociala en var 66 pertschient dals cas. Il servetsch da pasts ha provedì 1360 personas l'onn 2015 resp. var 100 personas dapli che l'onn precedent. Il dumber da pasts furnids ha surpassà l'onn 2015 150 000 pasts.

## **Medias e medis dal sector ambulat**

Il provediment medicinal da basa ed en cas d'urgenza vegn garantì da las medias e dals medis che pratgeschan en moda libra. L'onn 2015 è stads registrads en il Grischun 386 medias e medis. Da quels è 60 pertschient stads medias e medis da chasa.

## Sintesi

Nel 2014 il Cantone dei Grigioni e i comuni hanno speso 276 milioni di franchi (2013: 290 milioni) per la sanità, pari a circa il 7 per cento della spesa complessiva. L'86 per cento delle spese ha riguardato il settore dell'assistenza stazionaria prestata da ospedali acuti, cliniche di riabilitazione e psichiatriche nonché case per anziani e di cura, l'8 per cento è stato attribuito alle cure ambulatoriali e il 6 per cento ad altre spese sanitarie (tra cui prevenzione, ricerca e sviluppo). Il Cantone si è fatto carico di circa 223 milioni di franchi (2013: 233 milioni), ossia dell'80 per cento delle spese complessive, mentre i comuni hanno fornito un contributo di 53 milioni di franchi (2013: 57 milioni). Nel 2015 il settore sanitario grigionese ha dato complessivamente impiego a 13000 persone, pari al 10 per cento degli occupati.

### **Medicina somatica acuta**

Il paesaggio ospedaliero grigionese è suddiviso in dodici regioni ospedaliere. Fatta eccezione per la Mesolcina-Calanca, ogni regione dispone di un ospedale pubblico per la cura di malattie acute. A St. Moritz e Coira (sostituita da Fläsch a partire da gennaio 2017) è inoltre presente la clinica privata Gut. L'Ospedale cantonale di Coira è l'ospedale centrale. I diversi ospedali cooperano nell'ambito di numerose collaborazioni.

Nel 2015 gli ospedali acuti grigionesi hanno prestato cure stazionarie a 33 300 pazienti. Di questi, circa 16 900 sono stati curati presso l'Ospedale cantonale, 14 100 negli altri ospedali pubblici e 2300 nelle strutture della Klinik Gut. La degenza media si è attestata a 5,4 giorni. Le cifre relative ai pazienti non sono variate di molto rispetto al 2010. Tali cifre hanno tendenzialmente fatto registrare uno spostamento dagli ospedali regionali verso l'ospedale cantonale; tra il 2014 e il 2015 è stato però registrato un movimento inverso.

Nel 2015 l'87 per cento dei pazienti grigionesi si è fatto curare negli ospedali acuti pubblici o privati del Cantone, mentre il 13 per cento si è rivolto a strutture fuori Cantone. Il 72 per cento dei pazienti grigionesi che sono stati curati nel Cantone ha ricevuto assistenza nella propria regione ospeda-

liera. La quota più elevata di trattamenti nella propria regione ospedaliera, che si attesta intorno al 90 per cento, è stata registrata nella regione Churer Rheintal. Questo fatto si spiega con il doppio ruolo dell'Ospedale cantonale quale ospedale regionale e ospedale centrale.

A livello di attività complessiva (reparti stazionari e ambulatoriali), nel 2015 gli ospedali pubblici hanno conseguito un ricavato di 491,5 milioni di franchi (inclusi i contributi dell'ente pubblico pari a 26,5 milioni di franchi per prestazioni economicamente di interesse generale). Ciò ha permesso di coprire nell'insieme le spese d'esercizio in senso stretto (incl. costi di utilizzazione delle infrastrutture).

### **Servizi ambulanza**

I servizi ambulanza sono un importante elemento di connessione all'interno della catena di assistenza medica. Nel Cantone, dodici servizi ambulanza e quattro basi per ambulanze si occupano degli interventi d'urgenza in loco e garantiscono un trasporto rapido verso il più vicino ospedale.

Nel 2015 gli interventi sono stati circa 12 000, dei quali 9200 interventi primari con prima assistenza al paziente nel luogo dell'intervento. Nel 75 per cento dei casi i tempi di intervento (ossia il tempo necessario per partire e per coprire il tragitto fino al luogo dell'intervento) sono stati di al massimo 15 minuti, nel 98 per cento dei casi il tempo di intervento è stato di al massimo 30 minuti.

### **Riabilitazione**

Il Cantone dei Grigioni dispone di cinque cliniche di riabilitazione. La Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang dispone del mandato di prestazioni più completo. Le altre cliniche sono il Zürcher RehaZentrum Davos, la Reha Seewis, la Reha Andeer nonché il centro sanitario dell'Engadina Bassa.

Nel 2015 la Hochgebirgsklinik Davos, il Zürcher RehaZentrum nonché le cliniche di Seewis e Andeer hanno complessivamente prestato cure stazionarie a 4300 pazienti. Il numero di pazienti è così risultato dell'11 per cento inferiore rispetto al 2010, dato riconducibile soprattutto al calo del numero di casi registrato a Davos. Circa il 50 per cento dei pazienti grigionesi ha scelto di curarsi nel Cantone.

## **Settore psichiatrico**

L'assistenza psichiatrica alla popolazione adulta viene garantita dai Servizi psichiatrici dei Grigioni. Per quanto riguarda bambini e adolescenti, l'assistenza compete a Psichiatria infantile e giovanile dei Grigioni. Le offerte di assistenza stazionaria si trovano a Coira e a Cazis e si completano con le offerte regionali di cliniche diurne e di servizi di consulenza ambulatoriali.

Nel settore psichiatrico, nel 2015 sono state trattate a livello stazionario circa 2300 persone. Rispetto al 2010 ciò corrisponde a un aumento di 700 casi, ossia del 45 per cento. Circa il 60 per cento di questo aumento è da ricondurre alla Clinica Holistica di Susch, attiva dal 2012. Presso le cliniche Waldhaus e Beverin, tra il 2010 e il 2015 il numero di pazienti è aumentato del 22 per cento. Tale aumento è però dovuto soprattutto a pazienti provenienti da fuori Cantone.

## **Case di cura**

L'assistenza stazionaria a persone anziane viene fornita in case per anziani e di cura. Per quanto riguarda le case di cura, il Cantone è suddiviso in 19 regioni, comprendenti complessivamente 53 case di cura. Nel 2015 circa l'80 per cento delle persone che necessitavano di un posto in una casa di cura ha potuto trovarlo nella propria regione.

Negli ultimi anni il numero di ospiti delle case di cura grigionesi è variato complessivamente in misura limitata e nel 2015 si è attestato a circa 3600 unità. L'età media degli ospiti era di circa 85 anni. Il 37 per cento degli ospiti ha soggiornato nella struttura per al massimo 90 giorni, nel 20 per cento dei casi il soggiorno è durato tra 90 giorni e un anno. La degenza media in casa di cura è stata di circa due anni.

## **Spitex**

La rete Spitex cantonale conta 19 servizi in possesso di un mandato di prestazioni comunale e otto altri servizi. Una vasta offerta di prestazioni consente alla popolazione di essere sostenuta a domicilio in caso di malattia, infortunio, disturbi legati all'età o altri problemi.

Nel 2015 i servizi Spitex dei Grigioni hanno fornito prestazioni a favore di oltre 5000 utenti, ciò che corrisponde a un netto incremento del 6 per cen-

to, in particolare rispetto all'anno precedente. Circa l'80 per cento degli utenti ha beneficiato di prestazioni di cura e il 66 per cento di prestazioni di economia domestica o di assistenza sociale. Nel 2015 il servizio pasti ha servito 1360 persone, ovvero circa 100 persone in più rispetto all'anno precedente. Il numero di pasti consegnati ha superato nel 2015 le 150 000 unità.

## **Medici esercitanti in ambulatorio**

L'assistenza di base e d'emergenza a domicilio viene garantita dai medici liberi professionisti. Nel 2015 nei Grigioni erano registrati 386 medici, di cui il 60 per cento medici di famiglia.

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>6</b>
<b>1. ■ Einführung</b>	<b>14</b>
1.1 Organisation des Bündner Gesundheitssystems	14
1.2 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen	15
1.3 Bevölkerungsentwicklung	17
1.4 Wichtige Vorlagen und Beschlüsse im Jahr 2016 – Bund	19
1.5 Wichtige Vorlagen und Beschlüsse im Jahr 2016 – Kanton	21
<b>2. ■ Akutsomatik</b>	<b>30</b>
2.1 Spitallandschaft Akutsomatik	30
2.2 Stationäre Leistungen der Akutspitäler	31
2.2.1 Patienten	31
2.2.2 Medizinische Leistungen	34
2.2.3 Aufenthaltsdauer und Pflage tage	36
2.3 Spitalversorgung der Bevölkerung	37
2.3.1 Nachfrage insgesamt	37
2.3.2 Nachfrage nach Wohnregion	38
2.3.3 Innerkantonale Patientenmigration	39
2.3.4 Patientenimmigration und -emigration, Versorgungsgrad	40
2.4 Spitalbetrieb Akutsomatik	42
2.4.1 Personal	42
2.4.2 Finanzen	44
2.4.3 Standardfallkosten und Spitaltarife (Baserates)	46
2.4.4 Qualitätsförderung und -sicherung	47
2.5 Ambulante Leistungen der Akutspitäler	48
2.6 Ambulante Leistungen der Akutspitäler	49
<b>3. ■ Rettungsdienste</b>	<b>51</b>
3.1 Rettungslandschaft	51
3.2 Leistungen der Rettungsdienste	52
3.2.1 Einsätze	52
3.2.2 Dringlichkeit und Einsatzgründe	52
3.2.3 Einsatzleitstelle des Sanitätsnotrufs 144	54
3.3 Versorgung der Bevölkerung	55
3.4 Betrieb der Rettungsdienste	56
3.4.1 Personal	56
3.4.2 Finanzen	58

<b>4.</b>	<b>■ Rehabilitation</b>	<b>59</b>
4.1	Reha-Landschaft Graubünden	59
4.2	Stationäre Leistungen der Reha-Kliniken	59
4.2.1	Patienten	59
4.2.2	Aufenthaltsdauer und Pflegeetage	60
4.3	Reha-Versorgung der Bevölkerung	61
4.4	Klinikbetrieb Reha	62
<b>5.</b>	<b>■ Psychiatrie</b>	<b>64</b>
5.1	Spitallandschaft Psychiatrie	64
5.2	Stationäre Leistungen der Psychiatrie	65
5.2.1	Patienten	65
5.2.2	Aufenthaltsdauer	66
5.3	Psychiatrische Versorgung der Bevölkerung	67
5.4	Klinikbetrieb Psychiatrie	68
5.5	Ambulante Leistungen der Psychiatrie	69
<b>6.</b>	<b>■ Pflegeheime</b>	<b>70</b>
6.1	Heimlandschaft	70
6.2	Stationäre Leistungen der Pflegeheime	71
6.2.1	Bewohner	71
6.2.2	Leistungen nach Pflegestufe	72
6.2.3	Aufenthaltsdauer	74
6.3	Heimversorgung der Bevölkerung	75
6.4	Pflegeheimbetrieb	76
6.4.1	Personal	76
6.4.2	Finanzen	77
6.4.3	Qualitätsförderung und -sicherung	79
<b>7.</b>	<b>■ Spitexeinrichtungen</b>	<b>81</b>
7.1	Einleitung	81
7.2	Leistungen der Spitex	82
7.2.1	Kunden und Dienstleistungen	82
7.3	Spitexversorgung der Bevölkerung	84
7.4	Spitexbetrieb	85
7.4.1	Personal	85
7.4.2	Finanzen	86
7.4.3	Qualitätsförderung und -sicherung	88
<b>8.</b>	<b>■ Ärzte des ambulanten Sektors</b>	<b>90</b>

## Allgemeines

Der Gesundheitsversorgungsbericht erscheint 2017 zum zweiten Mal. Er hat die Aufgabe, der Politik und der interessierten Öffentlichkeit einen Überblick über die Leistungen des Versorgungssystems zu gewähren, das der Bevölkerung im Fall von Krankheit, Unfall und Pflegebedürftigkeit zur Verfügung steht. Der Bericht beleuchtet primär die stationäre Versorgung, welche durch die öffentlichen und privaten Akutspitäler, die Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken sowie die Alters- und Pflegeheime bereitgestellt wird. Im Bereich der ambulanten Versorgung behandelt der Bericht zunächst die ambulanten Leistungen der Spitäler und der psychiatrischen Kliniken sowie der Spitexdienste und gibt neu einen kurzen Überblick über die ärztliche Versorgung. Der Bericht zeigt eine Bestandsaufnahme der verschiedenen Bereiche und macht dabei Vergleiche zwischen Leistungserbringern und Regionen. Der Gesundheitsversorgungsbericht soll auch in Zukunft jährlich erscheinen, sodass zusehends mehrjährige Zahlenreihen entstehen, an denen Entwicklungen und Tendenzen abgelesen werden können.

Der Bericht stützt sich im Wesentlichen (und wo nicht anders vermerkt) auf die umfangreichen Kenn Datensätze, die vom kantonalen Gesundheitsamt in

Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern jährlich erstellt und bereitgestellt werden.<sup>1</sup> Die Daten in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie stützen sich sodann auf die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik, welche jedes Jahr die Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern erfasst. Dabei ist zu beachten, dass der Kanton Graubünden über aktuelle Daten nur für die Bündner Spitäler und Kliniken verfügt. Die Daten der ausserkantonale behandelten Bündner Patienten werden vom Bundesamt für Statistik erst wesentlich später zur Verfügung gestellt.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 1 gibt zunächst einen Überblick über die Organisation des Bündner Gesundheitssystems und zeigt dessen Kostenentwicklung sowie die Bevölkerungsentwicklung als grundlegende Bestimmungsgrösse des Versorgungsbedarfs auf. Anschliessend werden wichtige aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen auf Bundes- und Kantonsebene dargestellt. In den Kapiteln 3 bis 8 werden die verschiedenen Leistungserbringer in Bezug auf die erbrachten Leistungen, den Versorgungsgrad und die verwendeten Ressourcen vorgestellt.<sup>2</sup>

### ■ 1.1 Organisation des Bündner Gesundheitssystems

Die Spitallandschaft im Kanton ist in zwölf Spitalregionen unterteilt. Bis auf Mesolcina-Calanca verfügt jede Region über ein öffentliches Akutspital für die Versorgung der Bevölkerung und der sich in der Spitalregion aufhaltenden Personen. An den Standorten St. Moritz und Chur (ab Januar 2017 abgelöst durch Fläsch) ist darüber hinaus die Privatklinik Gut vertreten. Zielsetzung der kantonalen Spitalplanung

ist, dass die gesamte Kantonsbevölkerung innerhalb einer angemessenen Zeitspanne den Zugang zu den nötigen Spitalleistungen hat. Zwölf Rettungsdienste und vier Ambulanzstützpunkte übernehmen dabei die Notfallversorgung vor Ort und gewährleisten den raschen Transport ins nächstgelegene Spital. Im Bereich der Rehabilitation sind nach einer Strukturbereinigung in den letzten Jahren in Graubünden

<sup>1</sup> Die Kenn Datensätze für die verschiedenen Institute des Gesundheitswesens können abgerufen werden unter: [www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch).

<sup>2</sup> Im Bericht wird der einfacheren Lesbarkeit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

noch fünf Kliniken tätig. Es sind dies die Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang, das Zürcher Reha-Zentrum Davos, das Rehabilitationszentrum in Seewis, die Rehabilitationsklinik in Andeer sowie das Gesundheitszentrum Unterengadin in Scuol.

Die stationäre psychiatrische Betreuung für Erwachsene wird von den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR) sichergestellt. Die stationären Versorgungsangebote der PDGR befinden sich in Chur und Cazis. Sie werden ergänzt um regionale Angebote mit Tageskliniken und ambulanten Sprechstundenstellen in der Survelva, in Südbünden (Scuol, Sta. Maria, St. Moritz, Poschiavo, Promotogno) und in Davos. Die psychiatrische Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfolgt durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP).

Die Betreuung älterer Menschen erfolgt in Alters- und Pflegeheimen sowie ambulant durch Spitexdienste bei den Patienten zu Hause. Der Kanton ist in 19 Pflegeheimregionen unterteilt, welche total 53 Pflegeheime umfassen. Das kantonale Netz der Spitex besteht aus 18 Diensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag und 8 Diensten ohne kom-

munalen Leistungsauftrag. Die Spitexregionen unterscheiden sich von den Pflegeheimregionen und beide sind wiederum nicht deckungsgleich zu den Spitalregionen.

Die Gesundheitsinstitutionen des stationären Bereichs werden durch zahlreiche ambulante Leistungserbringer ergänzt. Dazu zählen in erster Linie die Hausärzte, Ärzte in Gemeinschaftspraxen und Spezialisten mit eigener Praxis, aber auch die selbstständigen Therapeuten, Pflegefachpersonen, Zahnärzte sowie Apotheken und Drogerien.

Der Spitalbereich einschliesslich der Rettungsdienste beschäftigte im Jahr 2015 5280 Personen (3880 Vollzeitäquivalente VZÄ), während die Alters- und Pflegeheime 4030 Personen (2380 VZÄ) und die Spitex rund 890 Personen (370 VZÄ) beschäftigten. Die Zahl der frei praktizierenden Ärzte belief sich im Jahr 2015 auf 386. Gemäss der Beschäftigungsstatistik des Bundesamts für Statistik umfasste das Personal im stationären und ambulanten Gesundheitswesen in Graubünden insgesamt rund 13000 Personen oder 10 Prozent der Beschäftigten im Kanton.

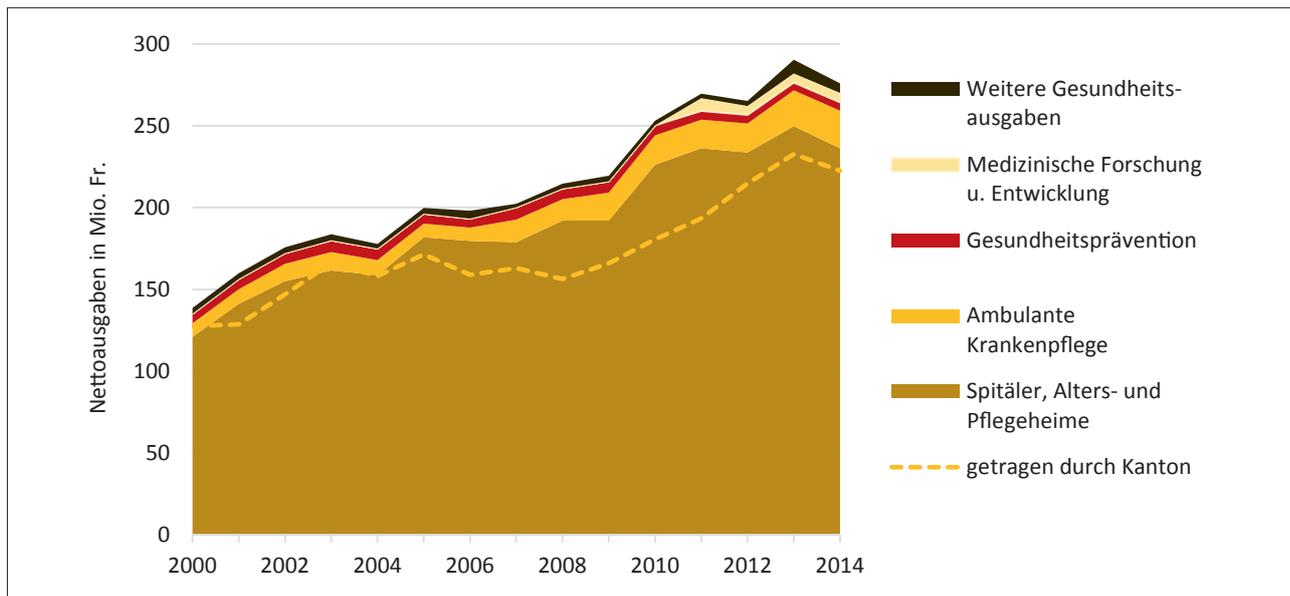
## ■ 1.2 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung ist mit hohen und steigenden Kosten sowohl für die öffentliche Hand als auch für die Leistungsbezüger und für die Versicherungen verbunden. Der Kostenanstieg hat verschiedene Ursachen. Allen voran führen die steigende Lebenserwartung und die Alterung der Bevölkerung zu höheren Gesundheitskosten, daneben wirken der medizinische Fortschritt mit einer Zunahme der Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, das Nachfrageverhalten und die Ausweitung der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen als Kostentreiber.

Gemäss der Finanzstatistik des Bundes lagen die Ausgaben des Kantons Graubünden und seiner Gemeinden im Gesundheitswesen im Jahr 2014 netto bei 276 Mio. Franken bzw. rund 7 Prozent der

Gesamtausgaben (Abbildung 1). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Nettoausgaben um 14 Mio. Franken gesunken. Gegenüber dem Jahr 2000 haben sich die Gesundheitsausgaben indes rund verdoppelt. Im Jahr 2014 betrafen 86 Prozent der Ausgaben den Spital- sowie den Alters- und Pflegeheimbereich. Die restlichen Ausgaben entfielen zu rund 8 Prozent auf die ambulante Krankenpflege und zu 6 Prozent auf die Bereiche Prävention, medizinische Forschung und Entwicklung und weitere Gesundheitsausgaben. Der Kanton trug 2014 223 Mio. Franken (2013: 233 Mio. Fr.) oder 80 Prozent der Gesamtausgaben, die Gemeinden leisteten einen Beitrag von 53 Mio. Franken (2013: 57 Mio. Fr.).

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben des Kantons Graubünden und seiner Gemeinden

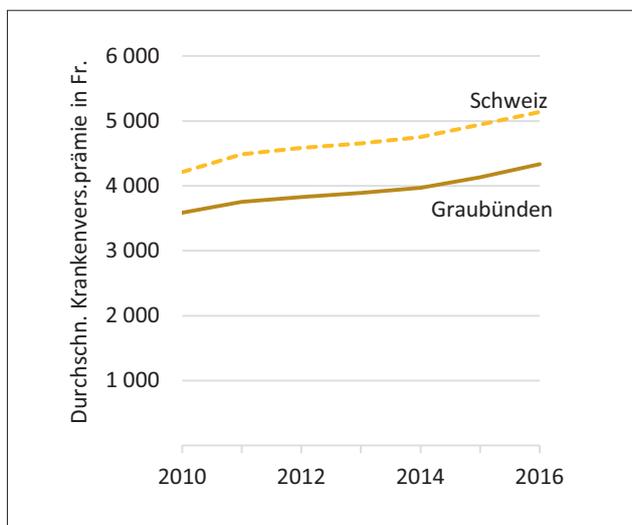


Daten: Finanzstatistik des Bundes

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen spiegelt sich im Anstieg der Krankenversicherungspremien. Im Jahr 2016 betrug die Premie für einen Erwachsenen im Kanton Graubünden durchschnittlich 4333 Franken (361 Franken pro Monat). Dies war rund 15 Prozent weniger als der schweizerische Durchschnitt, aber über 20 Prozent mehr als der

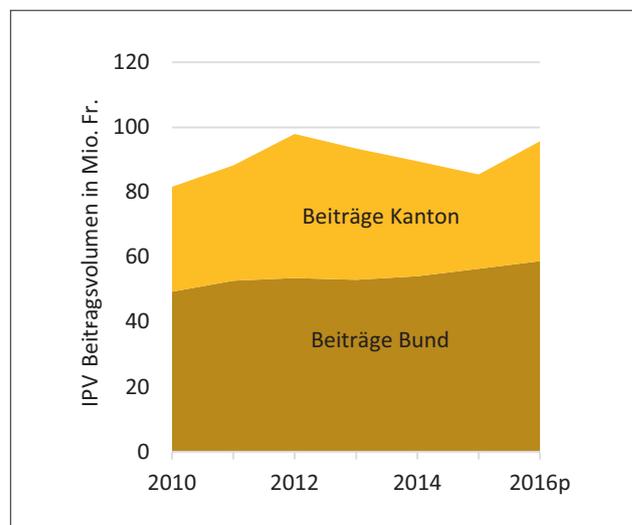
Wert im Jahr 2010 (Abbildung 2). Die öffentliche Hand ist über die individuelle Premienverbilligung (IPV) nochmals an den Gesundheitskosten beteiligt. Abbildung 3 zeigt die Entwicklung des IPV-Volumens, das im Kanton Graubünden an die Haushalte ausbezahlt wird. Im Jahr 2016 beliefen sich die IPV-Beiträge auf 94,9 Mio. Franken (nach Rücker-

Abbildung 2: Durchschnittliche Krankenversicherungspremien für Erwachsene



Daten: Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG)

Abbildung 3: Individuelle Premienverbilligungen, Auszahlungen GR, 2010 – 2016



Daten: Kantonale Staatsrechnung

stattungen). Damit wird nach einer zwischenzeitlich rückläufigen Entwicklung, die auf Anpassungen der Anspruchsvoraussetzungen zurückzuführen ist (vgl. Botschaft Heft Nr. 3/2013 – 2014, S. 55ff.), der Auf-

wärtstrend fortgesetzt. Die Finanzierung der IPV lag im Jahr 2016 zu rund 60 Prozent beim Bund, die verbleibenden 40 Prozent bzw. 36,1 Mio. Franken trug der Kanton.

## ■ 1.3 Bevölkerungsentwicklung

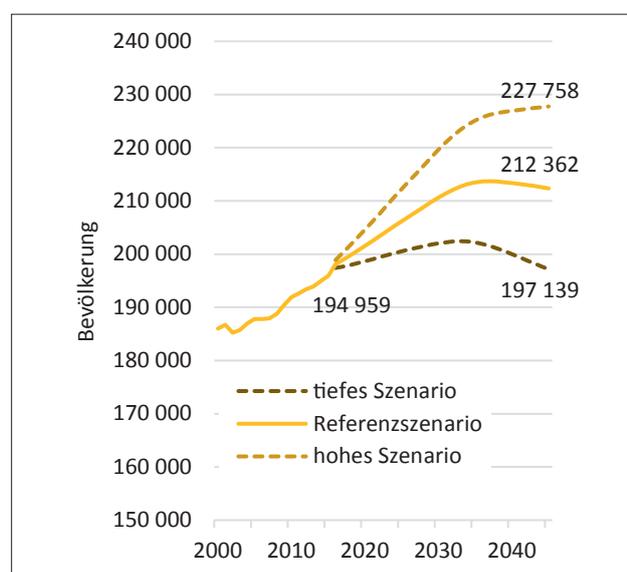
Die dezentrale Besiedlung und die regional unterschiedliche Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsalterung stellen an die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung in Graubünden besondere Herausforderungen.

Seit 2000 ist die Bündner Bevölkerung um durchschnittlich 0,34 Prozent pro Jahr auf rund 195 000 gewachsen. Die Zunahme lag damit deutlich unter dem Wachstum der gesamtschweizerischen Bevölkerung, die in den letzten 15 Jahren durchschnittlich um 0,93 Prozent pro Jahr zunahm. Gemäss den jüngsten Prognosen des Bundesamts für Statistik wird sich das Bevölkerungswachstum in Graubünden bis 2037 im heutigen Rahmen bewegen und sich dann auf einem Niveau zwischen 210 000 und 215 000 einpendeln (Abbildung 4, Referenzszenario). Unverändert zulegen wird derweil die über 65-jährige Bevölkerung: Bis 2045 wird mit einem Anstieg um rund 70 Prozent auf gegen 70 000 Personen gerechnet.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung auf regionaler Ebene, zeigen sich grosse Unterschiede. Die Abbildung 5 zeigt den Bevölkerungsstand in den einzelnen Spitalregionen für das Jahr 2015 und die Veränderung im Zeitraum 2010 bis 2015. Während sechs Regionen ein Bevölkerungswachstum verzeichneten, schrumpfte die Bevölkerung in den anderen Regionen. Mit 7 Prozent wuchs die Einwohnerzahl in Mesolcina-Calanca am stärksten. Hingegen zeigen das Oberhalbstein, das Bergell und die Val Müstair Bevölkerungsrückgänge von 3 Prozent und mehr.

Aus Sicht der Gesundheitsversorgung ist die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung von besonderem Interesse. Ältere Personen benötigen häufiger medizinische Leistungen und werden häu-

Abbildung 4: Bevölkerung Graubünden



Daten: Bundesamt für Statistik

figer hospitalisiert als jüngere Personen. Abbildung 6 zeigt die regional unterschiedliche Entwicklung der Altersstruktur. Die über 65-jährige Bevölkerung ist im Zeitraum 2010 bis 2015 in allen Regionen des Kantons gewachsen. Während jedoch das Oberengadin mit einer Zunahme von über 20 Prozent ein besonders hohes Wachstum verzeichnete, lag der Anstieg mit 6 Prozent im Bergell deutlich tiefer. Steht der steigenden älteren Bevölkerung eine gering wachsende oder gar rückläufige junge Bevölkerung entgegen, beschleunigt sich der Alterungsprozess in der Bevölkerung. Mit dieser Situation sind im Kanton verschiedene Regionen konfrontiert, besonders ausgeprägt das Oberhalbstein, die Val Müstair und das Bergell. In diesen Regionen geht die 0 bis 64-jährige Bevölkerung deutlich zurück, in

den Jahren 2010 bis 2015 um 7 Prozent und mehr. Die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung stellt gerade in diesen Regionen eine besonders anspruchsvolle Aufgabe dar, ist doch damit zu rechnen,

dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und die Gesundheitskosten weiterhin zunehmen werden, obwohl die Bevölkerungszahl rückläufig ist.

Abbildung 5: Regionale Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung, 2010 – 2015

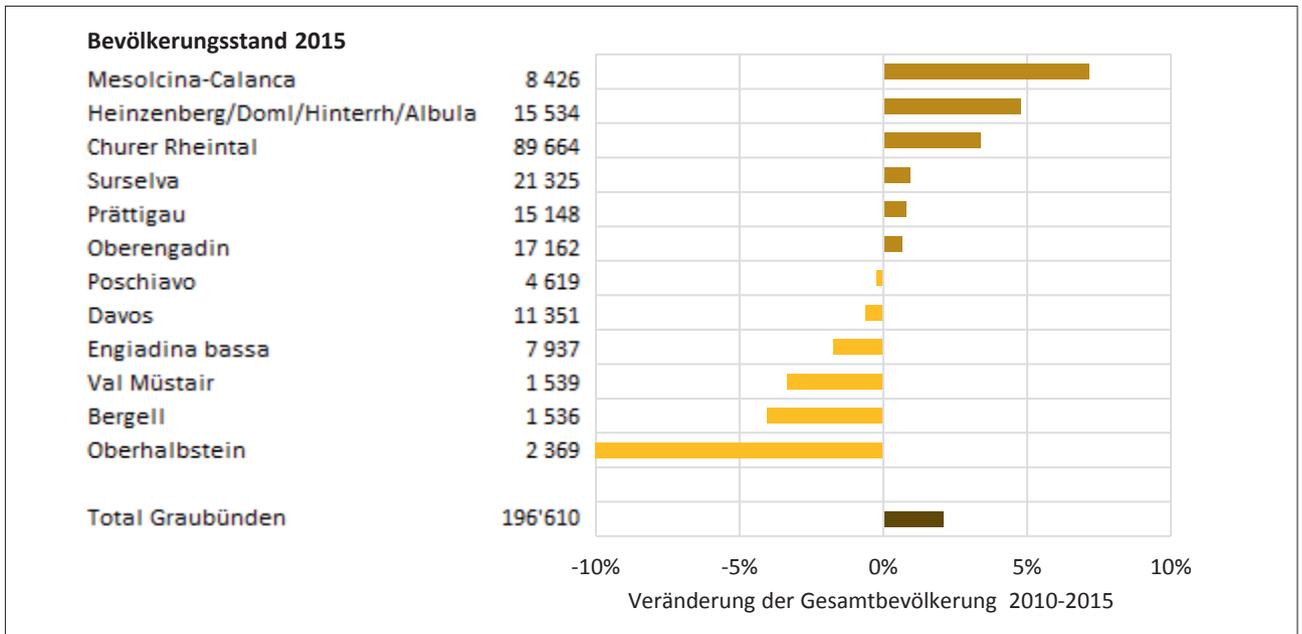
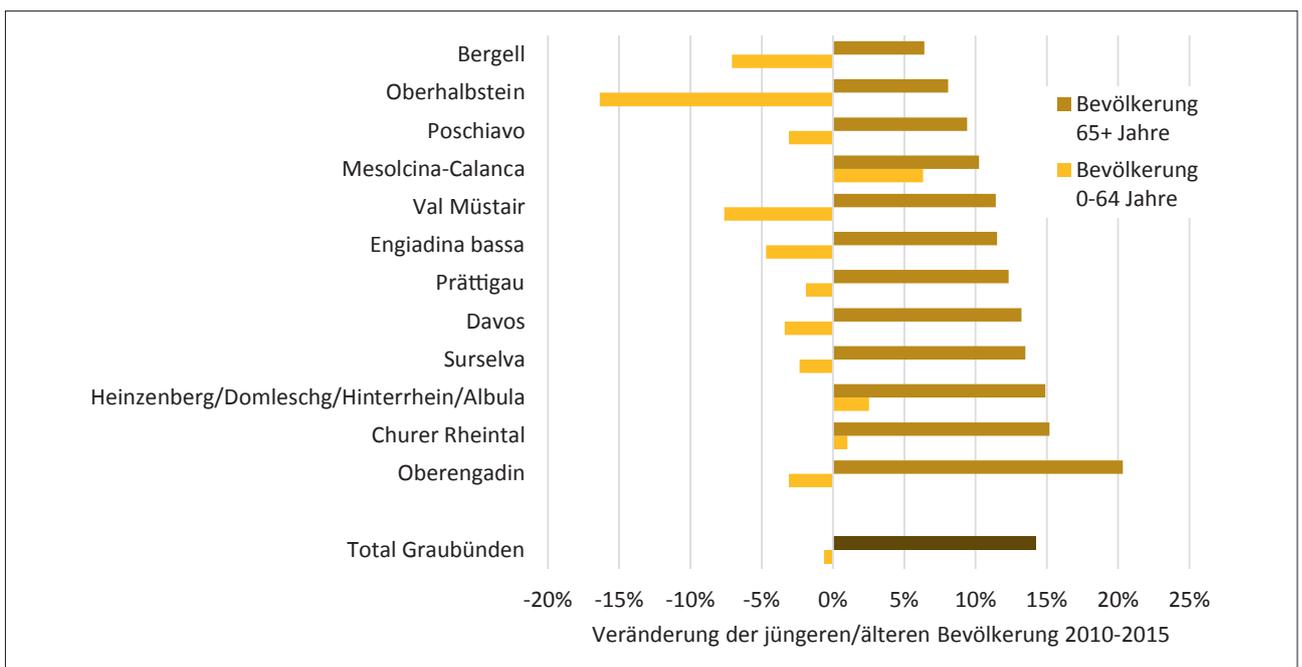


Abbildung 6: Regionale Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen, 2010 – 2015



## ■ 1.4 Wichtige Vorlagen und Beschlüsse im Jahr 2016 – Bund

### 1.4.1 Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz)

Der erste Teil der von der Bundesversammlung am 20. März 2015 beschlossenen Teilrevision des Medizinalberufegesetzes ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten.

Gemäss der Konzeption des teilrevidierten Medizinalberufegesetzes wird die medizinische Grundversorgung nicht allein von Humanmedizinerinnen und -mediziner erbracht, sondern in interdisziplinären Teams mit anderen universitären Medizinalpersonen (z. B. Apothekerinnen und Apothekern oder Chiropraktorinnen und Chiropraktoren) und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z. B. Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen, Ernährungsberaterinnen und -berater, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Podologinnen und Podologen).

Absolventinnen und Absolventen des Studiums der Pharmazie haben zu diesem Zweck gemäss dem teilrevidierten Medizinalberufegesetz Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen, zu erwerben und über angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten zu verfügen. Für die Erteilung der Bewilligung zur Berufsausübung müssen Apothekerinnen und Apotheker zudem über einen Weiterbildungstitel verfügen.

### 1.4.2 Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe

Am 30. September 2016 hat die Bundesversammlung das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz) verabschiedet. Die Referendumsfrist ist 19. Januar 2017 unbenutzt abgelaufen. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Gesetzes ist noch offen.

Das neue Gesetz formuliert gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Ausbildungen

für die Pflege, die Physiotherapie, die Ergotherapie, Hebammen, Optometristen, die Ernährungsberatung und die Osteopathie. Wer einen dieser Berufe in «eigener fachlicher Verantwortung» ausüben will, braucht dafür eine Bewilligung des jeweiligen Kantons. Aus Gründen der Patientensicherheit gilt dies für den privatwirtschaftlichen wie auch für den öffentlich-rechtlichen Bereich.

Der Begriff «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» umfasst gemäss dem Gesundheitsberufegesetz sowohl die unselbstständige (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eines öffentlichen oder privaten Unternehmens) als auch die selbstständige Ausübung, und zwar sowohl im Nebenerwerb als auch im Haupterwerb, solange diese in eigener fachlicher Verantwortung beziehungsweise nicht unter der Aufsicht einer Angehörigen oder eines Angehörigen desselben Berufs geschieht. Bei den in eigener fachlicher Verantwortung tätigen Personen handelt es sich um selbstständig, beispielsweise in einer eigenen Praxis tätige Gesundheitsfachpersonen, aber auch um angestellte Führungskräfte, welche die fachliche Verantwortung für die korrekte Berufsausübung der ihnen unterstellten Mitarbeitenden tragen, und um angestellte Fachkräfte, die ihre Tätigkeit alleine ausüben und keiner fachlichen Aufsicht unterstehen. Entsprechend sind zum Beispiel eine Person, die den Pflegedienst eines Spitals, einer Klinik oder einer Abteilung leitet, und eine in einer ärztlichen Gruppenpraxis als Physiotherapeutin tätige Person der Bewilligungspflicht unterstellt, da sie nicht unter fachlicher Aufsicht stehen.

Die im Medizinalberufegesetz und im Psychologieberufegesetz enthaltenen Bestimmungen zur Berufsausübung wurden an die Bestimmungen im Gesundheitsberufegesetz angepasst. Diese Anpassung der Terminologie hat zur Folge, dass auch Personen, die ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung in einer öffentlich-rechtlichen Institution ausüben, künftig der Bewilligungspflicht sowie insbesondere auch den Berufspflichten des Medizinalberufege-

setzes beziehungsweise des Psychologieberufegesetzes unterstellt sind. So sind künftig als fachlich eigenverantwortliche Personen unter anderem auch Chefärztinnen oder Chefärzte in einem öffentlichen Spital den Berufsausübungsbestimmungen des Medizinalberufegesetzes unterstellt.

#### **1.4.3 Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz)**

Um eine frühzeitige Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten des Menschen zu ermöglichen, wird in dem seit dem 1. Januar 2016 in Kraft stehenden Bundesgesetz vom 30. Dezember 2010 die Führungsrolle des Bundes auch auf die normale Lage ausgeweitet. Entsprechend werden die strategischen Ziele künftig auf Ebene Bund erarbeitet und den Kantonen zum Vollzug vorgegeben. Im Vollzug wurde an der bestehenden Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen festgehalten. Die Kantone sind weiterhin die hauptsächlichen Vollzugsorgane.

#### **1.4.4 Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz)**

Die von der Bundesversammlung am 18. März 2016 beschlossene Änderung des Heilmittelgesetzes bezweckt unter anderem die Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zu Arzneimitteln. Die Inkraftsetzung der Teilrevision ist noch offen. Sie hängt auch von der Erarbeitung der Anpassungen der einschlägigen Verordnungen ab.

Neu dürfen Apothekerinnen und Apotheker bei bestimmten Indikationen gewisse verschreibungs-

pflichtige Arzneimittel ohne Vorliegen einer ärztlichen Verschreibung abgeben. Damit Patientinnen und Patienten frei wählen können, bei wem sie die Arzneimittel beziehen, verpflichtet das revidierte Gesetz im Grundsatz die zur Verschreibung und Abgabe berechtigten Personen, vor jeder Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels zuhanden der Patientin oder des Patienten eine Verschreibung auszustellen. Die Verschreibung wird Eigentum der Person, für die sie ausgestellt wurde. Die Person soll frei in ihrer Entscheidung bleiben, die verschriebene Leistung zu beziehen oder eine Zweitmeinung einzuholen und zu bestimmen, bei welchem zugelassenen Leistungserbringer sie die Verschreibung einlösen will. Bei elektronischen Verschreibungen darf die Wahl des Leistungserbringers nicht durch technische Hindernisse eingeschränkt sein. Die verschreibende Person darf, wenn sie daraus einen finanziellen Vorteil zieht, die Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Person, die ihnen die Arzneimittel abgeben wird, nicht beeinflussen.

#### **1.4.5 Bundesgesetz über Tabakprodukte**

Das neue Bundesgesetz über Tabakprodukte, das zum Ziel hat, die Bevölkerung und insbesondere die Jugendlichen vor den negativen Folgen des Tabakkonsums zu schützen, wurde vom Ständerat am 14. Juni 2016 und vom Nationalrat am 8. Dezember 2016 an den Bundesrat zurückgewiesen. Beide Räte wollen kein Werbeverbot für Tabakprodukte auf Plakaten, im Kino und in den Print- und Online-Medien einführen, ebenso kein Verbot der Tabakproduktwerbung durch die Abgabe von Geschenken an Konsumentinnen und Konsumenten und das Sponsoring von internationalen Anlässen.

## ■ 1.5 Wichtige Vorlagen und Beschlüsse im Jahr 2016 – Kanton

### 1.5.1 **Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Kranken- pflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Förderung des be- treuten Wohnens)**

Am 8. Dezember 2015 stimmte der Grosse Rat einer Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (KPG) zu.

Die Teilrevision des Krankenpflegegesetzes bezweckt, das betreute Wohnen als Alternative zum Eintritt in ein Pflegeheim, soweit ein solcher aufgrund der Pflegeintensität nicht erforderlich ist, auch Personen in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen zu ermöglichen. Zu diesem Zweck beinhaltet die Teilrevision die Grundlage für die Gewährung von Ergänzungsleistungen an Personen in bescheidenen Verhältnissen zur Vergütung der von den Einrichtungen des betreuten Wohnens erhobenen Tagestaxen für die Grundbetreuung sowie für die Mehrkosten der altersgerechten Wohnung. Voraussetzung für die Vergütung dieser beiden Tagestaxen durch Ergänzungsleistungen bis zu der von der Regierung festgelegten Höhe bilden die Anerkennung der Einrichtung durch den Kanton sowie der Bedarf an pflegerischen, betreuenden oder hauswirtschaftlichen Leistungen durch einen Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung oder durch eine anerkannte Pflegefachperson. Für die Erlangung der kantonalen Anerkennung hat die Einrichtung bauliche Vorgaben zu erfüllen sowie eine Grundbetreuung im von der Regierung festgesetzten Umfang zu gewährleisten.

Mit Beschluss vom 13. Juni 2016 setzte die Regierung die Teilrevision des Krankenpflegegesetzes auf den 1. Januar 2017 in Kraft.

### 1.5.2 **Bericht zur Spital- und Pflegefinan- zierung im Kanton Graubünden**

a) 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.

b) 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:

<b>Beschlüsse des Grossen Rates</b>			
	<b>Mangel</b>	<b>Massnahme</b>	<b>Resultat</b>
<b>1</b>	Ungenügende Möglichkeit der Differenzierung des Angebots aufgrund der Vorgaben zur Berechnung der Maximaltarife.	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)
<b>2</b>	Die Beiträge an die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten und die Anlagenutzungskosten sind nicht transparent.	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
<b>3</b>	Die Zuständigkeit für die Finanzierung ungedeckter Kosten ist nicht geregelt.	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)
<b>4</b>	Unzureichende Einflussmöglichkeiten der Gemeinden auf die Betriebsführung der Leistungserbringer.	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
<b>5</b>	Nicht alle Gemeinden sind Mitglied einer Trägerschaft eines Pflegeheims.	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
<b>6</b>	Durch Abstützung auf nur ein Jahr (Vorvorjahr) können die vom Kanton anerkannten Kosten stark schwanken.	Im Krankenpflegegesetz wird festgelegt, dass als Basis für die anerkannten Kosten der Durchschnitt der der Beschlussfassung vorangehenden drei Jahre verwendet wird.	Angenommen

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.

c) Vernehmlassung zur Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von kranken und pflegebedürftigen Personen (Umsetzung der Massnahmen des Berichts zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden)

Mit Schreiben vom 22. Dezember 2016 eröffnete das Departement für Justiz- und Gesundheit die Vernehmlassung zu einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes.

Mit der Teilrevision sollen folgende vom Grossen Rat in der Junisession 2016 unterstützte Massnahmen umgesetzt werden:

- Die Leistungskategorien, für welche die Regierung gestützt auf Art. 21b KPG die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflege-

gruppen festlegt, sollen von heute vier auf neu drei reduziert werden. Die Leistungskategorie Instandsetzungs- und Erneuerungskosten soll aufgehoben, die Anlagenutzungskosten sollen entsprechend anteilmässig auf die anderen drei Kostenträger verteilt werden.

- Der Regierung soll die Kompetenz erteilt werden, auf Verordnungsstufe die Planungsregionen für die stationäre und ambulante Pflege und Betreuung zu bezeichnen und die Gemeinden einer Planungsregion zuzuteilen.
- Alle Gemeinden sollen verpflichtet werden, sich an den Investitionsbeiträgen gemäss Art. 21 KPG für Angebote der stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen ihrer Region zu beteiligen.
- Als Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen und von Pflegegruppen sowie der Spitexklientinnen und -klienten soll anstelle der Kostendaten des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres neu der Durchschnitt der Kostendaten der drei der Beschlussfassung vorangehenden Jahre herangezogen werden.

Die Teilrevision des KPG sieht zudem folgende Revisionspunkte vor, welche nicht Gegenstand des Berichts zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden bildeten:

- Damit Pflegeheimen der Pflege- und Betreuungsaufwand von ausserordentlich pflege- und/oder betreuungsintensiven Personen angemessen abgegolten wird, soll die Regierung ermächtigt werden, zusätzlich zu den aufgrund der BESA-Einstufung verrechenbaren Kosten weitere Kosten für deren Pflege und Betreuung anzuerkennen. Die Verrechnung dieser zusätzlichen Kosten darf nur nach vorgängiger, einzelfallbezogener Genehmigung des nachgewiesenen zusätzlichen Pflege- oder Betreuungsaufwands durch das Gesundheitsamt erfolgen. Im Gegenzug soll das Pflegebedarfsystem von heute 16 auf zwölf Stufen begrenzt werden.
- Die Regierung soll zur Förderung von Kurzaufenthalten zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger die anerkannten Pensionskosten entsprechend der von den Alters- und Pflegeheimen

ausgewiesenen Pflagetage für Kurzaufenthalte differenzieren können.

- Die Beitragskürzungen des Kantons, welche vorgenommen werden, wenn die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe nicht zur Verfügung gestellt werden, sollen denjenigen Institutionen zukommen, welche mehr Ausbildungsplätze als gefordert zur Verfügung stellen. Damit sollen jene Einrichtungen, welche überdurchschnittliche Ausbildungsanstrengungen unternehmen, belohnt werden.
- Gemäss Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie nach kantonalem Recht zugelassen sind und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in der KVV festgelegt sind. Aktuell sind in Art. 17 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz anstelle von Zulassungsvoraussetzungen Anerkennungs- voraussetzungen statuiert. Diese sollen neu als Zulassungsvoraussetzungen auf Gesetzesstufe geregelt werden.

Die Vernehmlassung dauerte bis am 22. März 2017.

### **1.5.3 Teilrevision der Verordnung zum Krankenpflegegesetz**

Die von der Regierung am 5. Dezember 2016 per 1. Januar 2017 beschlossene Teilrevision des Krankenpflegegesetzes beinhaltet Anpassungen der Anerkennungs voraussetzungen der Pflegefachpersonen sowie neu die separate Festlegung ihrer anrechenbaren Kosten. Ebenfalls neu geregelt wurde der Umgang mit Heimen, welche mehr Pflagetage erbringen als gemäss der ihnen in der Pflegeheimliste zugewiesenen Bettenzahl möglich. Die Höhe der Dispositionspauschalen der SNZ 144 von bisher 27 Franken wurde für Primäreinsätze der Dringlichkeit P1 und P2 auf 50 Franken und für die übrigen Einsätze auf 30 Franke angehoben. Zudem erfolgte in den Anhängen 1 und 2 eine Anpassung der anerkannten Kosten der Alters- und Pflegeheime, der Tages- und Nachtstrukturen sowie der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung.

### **1.5.4 Totalrevision des Gesundheitsgesetzes**

Mit Datum vom 2. September 2016 unterzog der Grosse Rat das bestehende Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Graubünden vom 2. Dezember 1984 einer Totalrevision. Die Referendumsfrist ist am 13. Dezember 2016 unbenutzt abgelaufen. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Gesetzes ist noch offen. Er hängt insbesondere von der Erarbeitung der revidierten Verordnung zum Gesetz ab.

Zweck des Gesetzes ist der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tätigkeiten und Betrieben mit einem entsprechenden Gefährdungspotenzial.

Das Gesetz unterstellt neben den durch das Bundesrecht der Bewilligungspflicht unterstellten Berufe alle weiteren in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübten Tätigkeiten, die bei nicht fachgemässer Ausübung ein erhebliches Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellen, sowie die Führung entsprechender Betriebe der Bewilligungspflicht. Die Bewilligungsvoraussetzungen und die Berufspflichten der in die Regelungskompetenz des Kantons entfallenden Gesundheitsberufe sind dabei im Sinne der Gleichbehandlung auf die entsprechenden Bestimmungen des Bundesrechts abgestimmt.

Die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten werden im revidierten Gesetz detaillierter geregelt. Im revidierten Gesetz werden die Pflichten der Gesundheitsfachpersonen und der Betriebe des Gesundheitswesens erweitert, insbesondere bezüglich des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten.

Die Umsetzung des den Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten obliegenden Notfalldienstes wird im revidierten Gesetz den jeweiligen Standesorganisationen übertragen. Diese werden ermächtigt, den Notfalldienst zu regeln und die Höhe der Ersatzbeiträge bei Befreiung von der Notfalldienstpflicht festzulegen.

Die Vollzugsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen werden neu – soweit eine Regelung auf Gesetzesstufe erforderlich ist – ebenfalls im Gesundheitsgesetz geregelt.

Um den Regelungsinhalt (Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tätigkeiten und Betrieben mit

einem entsprechenden Gefährdungspotenzial) besser zum Ausdruck zu bringen, trägt das revidierte Gesetz den Titel «Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz)».

### 1.5.5 Teilrevision der Verordnung zum Gesundheitsgesetz

Mit Beschluss vom 17. Mai 2016 unterzog die Regierung die Verordnung zum Gesundheitsgesetz mit Wirkung ab 1. Juli 2016 einer Teilrevision. Neu dürfen Apothekerinnen und Apotheker folgende Impfungen ohne ärztliche Verschreibung vornehmen:

- Impfung gegen Grippe;
- Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME);
- Folgeimpfungen Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis A und B, wenn die erste Impfung durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt ist.

Voraussetzung für die Vornahme der Impfung ist, dass:

- die Apothekerinnen und Apotheker über eine Bewilligung zur Berufsausübung verfügen;
- die Apothekerinnen und Apotheker eine schweizerisch anerkannte spezifische Impfausbildung absolviert haben;
- die Haftpflichtversicherung der Apothekerin beziehungsweise des Apothekers das spezifische Risiko der Impftätigkeit abdeckt;
- die zu impfenden Personen mindestens 16 Jahre alt sind;
- die zu impfenden Personen kein besonderes Impfrisiko aufweisen.

### 1.5.6 Gesundheitsförderung und Prävention

a) Bündner Programm Alkohol 2017 – 2020  
Das von der Regierung am 26. Mai 2016 genehmigte Bündner Programm Alkohol für die Jahre 2017 – 2020 beinhaltet folgende Ziele und Aktivitäten:

Bündner Programm Alkohol 2017 – 2020	
Handlungsfelder	Ziele und Aktivitäten
HF 1: Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Früherkennung	<b>A1:</b> Verminderung von Alkoholproblemen am Arbeitsplatz <b>A2:</b> Alkoholprävention an Schulen <b>A3:</b> Alkoholprävention im Freizeitbereich
HF 2: Behandlung und soziale Integration	<b>A4:</b> Optimierung der Behandlungsangebote für Personen mit Alkoholproblemen
HF 3: Individuelle und gesellschaftliche/strukturelle Schadensminderung	<b>A5:</b> Alkoholbezogene Massnahmen für mehr Sicherheit im Strassenverkehr («Via sicura») (Steuerung beim Strassenverkehrsamt Graubünden und kantonalen Sozialamt Graubünden) <b>A6:</b> Keine Veranstaltung ohne Jugendschutz <b>A7:</b> Wirksame Hilfe für Kinder und Jugendliche in alkoholbelasteten Familien (Steuerung beim kantonalen Sozialamt Graubünden) <b>A8:</b> Sensibilisierung der Fachpersonen für alkoholbedingte Schäden bei Risikogruppen (ältere Menschen)
HF 4: Marktregulierung und Jugendschutz	<b>A9:</b> Verstärkung des Jugendschutzes
HF 5: Information und Sensibilisierung	<b>A10:</b> Sicherstellung der kontinuierlichen Präsenz der Anliegen des Bündner Programms Alkohol in den Medien

b) Bündner Programm Psychische Gesundheit 2017 – 2020  
 Aktivitäten des Programms für die Jahre 2017 – 2020 wie folgt:  
 Gemäss dem von der Regierung am 26. April 2016 genehmigten Konzept gestalten sich die Ziele und

<b>Bündner Programm Psychische Gesundheit 2017–2020</b>	
<b>Handlungsfelder</b>	<b>Ziele und Aktivitäten</b>
HF 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information	<p><b>A1: 10 Schritte für psychische Gesundheit</b>            Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Graubünden kennen einfache und hilfreiche Möglichkeiten, psychische Gesundheit und seelisches Wohlbefinden zu stärken.</p> <p><b>A2: Aktionstage</b>            Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Graubünden werden in der wertefreien Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen gestärkt.</p> <p><b>A3: Kampagne «Wie gehts dir?»</b>            Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Graubünden sprechen offener über psychische Belastungen und Erkrankungen.</p>
HF 2: Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	<p><b>A4: Stärkung Lehrpersonen, Schulleitungen und Schulen</b>            Das Amt für Volksschule und Sport, die Pädagogische Hochschule Graubünden und das Gesundheitsamt vernetzen sich und nutzen Synergien im Bereich Förderung der psychosozialen Gesundheit der Lehrpersonen und Schulleiter.            Lehrpersonen und Schulleiter kennen Weiterbildungs- und Unterstützungsangebote zur Stärkung ihrer psychosozialen Gesundheit.            Die Bündner Schulen setzen sich mit ihren Rahmenbedingungen (sozial und strukturell) im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit der Lehrpersonen und Schulleiter auseinander.</p> <p><b>A5: Aufbau von Angeboten für Schulen und Lehrbetriebe zur Stärkung der Ressourcen/ Lebenskompetenzen der Jugendlichen (14–18 Jahre)</b>            Die primären Bezugspersonen von Jugendlichen in Schule (3. OS, Brückenangebote und Berufsschule) und Betrieben stärken die Ressourcen/Lebenskompetenzen der Jugendlichen gemäss ihren Möglichkeiten.            Jugendliche und ihre Bezugspersonen in der Schule/in der Lehre kennen Beratungs- und Unterstützungsangebote im Bereich psychische Gesundheit.</p>
HF 3: Advocacy und Wissensgrundlage	<p><b>A6: Wissensgrundlage</b>            Zielgruppenspezifische Materialien und Grundlagen zur Förderung der psychischen Gesundheit sind verfügbar.            Kantonale Aktionsprogramme, Organisationen, Verbände, Betriebe, Schulen und Gemeinden werden bei Anliegen und Fragen zur psychischen Gesundheit unterstützt.</p>
HF 4: Strukturen und Ressourcen	<p><b>A7: Netzwerk</b>            Die Psychiatrischen Dienste Graubünden, die Kinder und Jugendpsychiatrie, Selbsthilfe GR und das Gesundheitsamt bleiben vernetzt und nutzen Synergien.            Regionale und kantonale Akteure, bei denen die psychische Gesundheit zumindest als Querschnittsthema wichtig ist, sind vernetzt und kooperieren miteinander.</p>

c) Bündner Programm Gesundheitsförderung im Alter 2017 – 2020  
 Mit dem von der Regierung am 13. Dezember 2016 genehmigten Programm werden folgende Wirkungen angestrebt:

- die physische und psychische Gesundheit und die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren sind erhöht;
- die Zahl der Stürze ist reduziert und das Bewegungsverhalten verbessert;
- die Pflegebedürftigkeit wird hinausgezögert.

Das Programm Gesundheitsförderung und Prävention im Alter soll mit dazu beitragen, das im Regierungsprogramm formulierte Ziel «Gesundheits-

bewusstes Verhalten» zu erreichen und damit den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen.

<b>Bündner Programm Gesundheitsförderung und Prävention im Alter 2017–2020</b>	
<b>Handlungsfelder</b>	<b>Ziele und Aktivitäten</b>
HF 1: Information und Sensibilisierung	<b>A1:</b> Der Kanton informiert und sensibilisiert Multiplikator/-innen und Senior/-innen über gesundheitsrelevante Themen.
	<b>A2:</b> Der Kanton setzt eine Kampagne zum aktiven Lebensstil im Alter um.
HF 2: Beratung und Support der Gemeinden	<b>A3:</b> Der Kanton sucht in allen 12 Gesundheitsversorgungsregionen neue Gemeinden für die Zusammenarbeit.
	<b>A4:</b> Der Kanton fördert nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Gemeinden und Regionen (gemeinsam mit Partnern).
	<b>A5:</b> Der Kanton stellt Gesundheitsbildungsangebote zur Verfügung, Partner übernehmen die Verbreitung.
HF 3: Vernetzung	<b>A6:</b> Der Kanton fördert den Erfahrungsaustausch.
	<b>A7:</b> Der Kanton publiziert gute Beispiele (good practice) auf seiner Homepage.
HF 4: Themenbezogene Projekte	<b>A8:</b> Der Kanton setzt mit Partnern Projekte um zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bewegungsförderung</li> <li>– Sturzprävention</li> <li>– Ernährung</li> <li>– psychische Gesundheit und soziale Teilhabe</li> </ul>

### 1.5.7 Kantonale Rahmenplanung Pflegeheime 2015

Mit Beschluss vom 26. April 2016 legte die Regierung die für die kantonale Rahmenplanung Pflegeheime 2015 geltenden Bettenzahlen wie folgt fest:

<b>Kantonale Rahmenplanung Pflegeheime 2015</b>									
	<b>Betten- bedarf 2020</b>	<b>Zusatz- bedarf 2020 (absolut)</b>	<b>Zusatz- bedarf 2020 (in %)</b>	<b>Betten- bedarf 2025</b>	<b>Zusatz- bedarf 2025 (absolut)</b>	<b>Zusatz- bedarf 2025 (in %)</b>	<b>Betten- bedarf 2030</b>	<b>Zusatz- bedarf 2030 (absolut)</b>	<b>Zusatz- bedarf 2030 (in %)</b>
Imboden	85	-14	-14	104	5	5,2	128	29	29,1
Chur Regio	373	-161	-30,2	425	-109	-20,5	478	-56	-10,4
Landquart	171	-89	-34,2	207	-53	-20,3	247	-13	-5,1
Prättigau	146	-33	-18,6	166	-13	-7	186	7	3,8
Davos	97	-27	-21,5	109	-15	-11,8	126	2	1,8
Arosa	32	-8	-19	37	-3	-6,6	42	2	4,4

## Kantonale Rahmenplanung Pflegeheime 2015 (Fortsetzung)

	Betten- bedarf 2020	Zusatz- bedarf 2020 (absolut)	Zusatz- bedarf 2020 (in %)	Betten- bedarf 2025	Zusatz- bedarf 2025 (absolut)	Zusatz- bedarf 2025 (in %)	Betten- bedarf 2030	Zusatz- bedarf 2030 (absolut)	Zusatz- bedarf 2030 (in %)
Lenzerheide	40	-24	-37,1	49	-15	-23,6	56	-8	-11,7
Albula	35	-5	-13	38	-2	-3,8	41	1	1,7
Surses	24	-18	-41,9	30	-12	-28,5	36	-6	-15,2
Regio Viamala	120	-73	-37,6	136	-57	-29,5	156	-37	-19,4
Ilanz	179	-74	-29,4	204	-49	-19,5	228	-25	-10
Cadi Sursassiala	43	-29	-40,7	48	-24	-32,9	53	-19	-26,2
Cadi Sutsassiala	49	-37	-43,4	52	-34	-39,3	52	-34	-40
Val Müstair	18	-10	-34,5	21	-7	-23,6	24	-4	-15,9
Engiadina Bassa	77	-33	-30,4	85	-25	-22,8	97	-13	-11,8
Oberengadin	133	25	23,3	166	58	54,1	204	96	89,3
Poschiavo	59	-33	-35,4	63	-29	-31,6	64	-28	-30,1
Bregaglia	19	-15	-44,1	20	-14	-40,5	22	-12	-34,2
Moesa	87	-43	-33,1	102	-28	-21,5	113	-17	-13,2
<b>Total Graubünden</b>	<b>1788</b>	<b>-700</b>	<b>-28,1</b>	<b>2065</b>	<b>-423</b>	<b>-17</b>	<b>2352</b>	<b>-136</b>	<b>-5,5</b>

Damit der in verschiedenen Pflegeheimregionen auf Grund der Rahmenplanung resultierende Minderbedarf an Pflegebetten erreicht werden kann, sind genügend alternative Wohnangebote für Personen mit kleinem oder geringem Pflegebedarf zu schaffen. Die nächste Rahmenplanung ist der Regierung im Jahr 2020 zur Beschlussfassung vorzulegen. Damit soll sichergestellt werden, dass die mittel- bis langfristige Bettenbedarfsplanung auf die demografische Entwicklung und die Nachfrage der nächsten fünf Jahre im Kanton abgestimmt ist.

### 1.5.8 Übernahme des Betriebs der Sanitätsnotrufzentrale SNZ durch den Kanton

Mit Beschluss vom 31. Mai 2016 entschied die Regierung, dass der Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale SNZ spätestens ab 1. Januar 2018 angesichts ihrer Wichtigkeit als Drehscheibe des Rettungswesens

und ihrer zentralen Rolle in der medizinischen Notfallversorgung im Kanton nicht mehr durch eine externe Stelle, sondern durch eine Verwaltungseinheit des Kantons, konkret durch das Gesundheitsamt, erfolgen soll.

### 1.5.9 Einsetzung einer Steuerungsgruppe «Gesundheitstourismus»

Am 25. Oktober 2016 setzte die Regierung zur Unterstützung des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit bei der Umsetzung des Regierungsprogramms «Gesundheitstourismus» des Regierungsprogramms 2017 – 2020 eine Steuerungsgruppe ein. Die Steuerungsgruppe setzt sich aus Vertretern des Gesundheitswesens, des Tourismus sowie der Verwaltung zusammen. Die Aufgabe der Steuerungsgruppe besteht unter anderem darin, zuhanden des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Konzepte und Strategien zur För-

derung exportorientierter Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Im Weiteren soll sie Zielgruppen für gesundheitstouristische Angebote definieren und deren Bedürfnisse ermitteln. Daraus sollen dann zielgruppenspezifische Angebote entsprechend dem Leitungspotenzial der Bündner Spitäler, Kliniken und Hotellerie skizziert werden. Durch Schaffung

attraktiver und innovativer Angebote sollen ausserkantonale und ausländische Gesundheitsgäste nach Graubünden geholt werden. Damit sollen die Angebote der Bündner Spitäler und Kliniken besser ausgelastet und die dezentrale Gesundheitsversorgung abgesichert werden.

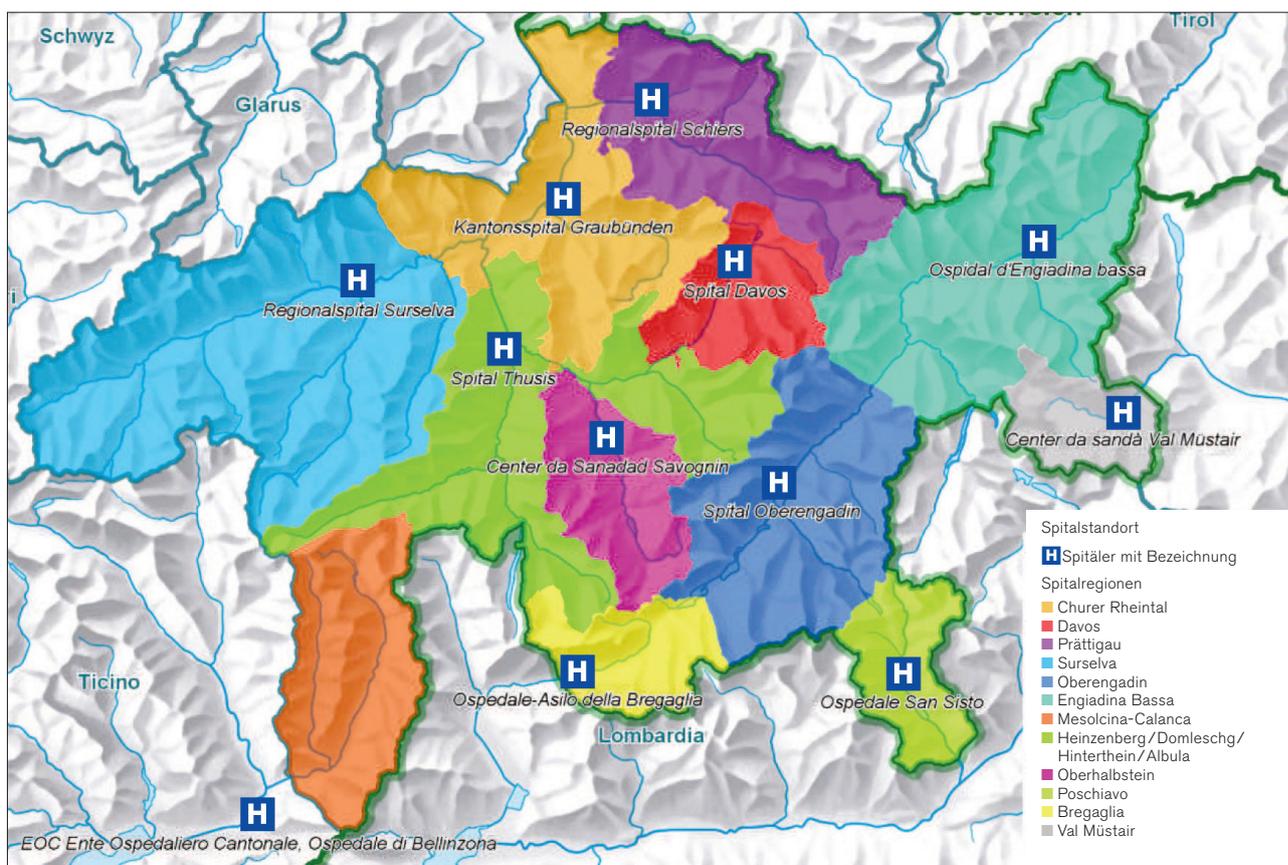
## Akutsomatik

### 2.1 Spitallandschaft Akutsomatik

Die Spitallandschaft im Kanton Graubünden ist in zwölf Spitalregionen unterteilt. In jeder Region ist jeweils ein Spital für die stationäre Behandlung der

Bevölkerung zuständig. Einzig die Region Mesolcina-Calanca verfügt über kein eigenes Spital und wird durch das Regionalspital Bellinzona versorgt.

Abbildung 7: Spitalregionen Graubünden



Die Regierung nimmt die Spitalplanung vor und erstellt die Spitalliste mit den inner- und ausserkantonalen Einrichtungen, die für die Sicherung der stationären Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Für jede auf der Spitalliste aufgeführte Einrichtung wird ein Leistungsauftrag definiert. Hierbei werden alle medizinischen Leistungen in Leistungsgruppen zusammengefasst und den jeweiligen Spitälern zugewiesen. Gemäss ihrem Leistungsauftrag erbringen die Spitälern die entsprechenden medizinischen

Leistungen und sind somit zur Abrechnung derselben über die obligatorische Krankenpflegeversicherung berechtigt. Die Spitalliste regelt den Normalfall; bei Notfällen ist jedes Spital verpflichtet, alle notwendigen Massnahmen zu ergreifen.

Die Zuteilung der medizinischen Leistungen orientiert sich am Grundsatz der abgestuften Spitalversorgung. Danach werden häufig auftretende sowie weniger schwere Krankheiten und Unfälle dezentral in den Regionen behandelt. Seltene oder schwere

Krankheiten sowie Unfälle oder Verletzungen, welche spezialisiertes Personal und technische Geräte benötigen, werden hingegen zentral im Kantonsspital Graubünden in Chur oder in spezialisierten privaten und/oder ausserkantonalen Spitälern behandelt. Die Spitalliste des Kantons Graubünden umfasst neben den erwähnten Spitälern der Spitalregionen entsprechend auch die innerkantonalen Standorte der Privatklinik Gut (St.Moritz, Chur bzw. Fläsch), das Zürcher Reha-Zentrum Davos und die Hochgebirgsklinik

Davos Wolfgang sowie die ausserkantonalen Spitälern Universitätsspital Zürich, Universitätsklinik Balgrist in Zürich, Kinderspital Zürich, Schweizerisches Epilepsie-Zentrum in Zürich, Klinik Hirslanden in Zürich und Klinik Im Park in Zürich, Kantonsspital St.Gallen, Ostschweizer Kinderspital St.Gallen und Cardiocentro Ticino in Lugano. Schliesslich werden Leistungen der hochspezialisierten Medizin in den gemäss der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) beauftragten Spitälern erbracht.<sup>3</sup>

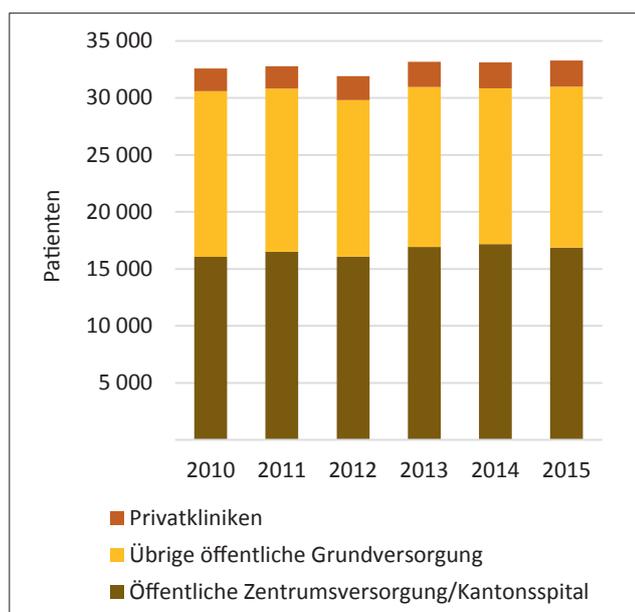
## ■ 2.2 Stationäre Leistungen der Akutspitäler

### 2.2.1 Patienten

Die Bündner Akutspitäler haben im Jahr 2015 insgesamt 33 290 Patienten stationär behandelt. Von diesen Patienten wurden 16 880 im Kantonsspital, 14 110 in den übrigen öffentlichen Spitälern und 2 300 in den Spitälern der Privatklinik Gut versorgt. In den öffentlichen Akutspitälern ist die Patientenzahl seit 2010 insgesamt nur geringfügig gestiegen

(Abbildung 8). Die Patientenzahlen haben sich tendenziell von den Regionalspitälern zum Kantonsspital verschoben, wobei zwischen 2014 und 2015 eine Gegenbewegung festzustellen war. Während am Kantonsspital die Patientenzunahme zwischen 2010 und 2015 durchschnittlich 1,0 Prozent pro Jahr betrug, nahm die Patientenzahl in den anderen öffentlichen Spitälern jährlich um 0,6 Prozent ab.

Abbildung 8: Patientenzahlen der Akutspitäler im Kanton Graubünden



<sup>3</sup> Für Details zu den Spitalisten des Kantons Graubünden vgl. [www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch). Zur interkantonalen Spitalliste der hochspezialisierten Medizin vgl. [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch).

Tabelle 1 zeigt die Patientenzahlen der einzelnen Spitäler. Mit Abstand am meisten Patienten wurden im Kantonsspital behandelt; im Jahr 2015 wurden in Chur rund sechsmal so viele Patienten behandelt wie im Spital Oberengadin in Samedan, welches die zweithöchste Fallzahl aufweist. Das kleinste Spital, das Centro Sanitario Bregaglia in Promontogno, behandelte im Jahr 2015 40 Patienten stationär. Verschiedene

Regionalspitäler mussten in den Jahren 2010–2015 rückläufige Patientenzahlen hinnehmen. Teilweise fielen die Rückgänge gegenüber 2010 deutlich aus, so beim Centro Sanitario Bregaglia mit –31,0 Prozent, beim Center da sandà Val Müstair mit –16,1 Prozent und beim Spital Davos mit –14,3 Prozent. Im Einjahresvergleich sticht das Spital Schiers heraus, bei dem die Patientenzahl um 16,7 Prozent gestiegen ist.

**Tabelle 1: Patientenzahlen je Spital, 2015<sup>4</sup>**

	Belegte Betten (Ø pro Tag)	Patientenzahlen			Zusatzversicherte (Anteil in %)	Kostenträger (Anteile in %)		
		2014	Δ 2010–2015 in %	Δ 2014–2015 in %		Krankenversicherung	Unfallversicherung	Selbstzahler
<b>Öffentliche Spitäler</b>	<b>451</b>	<b>30 991</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>19</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
Kantonsspital Graubünden	276	16 880	5,2	–1,7	20	88	10	1
Spital Oberengadin, Samedan	35	2 852	–11	–5,5	27	86	9	5
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	17	1 238	7,7	9,7	23	83	13	3
Spital Davos	26	2 272	–14,3	0,4	26	76	18	6
Regionalspital Surselva, Ilanz	33	2 564	–4,4	0,9	14	89	10	1
Spital Thusis	22	1 861	13,6	8,7	13	90	8	1
Center da Sanadad, Savognin	6	589	24,0	4,2	26	82	15	3
Spital Schiers	23	2 050	4,6	16,7	11	88	11	1
Center da sandà Val Müstair	2	156	–16,1	13,9	12	96	3	1
Ospedale San Sisto, Poschiavo	9	489	–11,4	–7,2	8	96	3	1
Centro Sanitario Bregaglia	1	40	–31,0	–14,9	3	98	3	
<b>Privatkliniken</b>								
Klinik Gut AG St. Moritz / Chur	21	2 303	16,8	2,2	40	63	28	9
<b>Total Graubünden</b>	<b>473</b>	<b>33 294</b>	<b>2,2</b>	<b>0,5</b>	<b>21</b>	<b>86</b>	<b>12</b>	<b>2</b>

Im Jahr 2015 verfügten in den öffentlichen Spitälern 19 Prozent der behandelten Patienten über eine Halbprivat-, Privat- oder sonstige Spitalzusatzversicherung, die restlichen gut 80 Prozent waren allgemeinversichert. Die Spitäler Oberengadin, Davos und das Center da Sanadad in Savognin wiesen mit Anteilen von über 25 Prozent überdurchschnittlich viele Zusatzversicherte auf; auf der anderen Seite waren beim Centro Sanitario Bregaglia nur 3 Prozent der 2015 behandelten Patien-

ten zusatzversichert. Im Vergleich zum Jahr 2010 hat sich der Anteil Zusatzversicherte bei den öffentlichen Spitälern wenig verändert. Dagegen war bei den Privatkliniken eine deutliche Verschiebung festzustellen. Betrug 2010 der Anteil Zusatzversicherte noch rund 50 Prozent, waren es im Jahr 2015 noch 40 Prozent. Die Abnahme ist Folge der 2012 in Kraft gesetzten neuen Spitalfinanzierung, mit der die freie Spitalwahl auch für Allgemeinversicherte eingeführt wurde.

<sup>4</sup> Aufgrund von Rundungsdifferenzen addieren sich Reihenwerte teilweise nicht auf das Spaltentotal. Dies gilt für alle Tabellen des Berichts.

Ermittelt man die Kostenträger in den öffentlichen Spitälern, so sind die Krankenversicherer in 87 Prozent der Fälle die Hauptkostenträger, bei 11 Prozent sind es die Unfallversicherer und bei 2 Prozent die Patienten und Patientinnen selbst (sog. Selbstzahler). Bei den Privatkliniken liegt der Anteil der Krankenversicherer als Hauptkostenträger tiefer (63%),

während der Anteil der Unfallversicherer (28 %) und Selbstzahler (9 %) höher liegt.

Rund 25 000 oder 75 Prozent der 2015 in den Bündner Spitälern behandelten Patienten wohnten im Kanton Graubünden (Tabelle 2). 5700 (17 %) der Patienten kamen aus anderen Kantonen und 2500 (7 %) aus dem Ausland.

**Tabelle 2: Patienten nach Herkunft**

	Patientenzahlen nach Herkunft 2015 absolut und in % des Totals				Δ 2010–2015 absolut und in %			
	eigene Spitalregion	übriger Kanton GR	übrige Schweiz	Ausland	eigene Spitalregion	übriger Kanton GR	übrige Schweiz	Ausland
<b>Öffentliche Spitäler</b>	<b>17 430</b> 56 %	<b>5 986</b> 19 %	<b>5 295</b> 17 %	<b>2 280</b> 7 %	<b>-468</b> -3 %	<b>-256</b> -4 %	<b>1 082</b> 26 %	<b>28</b> 1 %
Kantonsspital Graubünden	9 028 53 %	3 739 22 %	2 988 18 %	1 125 7 %	-246 -3 %	-133 -3 %	966 48 %	244 28 %
Spital Oberengadin, Samedan	1 483 52 %	442 15 %	492 17 %	435 15 %	-47 -3 %	-125 -22 %	-73 -13 %	-107 -20 %
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	740 60 %	55 4 %	335 27 %	108 9 %	1 0 %	15 38 %	82 32 %	-10 -8 %
Spital Davos	1 166 51 %	347 15 %	501 22 %	258 11 %	-113 -9 %	-197 -36 %	0 0 %	-69 -21 %
Regionalspital Surselva, Ilanz	1 802 70 %	205 8 %	407 16 %	150 6 %	-131 -7 %	76 59 %	-3 -1 %	-60 -29 %
Spital Thusis	1 217 65 %	413 22 %	176 9 %	55 3 %	94 8 %	76 23 %	51 41 %	2 4 %
Center da Sanadad, Savognin	323 55 %	43 7 %	172 29 %	51 9 %	54 20 %	22 105 %	37 27 %	1 2 %
Spital Schiers	1 075 52 %	724 35 %	191 9 %	60 3 %	18 2 %	24 3 %	33 21 %	15 33 %
Center da sandà Val Müstair	114 73 %	6 4 %	23 15 %	13 8 %	-30 -21 %	1 20 %	-4 -15 %	3 30 %
Ospedale San Sisto, Poschiavo	446 91 %	11 2 %	9 2 %	23 5 %	-59 -12 %	-12 -52 %	-4 -31 %	12 109 %
Centro Sanitario Bregaglia	36 90 %	1 3 %	1 3 %	2 5 %	-9 -20 %	-3 -75 %	-3 -75 %	-3 -60 %
<b>Privatkliniken</b>								
Klinik Gut AG St. Moritz/Chur	1 675 73 %		415 18 %	213 9 %	339 25 %		53 15 %	-61 -22 %
<b>Total Graubünden</b>	<b>25 091</b> <b>75 %</b>		<b>5 710</b> <b>17 %</b>	<b>2 493</b> <b>7 %</b>	<b>-385</b> <b>-2 %</b>		<b>1 135</b> <b>25 %</b>	<b>-33</b> <b>-1 %</b>

Von den rund 17 000 Patienten, die 2015 im Kantonsspital versorgt wurden, wohnten 53 Prozent im Churer Rheintal, während 22 Prozent aus einer anderen Region des Kantons kamen. Der relativ hohe ausserregionale Anteil ist Ausdruck der Zentrumsfunktion und des umfassenden Leistungsangebots des Kantonsspitals. Vergleichsweise hohe Anteile an Patienten aus anderen Bündner Spitalregionen wiesen auch die Spitäler Schiers (35%), Thusis (22%), Davos (15%) und Oberengadin Samedan (15%) aus. Bei den restlichen öffentlichen Akutspitälern kamen die innerkantonalen Patienten zu über 90 Prozent aus der Spitalregion.

Der Vergleich mit 2010 zeigt, dass sich die Zahl der Bündner Patienten mit einer Abnahme um 385 Personen bzw. rund 2 Prozent insgesamt wenig verändert hat. Ebenso ist die Anzahl ausländischer Patienten nahezu stabil geblieben. Deutlich zugenommen hat hingegen die Anzahl Patienten aus der übrigen Schweiz; sie lag 2015 um 1135 Patienten oder 25 Prozent über dem Wert von 2010 (rechter Teil von Tabelle 2). Auf Ebene der einzelnen Spitäler zeigen sich grosse Abweichungen. Im Kantonsspital nahm zwischen 2010 und 2015 die Zahl der ausländischen Patienten um 28 Prozent zu und war der Anstieg an ausserkantonalen Patienten um 48 Prozent fast doppelt so hoch wie der kantonale Durchschnitt. Das Center da Sanadad Savognin verzeichnete dagegen den höchsten Zuwachs an Patienten

aus der eigenen Spitalregion und anderen Regionen des Kantons.

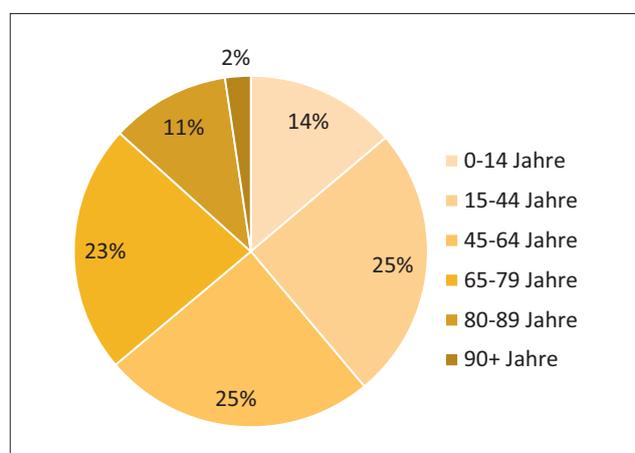
Das Durchschnittsalter der in den Akutspitälern versorgten Patienten betrug 2015 rund 50 Jahre. Die Altersgruppen 15–44, 45–64 und 65–79 Jahre machten jeweils etwa einen Viertel der Patienten aus. Rund halb so viele Patienten gab es in den Altersgruppen 0–14 und 80–89 Jahre. Die über 90-jährigen Patienten stellten eine Minderheit dar (Abbildung 9). Die Altersstruktur der Patienten in Relation zur gesamten Bevölkerung zeigt, dass die über 65-jährigen Patienten eine überdurchschnittliche Hospitalisationsrate aufweisen: In der gesamten kantonalen Bevölkerung betrug ihr Anteil knapp 20 Prozent, bei den Patienten jedoch rund 37 Prozent.

### 2.2.2 Medizinische Leistungen

Die Tabelle 3 zeigt die Patientenzahlen gruppiert nach der in Anspruch genommenen Leistungskategorie. Das Kantonsspital als Zentrumsspital deckt am meisten Leistungskategorien ab und weist in jedem Bereich die höchsten Fallzahlen auf. Die meisten Fälle betreffen die Bereiche Chirurgie und Innere Medizin. Im Wesentlichen haben sich diese Muster im Zeitverlauf erhalten. Nichtsdestotrotz zeigen sich im Einzelnen Verschiebungen, so sind zwischen 2014 und 2015 im Kantonsspital die Fälle der Inneren Medizin um rund 5 Prozent zurückgegangen, während sie in Schiers um 25 Prozent gestiegen sind.

Der CMI steht für den Case-Mix-Index und misst die durchschnittliche Fallschwere der stationären Patienten pro Spital. Der gesamtschweizerische Durchschnitt liegt bei 1,0. Im Kanton Graubünden lag der durchschnittliche Schweregrad 2015 mit einem CMI von 0,93 insgesamt unter diesem Wert. Der Blick auf die einzelnen Spitäler zeigt, dass die Regionalspitäler relativ einfache Fälle behandeln, während das Kantonsspital als Zentrumsspital mit dem umfassendsten Leistungsauftrag die schwierigeren Fälle betreut und entsprechend auch einen überdurchschnittlichen CMI von 1,09 aufweist.<sup>5</sup>

Abbildung 9: Alter der Patienten, 2015



<sup>5</sup> Aussagen zur CMI-Entwicklung über die Zeit sind aufgrund der häufigen Anpassungen der Berechnungsgrundlage nicht möglich.

**Tabelle 3: Fallzahlen nach medizinischer Leistung, 2015**

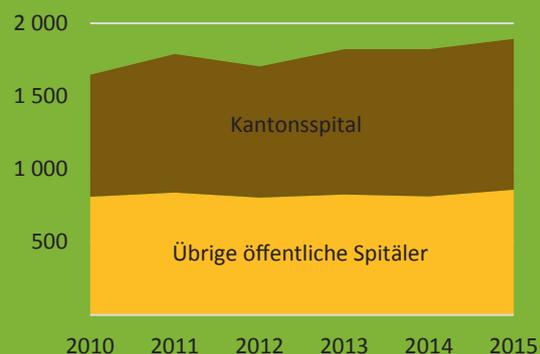
	Patienten- zahlen	Patienten je medizinische Leistungskategorie						Fallschwere (CMI)	Patienten 65+ (Anteil in %)
		Innere Medizin	Chirurgie	Gynäkologie/ Geburten	Pädiatrie	Ophthalmo- logie	Oto-Rhino- Laryngologie		
<b>Öffentliche Spitäler</b>	<b>30 991</b>	<b>10 000</b>	<b>12 848</b>	<b>4 774</b>	<b>2 702</b>	<b>6</b>	<b>661</b>	<b>0,93</b>	<b>37</b>
Kantonsspital Graubünden	16 880	4 738	6 730	2 636	2 189	6	581	1,09	34
Spital Oberengadin, Samedan	2 852	937	1 160	480	216		59	0,74	34
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	1 238	558	559	121				0,77	40
Spital Davos	2 272	691	1 159	329	72		21	0,75	35
Regionalspital Surselva, Ilanz	2 564	881	1 035	423	225			0,72	37
Spital Thusis	1 861	579	884	398				0,74	41
Center da Sanadad, Savognin	589	357	219	13				0,65	46
Spital Schiers	2 050	717	1 024	309				0,75	43
Center da sandà Val Müstair	156	156						0,66	67
Ospedale San Sisto, Poschiavo	489	346	78	65				0,71	60
Centro Sanitario Bregaglia	40	40						0,80	90
<b>Privatkliniken</b>									
Klinik Gut AG St.Moritz/Chur	2 303		2 303					keine Angabe	28
<b>Total Graubünden</b>	<b>33 294</b>	<b>10 000</b>	<b>15 151</b>	<b>4 774</b>	<b>2 702</b>	<b>6</b>	<b>661</b>		<b>36</b>

**Geburten im Kanton Graubünden**

Im Jahr 2015 wurden in den Bündner Spitälern insgesamt 1893 Kinder geboren. Die Geburtenzahl der Bündner Bevölkerung lag bei 1748. Davon wurden 1637 oder 94 Prozent in einem Bündner Spital entbunden und hiervon entfielen wiederum 50 Prozent auf das Kantonsspital.

Die Mehrheit der Mütter war 2015 bei der Geburt zwischen 30 und 40 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 32 Jahre. Beim Kantonsspital war der Anteil der 30- bis 40-jährigen wie auch der über 40-jährigen Mütter höher als in den übrigen Spitälern der Grundversorgung, während der Anteil der 20- bis 30-jährigen Mütter tiefer ausfiel.

**Geburten in Bündner Spitälern**



**Alter der Mutter bei Geburt**

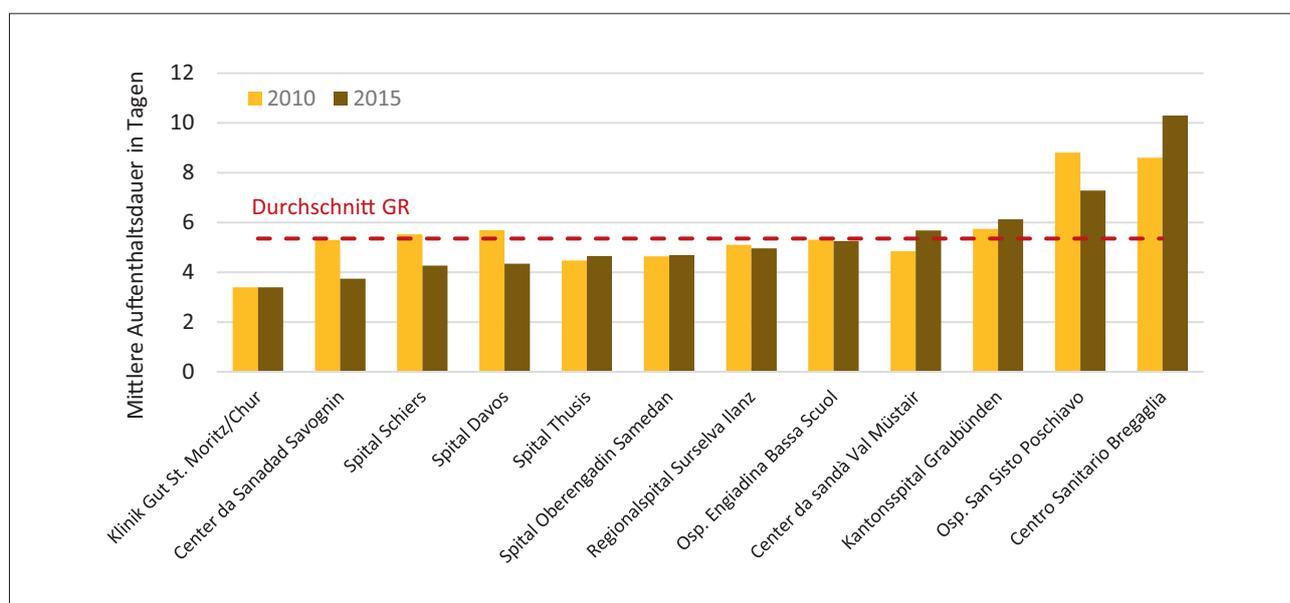
	0–20	20–30	30–40	>40
<b>Kantonsspital</b>	0,7 %	34,5 %	61,0 %	3,9 %
<b>Übrige öffentliche Spitäler</b>	0,7 %	37,0 %	58,8 %	3,5 %

### 2.2.3 Aufenthaltsdauer und Pflegetage

Im Jahr 2015 lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Bündner Akutspitälern bei 5,4 Tagen (2014: 5,5 Tage). Wie aus Abbildung 10 hervorgeht, lag die mittlere Aufenthaltsdauer im Kantonsspital rund einen halben Tag über dem kantonalen Durchschnitt. Deutlich längere Aufenthaltsdauern wiesen die Spitäler Poschivo (7,3 Tage) und Promontogno (10,3 Tage) auf, was primär auf die überdurchschnittlichen Anteile betagter Patienten mit längerem Pflegebedarf zurückzuführen ist.

Im Zeitvergleich zeigt sich insgesamt wenig Veränderung; im Jahr 2010 dauerte der durchschnittliche Spitalaufenthalt in Graubünden ebenfalls 5,4 Tage. Auf Ebene der einzelnen Spitäler hingegen zeigen sich indes – parallel zum Trend in der Schweizer Spitallandschaft – teilweise deutliche Verkürzungen. So ist im Center da Sanadad Savognin die Aufenthaltsdauer zwischen 2010 und 2015 von 5,3 auf 3,7 Tage gesunken, was einer Abnahme von 29 Prozent entspricht. Auch in den Spitälern Davos, Schiers und Poschivo ging die mittlere Aufenthaltsdauer mit einer Abnahme von 17 bis 24 Prozent deutlich zurück.

Abbildung 10: Aufenthaltsdauer je Spital<sup>6</sup>

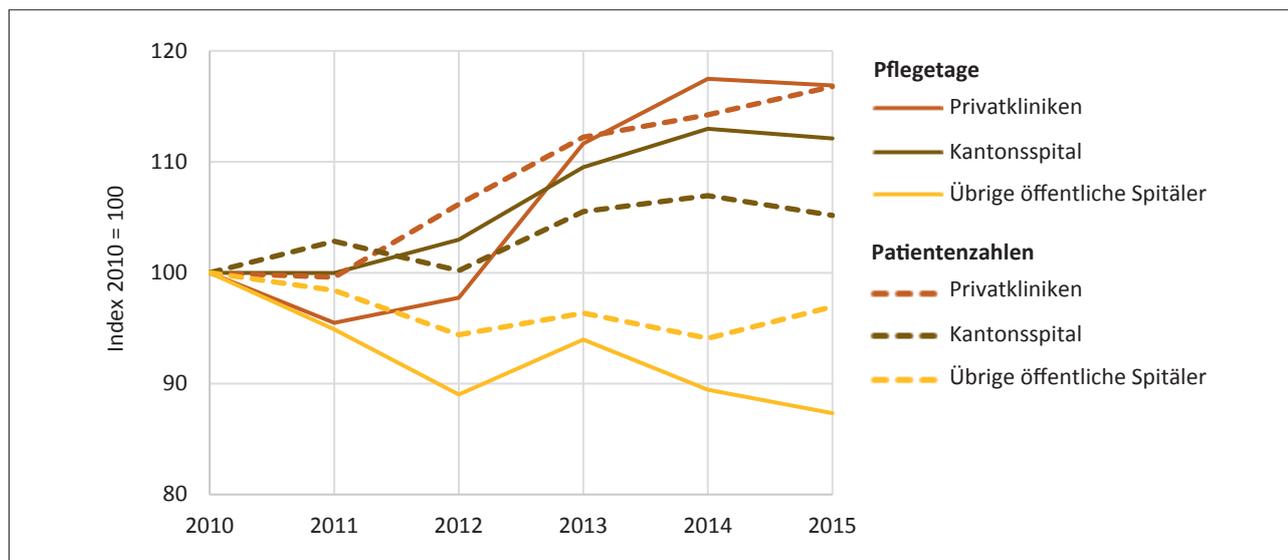


Die Abbildung 11 vergleicht die Entwicklung der Patientenzahlen mit der Entwicklung der Pflegetage seit 2010. Beim Kantonsspital stieg die Anzahl Pflegetage stärker als die Patientenzahl, was die in Abbildung 10 sichtbare leicht gestiegene Aufenthaltsdauer widerspiegelt. Umgekehrt verzeichneten die übrigen öffentlichen Spitäler einen Rückgang so-

wohl der Patientenzahlen als auch der Pflegetage, wobei die Abnahme der Pflegetage überwog und die Aufenthaltsdauer dementsprechend insgesamt abnahm. Bei den Privatkliniken sind bis Ende 2015 bei unveränderter Aufenthaltsdauer die Pflegetage gleich stark wie die Patientenzahlen gewachsen.

<sup>6</sup> Die Aufenthaltsdauer für das Jahr 2010 wurde entsprechend den Regelungen von SwissDRG berechnet. Im Vergleich zur früheren Berechnungsweise wird der Entlassungs- oder Verlegungstag nicht mehr zur Aufenthaltsdauer gezählt, wodurch sich die Aufenthaltsdauer um einen Tag verkürzt.

Abbildung 11: Entwicklung von Patientenzahlen und Pfl egetagen



## ■ 2.3 Spitalversorgung der Bevölkerung

### 2.3.1 Nachfrage insgesamt

Die Nachfrage nach stationären Leistungen wird im Wesentlichen von der Bevölkerungszahl und der Hospitalisationsrate, d.h. der Anzahl Hospitalisationen pro 1000 Einwohner, bestimmt. In Abbildung 12 ist die Entwicklung der kantonalen Bevölkerung und der in Bündner Spitälern behandelten Bündner Patienten dargestellt. Ausgehend vom insgesamt bescheidenen Bevölkerungswachstum von rund 0,4 Prozent pro Jahr zeigt sich im steileren Anstieg der Patientenzahlen bei den Privatkliniken, dass die

Hospitalisationen in diesen Spitälern deutlich zugenommen haben. Demgegenüber ging beim Kantonsspital und bei den übrigen üblichen Spitälern die Anzahl der Bündner Patienten zurück. Über alle Spitäler lag 2015 die Patientenzahl 2 Prozent unter dem Niveau von 2010, was bei der gleichzeitig gewachsenen Bevölkerung bedeutet, dass pro 1000 Einwohner in den Bündner Spitälern heute leicht weniger Kantonsangehorige behandelt werden und damit die Hospitalisationsrate leicht gesunken ist.

Abbildung 12: Vergleich von Patientenzahlen und Bevölkerung

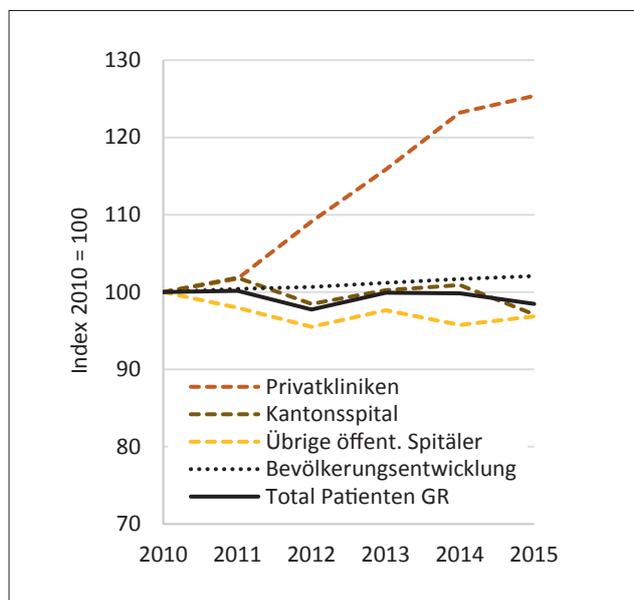
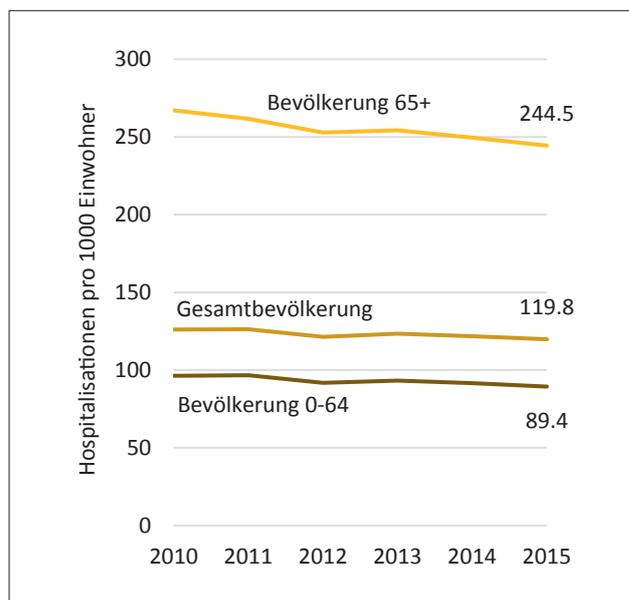


Abbildung 13: Hospitalisationsrate der öffentlichen Bündner Akutspitäler



Die Abbildung 13 zeigt die Hospitalisationsrate der Bündner Patienten in den öffentlichen Akutspitälern des Kantons. Die Hospitalisationsrate erreichte 2015 einen Wert von 120 Hospitalisationen pro 1000 Einwohner (2014: 122). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass die tatsächliche Hospitalisationsrate höher liegt, da Bündner Patienten, die sich in Privatkliniken oder ausserkantonale behandeln lassen, ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Fließen diese in die Berechnung ein, liegt die Hospitalisationsrate bei 147 Prozent (2014: 150).<sup>7</sup> Ebenso zeigt die Aufgliederung nach Altersklassen, dass die Hospitalisationsrate des älteren Bevölkerungsteils (über 65 Jahre) fast dreimal so hoch ist wie jene des jüngeren Bevölkerungsteils.

### 2.3.2 Nachfrage nach Wohnregion

Die öffentlichen Bündner Akutspitäler und das Spital Bellinzona behandelten 2015 24 240 Patienten aus dem Kanton (Tabelle 4). 10 230 oder 42 Prozent davon stammten aus dem Churer Rheintal, gefolgt von 11 Prozent aus der Surselva und je 8 bis 9 Prozent aus den Spitalregionen Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula, Oberengadin und Prättigau. Auf diese Regionen entfielen auch über 80 Prozent der Geburten.

Die Entwicklung der Patientenzahlen im Zeitverlauf gibt Hinweise auf die regional unterschiedliche Entwicklung der Nachfrage. Während sich die Nachfrage im Churer Rheintal zwischen 2010 und 2015 wenig verändert hat, sind in den kleineren Herkunftsgebieten teils deutliche Änderungen sichtbar. Sie reichen von einem Rückgang von 22 Prozent (Val Müstair) bis zu einem Anstieg um 17 Prozent (Oberhalbstein).

<sup>7</sup> Quelle: Obsan, Hospitalisierungsrate in Akutspitälern.

**Tabelle 4: Patienten je Spitalregion (in öffentlichen Bündner Spitälern behandelt), 2015**

Patientenherkunft	Anzahl Patienten			Geburten	Patienten 65+ Anteil in %
	2015	Δ 2010 – 2015 (in %)	2015, Anteil am Total in %		
<b>Churer Rheintal</b>	<b>10 230</b>	<b>-1,7</b>	<b>42</b>	<b>820</b>	<b>37</b>
Oberengadin	1 850	-2,3	8	138	34
Engiadina Bassa	1 160	1,0	5	66	44
Davos	1 580	-3,8	7	102	39
Surselva	2 730	-9,2	11	186	43
Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula	2 190	-5,7	9	135	40
Oberhalbstein	560	16,8	2	18	49
Prättigau	2 010	0,0	8	119	42
Val Müstair	230	-22,1	1	8	52
Poschiavo	650	-8,8	3	33	56
Bergell	200	8,6	1	12	47
Mesolcina-Calanca*	850	-4,3	3	59	51
<b>Total Graubünden</b>	<b>24 240</b>	<b>-3,0</b>	<b>100</b>	<b>1 696</b>	<b>40</b>

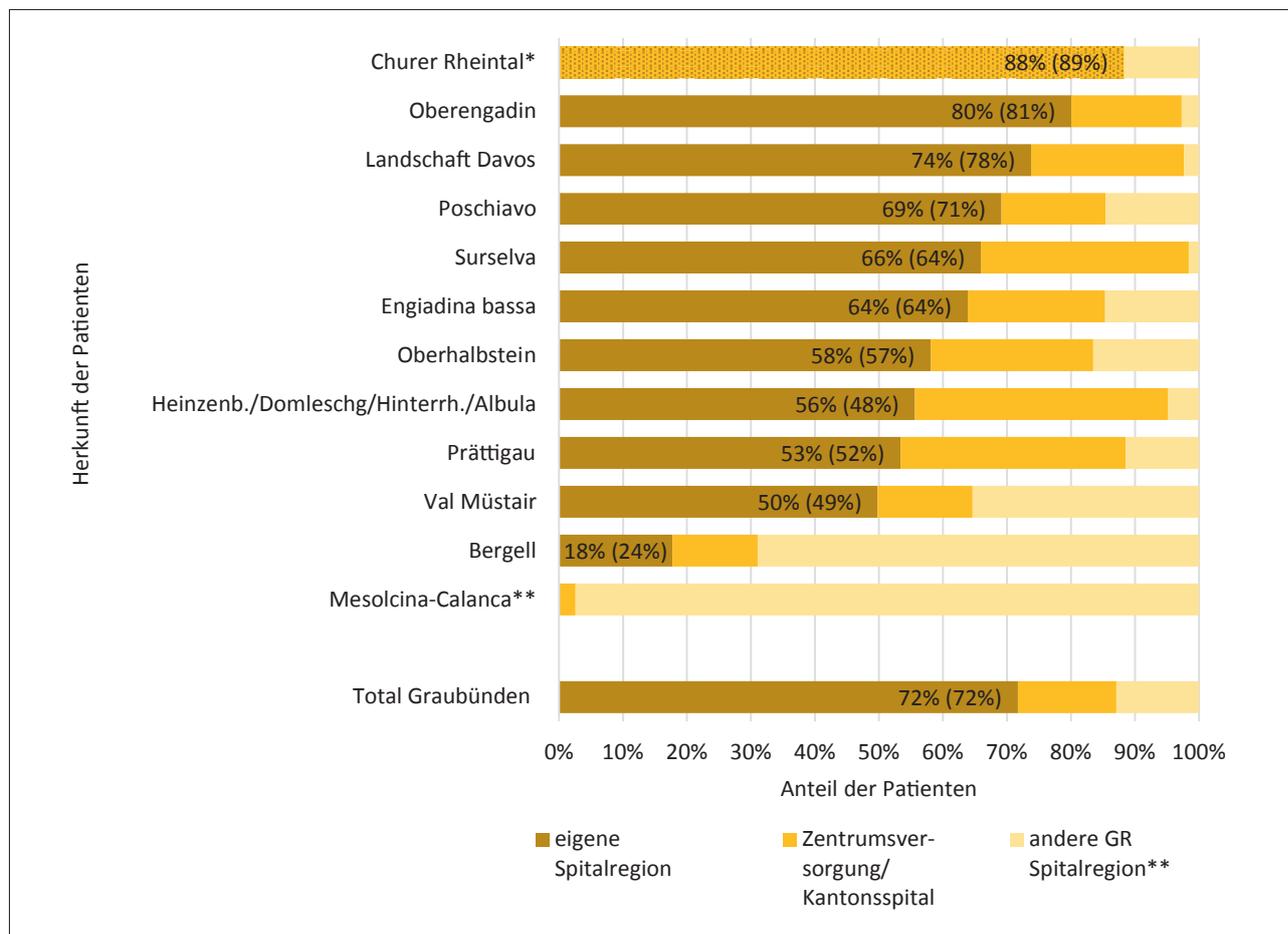
\* Zahlen 2014; inklusiv Behandlungen im Spital Bellinzona.

### 2.3.3 Innerkantonale Patientenmigration

Von den Bündner Patienten, die sich 2015 im Kanton stationär behandeln liessen, wurden durchschnittlich 72 Prozent in der eigenen Spitalregion behandelt (Abbildung 14). Mit 88 Prozent am höchsten war der regionale Behandlungsanteil im Churer Rheintal, was sich aus der Doppelrolle des Kantonsspitals als Regional- und Zentrumsspital ergibt. Überdurchschnittliche regionale Behandlungsanteile erreichten auch die Spitalregionen Oberengadin und Davos. In den übrigen Spitalregionen war die Behandlung in der eigenen Spitalregion weniger häufig, was auf zwei Gründe zurückzuführen sein dürfte: Einerseits wird in einzelnen Regionen bei mittelschweren Fällen nicht das eigene Spital aufgesucht (z.B. Patienten aus dem Bergell und Puschlav, die sich in Samedan behandeln lassen). Andererseits wird in den Spitalregionen in der Nähe von Chur häufiger eine Behandlung im Kantonsspital nachgefragt.

Im Zeitvergleich der letzten fünf Jahre haben sich insgesamt wenig Veränderungen ergeben. Die innerkantonalen Patienten haben sich, sofern sie im Kanton blieben, bereits 2010 zu 72 Prozent in der eigenen Spitalregion und zu 9 Prozent im Kantonsspital versorgen lassen. Grössere Änderungen ergaben sich lediglich bei den Patienten der Landschaft Davos, die sich heute weniger häufig im Regionalsspital behandeln lassen (Rückgang des Anteils von 78% auf 74%) und vermehrt im Kantonsspital versorgt werden. Umgekehrt zeigt sich in der Region Heinzenberg, Domleschg, Hinterrhein, Albula ein Anstieg des in der Spitalregion behandelten Patientenanteils (Anstieg von 48% auf 56%) und ein Rückgang der Versorgung durch das Kantonsspital.

Abbildung 14: Innerkantonaler Behandlungsort der Bündner Patienten, 2015



\* Das Churer Rheintal wird durch das Zentrumsversorgungs- bzw. Kantonsspital KSGR versorgt.

\*\* Die Region Mesolcina-Calanca wird grösstenteils durch das Spital Bellinzona versorgt.

### 2.3.4 Patientenimmigration und -emigration, Versorgungsgrad

Mit der ab 2012 geltenden neuen Spitalfinanzierung wurde auch die freie Spitalwahl eingeführt. Jede versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter jenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder eines anderen Kantons aufgeführt sind.

Der Systemwechsel hat die Patientenströme in und aus dem Kanton Graubünden sichtbar verändert (Abbildung 15). So lag im Kantonsspital die Zahl der Patienten aus anderen Kantonen im Jahr 2012 6 Prozent über dem Vorjahreswert und stieg bis 2015 um weitere 27 Prozent auf gegen 3000 Patienten. Die übrigen Spitäler der öffentlichen Grund-

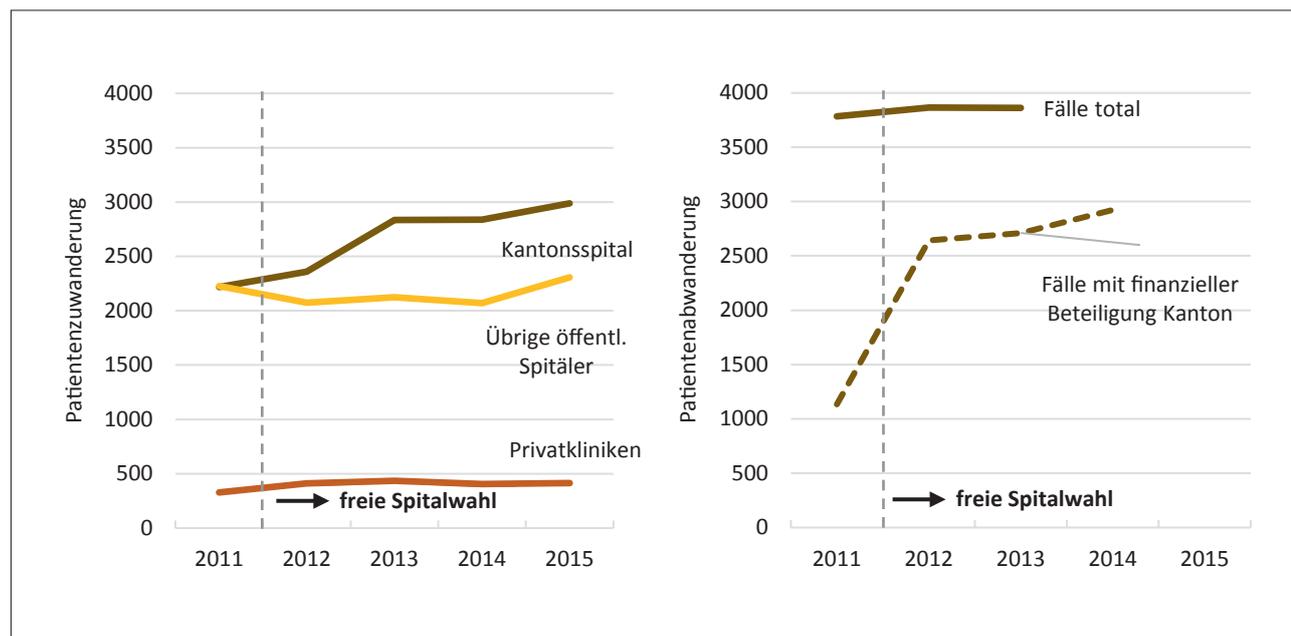
versorgung verzeichneten bei den ausserkantonalen Patienten zunächst Einbussen (-7 % zwischen 2011 und 2012) und dann einen Wiederanstieg (+11 % zwischen 2014 und 2015). Bei den Spitälern der Privatklinik Gut ging der Systemwechsel mit einem kräftigen Zuwachs von 25 Prozent zwischen 2011 und 2012 einher. Seither sind die ausserkantonalen Patientenzahlen mehrheitlich stabil geblieben.

Veränderungen ergaben sich auch in der Zahl der Bündner Patienten, die sich in ausserkantonalen Spitälern behandeln liessen (Abbildung 15, rechter Teil). Zwar veränderte sich die Fallzahl insgesamt wenig, sie lag 2013 mit 3860 Fällen rund 2 Prozent über dem Wert von 2011. Stark angestiegen ist da-

gegen die Zahl der Fälle, an denen sich der Kanton beteiligen muss (da die betreffenden ausserkantonalen Spitäler auf einer kantonalen Spitalliste sind und damit gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG der Wohnkanton zur Mitfinanzierung der Be-

handlung verpflichtet ist): Diese haben sich 2012 mehr als verdoppelt und sind bis 2014 nochmals um insgesamt 11 Prozent auf über 2900 Fälle angestiegen.

Abbildung 15: Entwicklung der interkantonalen Patientenströme<sup>8</sup>



Daten: DJSG

Der Vergleich der Zahl der Bündner Patienten, die im Kanton Graubünden versorgt wurden, mit der Gesamtzahl der Bündner Patienten in kantonalen und ausserkantonalen Spitätern lässt für den Bereich Akutsomatik auf einen Eigenversorgungsgrad von

aktuell 87 Prozent schliessen. Das bedeutet, dass 87 Prozent der Bündner Patienten sich in den öffentlichen oder privaten Akutspitälern des Kantons behandeln liessen, während 13 Prozent ausserkantonale Einrichtungen aufsuchten.

<sup>8</sup> Der Kanton Graubünden verfügt über aktuelle Daten nur für die in Bündner Spitätern und Kliniken behandelten Patienten sowie für ausserkantonale Fälle mit finanzieller Beteiligung des Kantons. Die Daten der ausserkantonale behandelten Bündner Patienten werden vom Bundesamt für Statistik erst später zur Verfügung gestellt, sodass die Patientenabwanderung nicht für die gleiche Zeitspanne dargestellt werden kann.

## 2.4 Spitalbetrieb Akutsomatik

### 2.4.1 Personal

Die Bündner Spitäler beschäftigten im Jahr 2015 insgesamt 4164 Personen im Umfang von 3025 Vollzeitäquivalenten bzw. Vollzeitstellen (Tabelle 5). Der Frauenanteil lag leicht über 70 Prozent, der Anteil des Personals in Ausbildung bei 17 Prozent. Aufgeteilt nach Berufsgruppen wies das Pflegepersonal mit 38 Prozent den grössten Anteil aus. Der Anteil der Ärzte belief sich auf durchschnittlich 16 Prozent aller Vollzeitstellen. Das medizin-technische

und therapeutische Personal erreichte 14 Prozent und das nicht-medizinische Personal (Administration und technisches Personal) 19 Prozent. Zwischen 2010 und 2015 verzeichneten die Spitäler ein Personalwachstum von knapp 10 Prozent. Die einzelnen Spitäler zeigen dabei grosse Unterschiede.<sup>9</sup> So wuchs das Personal im Center da Sanadad Savognin mit 26,1 Prozent am stärksten, der Personalbestand des Ospedale San Sisto Poschiavo hingegen reduzierte sich mit 25,2 Prozent am deutlichsten.

**Tabelle 5: Personalbestand in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), 2015**

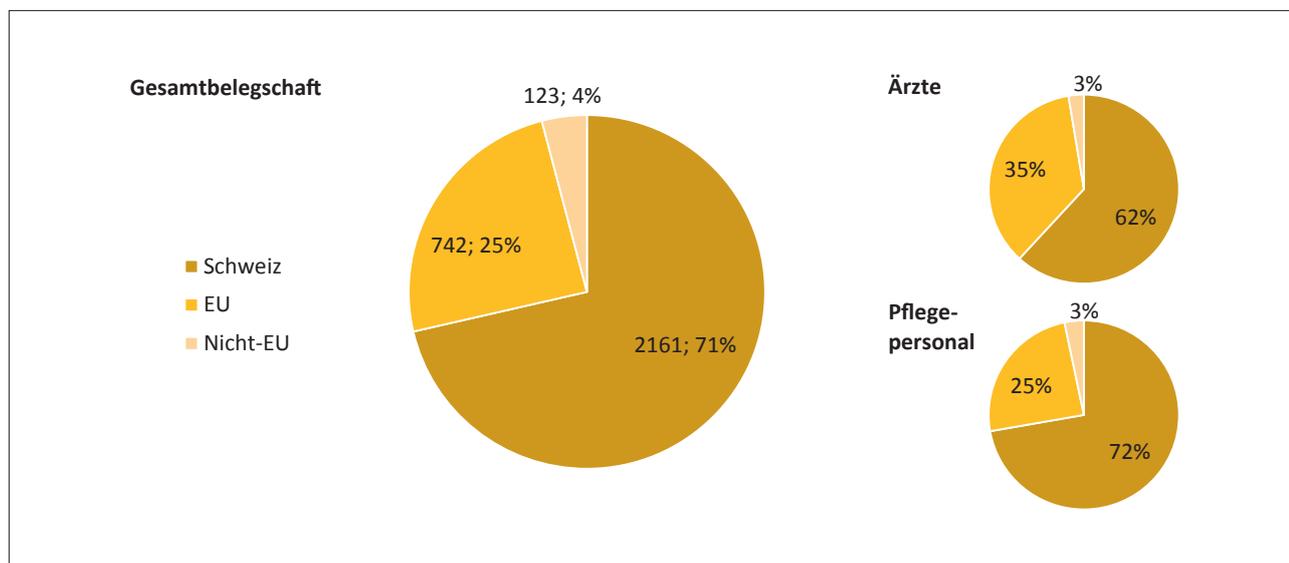
	Personalbestand (VZÄ)		davon (Anteil an VZÄ in %)				Personalbestand
	Beschäftigte	VZÄ	Ärzte	Pflegepersonal	Personal in Ausbildung	Ausländ. Personal	Δ 2010–2015 (in %)
<b>Öffentliche Spitäler</b>	<b>3 976</b>	<b>2 891</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>9,2</b>
Kantonsspital Graubünden	2 076	1 620	17	40	17	22	13,7
Spital Oberengadin, Samedan	339	266	15	35	15	45	1,7
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	159	109	18	27	14	55	16,4
Spital Davos	329	252	14	36	15	36	-2,3
Regionalspital Surselva, Ilanz	271	190	14	43	21	18	-4,4
Spital Thusis	178	128	16	45	20	21	16,4
Center da Sanadad, Savognin	87	48	17	24	14	41	26,1
Spital Schiers	234	163	12	38	18	31	23,1
Center da sandà Val Müstair	73	19	27	22	28	30	17,9
Ospedale San Sisto, Poschiavo	147	52	7	34	5	42	-25,2
Centro Sanitario Bregaglia	83	47	6	51	5	62	-1,5
<b>Privatkliniken</b>							
Klinik Gut AG St.Moritz/Chur	188	134	14	35	11	34	22,5
<b>Total Graubünden</b>	<b>4 164</b>	<b>3 025</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>9,7</b>

Die Auswertung nach Nationalität des Personals zeigt die hohe Bedeutung der ausländischen Arbeitskräfte im Bündner Gesundheitswesen. In den

Akutspitälern stammten 2015 29 Prozent aus dem Ausland, wovon der grösste Teil aus dem EU-Raum. In den Privatkliniken war der Anteil ausländischer

<sup>9</sup> Im Bereich Personal müssen Vergleiche zwischen den Spitälern wie auch über die Zeit mit Vorsicht erfolgen. Gerade bei den kleineren Leistungserbringern können Zu- und Abgänge von Personal sowie veränderte Kostenstellenzuteilungen von Mitarbeitenden mit verschiedenen Funktionen zu grossen Schwankungen führen.

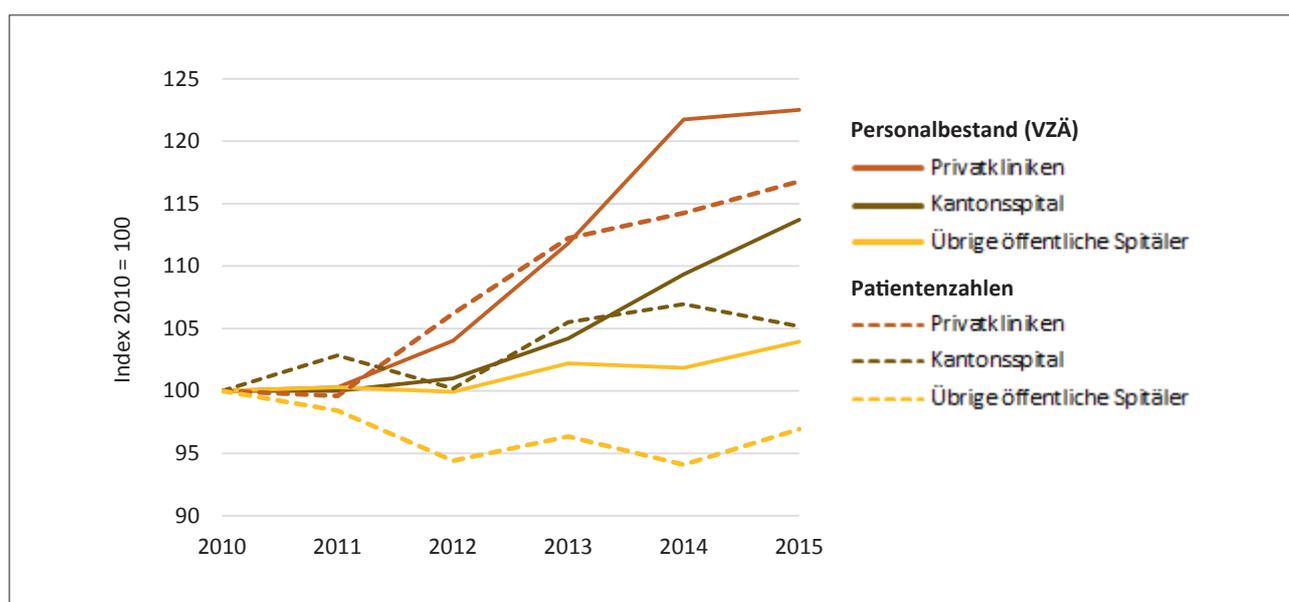
Abbildung 16: Personal nach Herkunft (auf Basis Vollzeitäquivalente), 2015



Arbeitskräfte mit 34 Prozent noch höher. Überdurchschnittlich hoch ist der Ausländeranteil bei der Ärzteschaft, wo insgesamt 38 Prozent des Personals aus dem Ausland kamen (Abbildung 16). Die Abbildung 17 zeigt das Verhältnis von Patientenzahlen und Personalbestand im Zeitverlauf. Das Kantonsspital sowie die Privatkliniken wiesen 2010 bis 2015 insgesamt eine Zunahme bei beiden Größen auf. Da der Personalbestand stärker wuchs

als die Patientenzahlen, war das Verhältnis Patienten-pro-Vollzeitstelle rückläufig. Dies ist gleichbedeutend mit einer höheren Personalintensität in der Erstellung der Leistungen. In den übrigen öffentlichen Spitälern hat das Personal leicht zugenommen, während sich die Fallzahlen reduziert haben. Auch diese Entwicklung indiziert eine niedrigere Zahl Patienten pro Vollzeitäquivalent.

Abbildung 17: Vergleich von Personal- und Patientenzahlenentwicklung



Die Tabelle 6 zeigt das Verhältnis der Patientenzahlen pro Vollzeitstelle und dessen Entwicklung in den Jahren 2010–2015 für die einzelnen Spitäler. Betrachtet man den gesamten Personalbestand, entfielen 2015 auf ein Vollzeitäquivalent durchschnittlich 11,0 Patienten, wobei die Privatklinik Gut mit 17,2 die höchste Patientenzahl aufwies. Am niedrigsten war die Anzahl mit 0,9 im Centro Sanitario Bregaglia. Im Vergleich zum Jahr 2010 nahm die Pa-

tientenzahl pro Vollzeitäquivalent um 6,9 Prozent ab. Werden die Berechnungen für die einzelnen Berufsgruppen differenziert, zeigt sich, dass die Patientenzahl vor allem bei den Ärzten abgenommen hat. Lag 2010 die Patientenzahl pro Arzt (VZÄ) bei 79, betrug der Wert 2015 noch rund 70, was einer Abnahme um 12 Prozent entspricht. Demgegenüber blieb das Verhältnis Patienten pro Pflegefachperson (VZÄ) nahezu stabil.

**Tabelle 6: Patienten pro Vollzeitäquivalent**

	gesamtes Personal		nur Ärzte		nur Pflegepersonal	
	2015	Δ 2010–2015 (in %)	2015	Δ 2010–2015 (in %)	2015	Δ 2010–2015 (in %)
<b>Öffentliche Spitäler</b>	<b>10,7</b>	<b>-7,3</b>	<b>67,4</b>	<b>-12,2</b>	<b>27,8</b>	<b>-2,1</b>
Kantonsspital Graubünden	10,4	-7,5	60,6	-11,5	26,3	-5,5
Spital Oberengadin, Samedan	10,7	-12,5	69,5	-15,9	30,4	-7,8
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	11,4	-7,5	63,1	-15,4	42,8	-8,3
Spital Davos	9,0	-12,3	66,9	-11,0	25,1	-4,8
Regionalspital Surselva, Ilanz	13,5	0,0	96,9	-12,1	31,3	2,1
Spital Thusis	14,6	-2,4	92,4	-8,7	32,5	1,9
Center da Sanadad, Savognin	12,3	-1,7	71,7	4,1	50,3	6,8
Spital Schiers	12,6	-15,1	102,1	-14,2	33,2	5,3
Center da sandà Val Müstair	8,4	-28,9	30,8	-35,9	38,4	-26,5
Ospedale San Sisto, Poschiavo	9,4	18,5	132,2	-20,3	27,6	79,6
Centro Sanitario Bregaglia	0,9	-30,0	13,8	-19,1	1,7	-23,6
<b>Privatkliniken</b>						
Klinik Gut AG St.Moritz/Chur	17,2	-4,7	120,8	-13,7	49,0	18,9
<b>Total Graubünden</b>	<b>11,0</b>	<b>-6,9</b>	<b>69,6</b>	<b>-12,0</b>	<b>28,7</b>	<b>-1,0</b>

#### 2.4.2 Finanzen

Im Jahr 2015 beliefen sich die engeren Betriebskosten (inkl. Anlagenutzungskosten) der stationären Abteilungen der öffentlichen Spitäler auf gesamthaft 330 Mio. Franken (Tabelle 7). Der Erlös aus Hospitalisationen betrug 341 Mio. Franken, womit ein Kostendeckungsgrad von durchschnittlich 103 Prozent erreicht wurde.<sup>10</sup>

Während im Jahr 2014 nur das Kantonsspital einen Kostendeckungsgrad von über 100 Prozent erreichte, konnten 2015 auch die Spitäler in Scuol, Thusis und Savognin sowie Samedan und Davos ihre Betriebskosten im Stationärbereich vollständig decken. Die anderen Spitäler wiesen auch 2015 Kostendeckungsgrade unter 100 Prozent bzw. Betriebsdefizite aus.

<sup>10</sup> Die Baserates für das Jahr 2015 können mit Abschluss des Festsetzungsverfahrens bzw. im Rahmen einer vertraglichen Einigung zwischen den Krankenversicherern und Leistungserbringern noch Anpassungen erfahren, womit auch Erlös und Deckungsgrad entsprechend ändern würden.

Zusätzlich zu den Hospitalisationserlösen erhalten die öffentlichen Spitäler Beiträge der öffentlichen Hand für die universitäre Lehre, die Forschung und andere gemeinwirtschaftliche Leistungen. Im Jahr 2015 beliefen sich diese Beiträge auf 26,5 Mio. Franken. Davon erhielt das Kantonsspital mit 12,1 Mio. Franken den grössten Anteil. Gemessen an der Betriebsgrösse flossen die Beiträge allerdings primär an Spitäler mit hohen Vorhalteleistungen für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten. Hierzu gehörten insbesondere das Center da sandà Val Müstair und das Centro Sanitario Bregaglia, bei denen sich die Kantons- und Gemeindebeiträge auf 18 bzw. 16 Prozent der gesamten Betriebskosten (stationär und ambulant) beliefen. Der rechte Teil der Tabelle 7 zeigt die Gegenüberstellung von Kosten und Erlös einschliesslich der Beiträge der öffentlichen Hand auf Ebene des Gesamtbetriebs, d.h. für die stationären und ambulanten Bereiche gemeinsam. Daraus geht hervor, dass 2015

bis auf das Centro Sanitario Bregaglia, das Ospedale San Sisto Poschiavo und das Spital Schiers die Spitäler ihre Betriebskosten decken konnten. Die positiven Betriebsergebnisse sind dabei allerdings wesentlich den Kantons- und Gemeindebeiträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) zu verdanken, welche die ausnahmslos negativen Betriebsergebnisse im ambulanten Bereich (vgl. Abschnitt 2.6) kompensieren konnten. Ohne die Kantons- und Gemeindebeiträge hätten 2015 bis auf das Kantonsspital und das Spital Thusis auf Ebene des Gesamtbetriebs alle Spitäler negative Deckungsbeiträge erzielt. Die EBITDA-Marge setzt das um Zinsen, Steuern und Abschreibungen korrigierte Betriebsergebnis mit dem Umsatz ins Verhältnis. Für eine nachhaltige Finanzierung eines Spitalbetriebs wird eine EBITDA-Marge von mindestens 10 Prozent empfohlen. Tiefere EBITDA sind ein Hinweis auf ungenügende Rückstellungen für Investitionen in neue Geräte und Gebäude.<sup>11</sup>

**Tabelle 7: Betriebskosten und -erlös, Deckungsgrad, 2015**

	Stationäre Akutabteilungen			Beiträge Kanton/ Gemeinden für GWL in Mio. Fr.	Gesamtbetrieb (stationär und ambulant)		
	Betriebskosten in Mio. Fr.	Erlös aus Hospitalisationen in Mio. Fr.	DG* (in %)		Betriebskosten in Mio. Fr.	Erlös (inkl. Beiträge) in Mio. Fr.	DG* (in %)
Kantonsspital Graubünden	203,0	213,1	105	12,1	286,6	306,5	107
Spital Oberengadin, Samedan	27,4	27,6	101	3,4	41,4	43,6	106
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	10,6	12,0	113	1,5	16,7	17,6	105
Spital Davos	22,4	22,6	101	2,7	34,5	34,9	101
Regionalspital Surselva, Ilanz	22,3	22,0	98	2,2	29,9	29,9	100
Spital Thusis	15,2	15,9	105	1,3	18,9	20,2	107
Center da Sanadad, Savognin	4,0	4,2	105	0,4	6,6	6,9	104
Spital Schiers	18,8	17,7	94	1,6	23,8	22,9	96
Center da sandà Val Müstair	1,4	1,3	88	0,3	1,6	1,7	104
Ospedale San Sisto, Poschiavo	4,5	4,0	88	0,6	7,3	6,4	88
Centro Sanitario Bregaglia	0,7	0,4	60	0,2	1,2	0,9	77
<b>Öffentliche Akutspitäler</b>	<b>330,4</b>	<b>341,0</b>	<b>103</b>	<b>26,5</b>	<b>468,5</b>	<b>491,5</b>	<b>105</b>

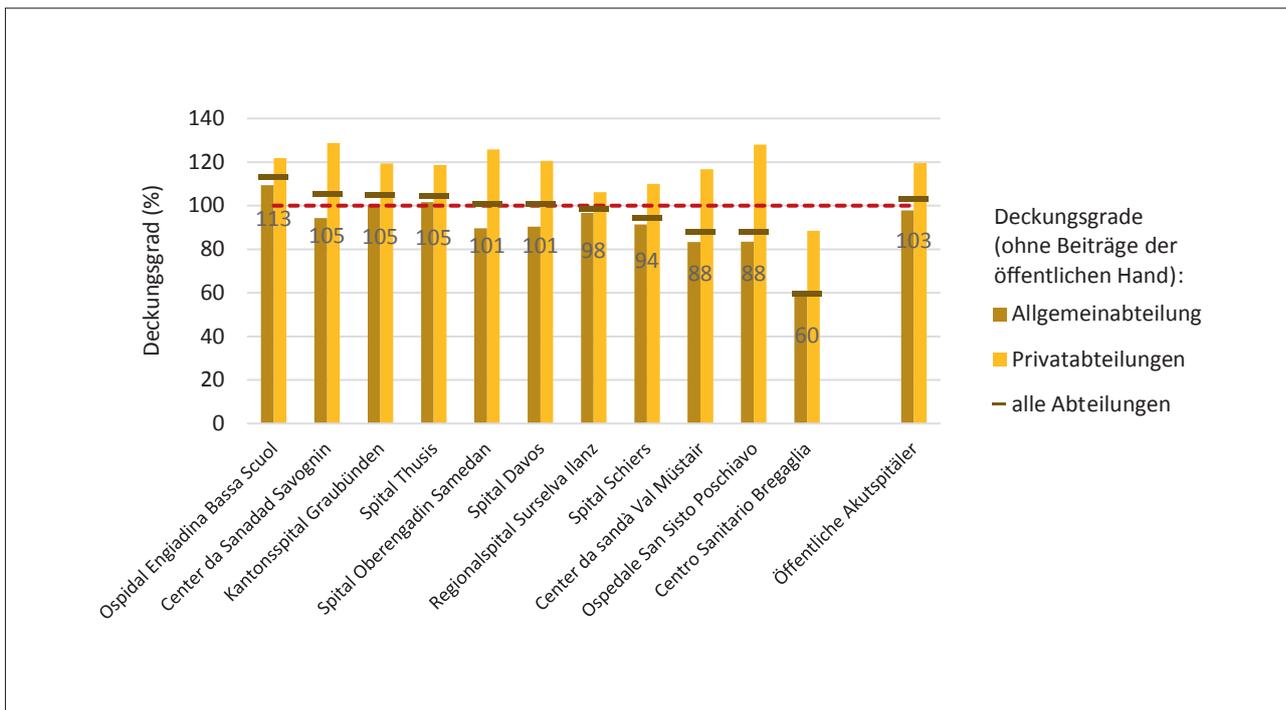
\* DG = Deckungsgrad = Erlös aus Hospitalisationen/Betriebskosten; GWL = Gemeinwirtschaftliche Leistungen

<sup>11</sup> Vgl. PWC (2016): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015; Sonntagszeitung (2017): Den Spitalern geht das Geld aus, 12.2.2017.

Wesentlichen Einfluss auf den Deckungsgrad eines Spitals hat der Anteil Zusatzversicherte am Total der Patienten. Wie aus Abbildung 18 hervorgeht, weisen die Allgemeinabteilungen in allen Spitälern tiefere Deckungsgrade auf als die Privatteilungen. Auch liegen die Deckungsgrade (ohne GWL-Beiträge der

öffentlichen Hand) in den Allgemeinabteilungen in rund der Hälfte der Spitäler unter 100 Prozent. Auf der anderen Seite sind die Deckungsgrade in den Privatteilungen mit einer Ausnahme höher als 100 Prozent.

Abbildung 18: Deckungsgrad (stationäre Akutabteilungen) nach Versicherungsart, 2015

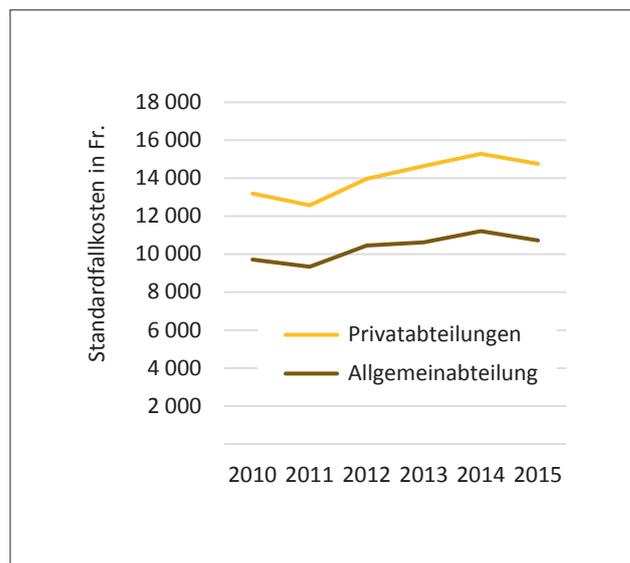


### 2.4.3 Standardfallkosten und Spitaltarife (Baserates)

Die Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Standardfallkosten der öffentlichen Spitäler im Zeitraum 2010 bis 2015. Die Standardfallkosten zeigen die mittleren Kosten je Fall bei einem durchschnittlichen Fallschweregrad (Case Mix Index, CMI) von 1. In den Allgemeinabteilungen stiegen die Standardfallkosten 2010 von 9700 im Jahr 2010 auf 10700 Franken im Jahr 2015 (+10%). In den Privatteilungen stiegen die Standardfallkosten leicht stärker von rund 13200 auf 14800 Franken (+12%).

Im System der neuen Spitalfinanzierung werden die stationären akutsomatischen Behandlungen über eine fixe leistungsbezogene Pauschale pro Behandlungsfall abgerechnet. Die Pauschale für eine

Abbildung 19: Standardfallkosten



stationäre Behandlung in der Allgemeinabteilung ergibt sich aus der Multiplikation des Spitaltarifs (Baserate) mit dem der Behandlung zugewiesenen Kostengewicht gemäss SwissDRG. Die Baserates werden zwischen den Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt und von der Regierung genehmigt; die Kostengewichte werden schweizweit einheitlich festgelegt.

Der Vergleich Standardfallkosten mit der Baserate, die ihrerseits den Standarderlös bei einem CMI

von 1 darstellt, zeigt, inwiefern ein Spital im geltenden Tarifsysteem seine Kosten bei grundversicherten Patienten decken kann. Die mehrheitlich nicht kostendeckenden Baserates<sup>12</sup> weisen darauf hin, dass auf den Einzelfall betrachtet in Graubünden die Behandlung von allgemeinversicherten Patienten mit Defiziten verbunden ist (Tabelle 8). Die Gesamtbilanz muss vor allem über Einnahmen aus der Behandlung von Zusatzversicherten Patienten verbessert werden.

**Tabelle 8: Standardfallkosten und Baserates, 2015**

	Standardfallkosten Allgemeinabteilung	Baserates*	
	in Fr.	tarifsuisse, in Fr.	HSK, in Fr.
Kantonsspital Graubünden	10 335	10 094	9 920
Spital Oberengadin, Samedan	12 280	9 913	9 660
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	9 881	9 870	9 660
Spital Davos	11 493	9 929	9 660
Regionalspital Surselva, Ilanz	11 385	9 650	9 660
Spital Thusis	10 462	9 873	9 660
Center da Sanadad, Savognin	9 648	8 886	9 660
Spital Schiers	11 667	9 650	9 580
Center da sandà Val Müstair	13 683	8 885	9 660
Ospedale San Sisto, Poschiavo	12 678	9 879	9 660
Centro Sanitario Bregaglia	23 404	8 898	9 660
<b>Öffentliche Akutspitäler</b>	<b>10 716</b>		

\* Kursive Werte sind provisorische Tarife. Mit Abschluss des Festsetzungsverfahrens bzw. vertraglicher Einigung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern werden diese Tarife allenfalls noch korrigiert. Die Abkürzung HSK bezeichnet die Einkaufsgemeinschaft der Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT.

#### 2.4.4 Qualitätsförderung und -sicherung

Der Bund verpflichtet die Spitäler zur Qualitätssicherung (Art. 58 KVG sowie Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung KVV). Daraus abgeleitet besteht eine Reihe von Vorschriften in der Bündner Gesetzgebung. Zuständig für die Über-

prüfung ist das Gesundheitsamt, im Speziellen der Kantonsarzt. Es besteht ein ausführliches Konzept, wie die Kontrollen stattzufinden haben.

Der Qualitätsbegriff wird wie allgemein üblich in die drei Teilbereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgeteilt.

<sup>12</sup> Wie aus Tabelle 8 hervorgeht, weisen nur das Ospidal Engiadina Bassa bei der mit tarifsuisse ausgehandelten Baserate sowie das Center da Sanadad in Savognin bei der mit HSK ausgehandelten Baserate eine (knappe) Deckung der Standardfallkosten aus.

- **Strukturqualität:** Das Vorhandensein der geforderten Strukturmerkmale für die Erteilung von Leistungsaufträgen wird gemäss dem von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK empfohlenen Spitalleistungsgruppenkonzept der Gesundheitsdirektion Zürich überprüft. Dies geschieht einerseits mittels Selbstdeklaration und andererseits im Rahmen der periodischen Überprüfung der Spitalplanung durch die Regierung. Das Vorhandensein der von der Regierung vorgegebenen Ausbildungsplätze für die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen wird anlässlich der Kontrolle der Betriebsrechnung der Spitäler kontrolliert.
- **Prozessqualität:** In Art. 10a Abs. 1 lit. h des Krankenpflegegesetzes wird für alle Institutionen ein Konzept zum Eintritts- und Entlassungsmanagement gefordert. Ein solches haben alle Spitäler dem Gesundheitsamt eingereicht. Zertifizierungen sind vom Gesetzgeber nicht gefordert, sind also freiwillig. Dennoch haben die Mehrzahl der Spitäler sich in der einen oder anderen Form zertifizieren lassen.
- **Ergebnisqualität:** Art. 22a der Verordnung zum Gesundheitsgesetz verpflichtet die Spitäler zum Erstellen eines Qualitätsberichts nach der Vorlage von H+. Alle Spitäler haben einen solchen Be-

richt erstellt und auf der Homepage von H+ veröffentlicht.<sup>13</sup> Dabei handelt es sich um eine reine Selbstdeklaration. Für das Gesundheitsamt sind die Angaben zur Struktur der internen Qualitätsprüfungen von besonderem Interesse.

Der gleiche Artikel verlangt von den Spitälern die Teilnahme an Qualitätsmessungen bei einer gesamtschweizerischen Organisation. Die Regierung hat den ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) als zuständige Organisation bezeichnet. Alle Spitäler nehmen im Rahmen des Regelwerks des ANQ an einer Vielzahl von Messungen teil. Die Messresultate werden vor der Publikation dem Gesundheitsamt zugestellt. Das Amt erwartet ein Messresultat innerhalb der national ermittelten Standardabweichungen. Falls Messresultate schlechter ausfallen, fordert das Amt beim Spital eine schriftliche Stellungnahme mit Verbesserungsmassnahmen ein. Bisher verfehlte eine einzige Messung die Limite, im Folgejahr war aufgrund diverser Massnahmen des Spitals der gewünschte Zustand wieder erreicht.

Die Teilnahme an einem anonymen Fehlermeldesystem ist bis heute freiwillig, eine entsprechende Verpflichtung ist in Art. 20 Abs. 1 lit. b des totalrevidierten Gesundheitsgesetzes enthalten.

## ■ 2.5 Kooperationen zwischen Spitälern

Zwischen den Bündner Spitälern, einschliesslich der psychiatrischen Dienste (PDGR), bestehen zahlreiche Kooperationen. Gemäss Angaben der Institutionen wird gegenwärtig in 90 Bereichen zusammengearbeitet, wobei das Kantonsspital in über 50 Prozent der Fälle Kooperationspartner ist (Tabelle 9).

Das Kantonsspital Graubünden ist zudem Kooperationen mit dem Kantonsspital Glarus und dem Landesspital Vaduz eingegangen. Die häufigste Kooperationsform sind Sprechstunden von Spezialisten vor Ort. So reisen Fachärzte des Kantonsspitals für Sprechstunden beispielsweise für Krebskranke und Patienten mit Gefässerkrankungen in die grösseren

Regionalspitäler, sodass Patienten vor Ort behandelt werden können. Die grösseren Regionalspitäler, insbesondere das Spital Oberengadin, bieten ihrerseits Sprechstunden in den umliegenden kleineren Regionalspitälern an.

In der Kooperation zwischen der Klinik Gut und vier Regionalspitälern führen Orthopäden der Klinik Gut neben Sprechstunden vor Ort auch Operationen durch. Umgekehrt kann die Klinik auf die Infrastruktur der Regionalspitäler zurückgreifen; so kann die Klinik in St. Moritz, die selber keine Intensivpflegestation hat, die Infrastruktur des Spitals Oberengadin in Samedan nutzen.

<sup>13</sup> Vgl. [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch).

**Tabelle 9: Kooperationen zwischen Spitälern, 2015**

	Leistungserbringer						
	Kantonsspital Graubünden	Spital Oberengadin	Spital Davos	Regionalspital Surselva	Spital Thusis	Klinik Gut	PDGR
<b>Leistungsbezieher</b>							
Kantonsspital Graubünden		1		2			5
Spital Oberengadin, Samedan	11					1	1
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol		2					1
Spital Davos	12						1
Regionalspital Surselva, Ilanz	14		2				1
Spital Thusis	9					1	1
Center da Sanadad, Savognin					1	1	1
Spital Schiers		2	1				1
Center da sandà Val Müstair		2					1
Ospedale San Sisto, Poschiavo	2	5				1	1
Centro Sanitario Bregaglia		2					1
Klinik Gut AG St. Moritz/Chur		1			1		
Psych. Dienste Graubünden PDGR					1		
<b>Total Graubünden</b>	<b>48</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>15</b>

In die Spitalkooperationen eingebunden sind auch die psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR), welche im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten für die öffentlichen Akutspitäler fachärztliche Beurteilungen bzw. fachärztliche Mitbetreuung während Spitalaufenthalten vornehmen.

Kooperationen umfassen schliesslich auch den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Spitälern. So schaltet das Kantonsspital bei Weiterbildungsveranstaltungen, medizinischen Fallbesprechungen oder interdisziplinären Fachaustauschen wie Tumorboards über Videokonferenzen Ärzte aus anderen Spitälern zu.

## ■ 2.6 Ambulante Leistungen der Akutspitäler

Neben den stationären Leistungen erbringen die Akutspitäler auch ambulante Leistungen. Dazu zählen Spitalaufenthalte, die weniger als 24 Stunden dauern, und bei denen, wenn sie während der Nacht erfolgen, kein Bett belegt wird.

Gemäss Bundesamt für Statistik werden im schweizerischen Durchschnitt heute rund ein Viertel aller ambulanten Leistungen von den Spitälern erbracht. Vor 20 Jahren lag dieser Anteil noch bei 13 Prozent. Die Zunahme hat verschiedene Gründe. Sie geht ei-

nerseits einer mit der steigenden Inanspruchnahme von Spitalnotfallstationen auch in weniger gravierenden Fällen. Andererseits ist der Bedeutungszuwachs der spitalambulatorischen Leistungen auf den medizinischen Fortschritt und den damit einhergehenden Trend zurückzuführen, dass Behandlungen, die früher stationär erfolgten, zunehmend ambulant vorgenommen werden.

Die kantonalen Kenndatensätze enthalten – wie die nationalen Statistiken – heute noch keine verlässlichen Detailangaben zu Umfang und Art der spitalambulanten Leistungen. Hinweise zur Grössenordnung ergeben sich indes aus der Kostenrechnung der Spitalbetriebe (Tabelle 10). Aus dieser geht hervor, dass die öffentlichen Akutspitäler im Jahr 2015 ambulante Leistungen im Umfang von 138 Mio. Franken erbracht haben, was rund 40 Prozent der Kosten der

stationären Leistungen (total 330 Mio. Franken, vgl. Tabelle 7) entspricht.

Spitalambulante Leistungen werden wie Leistungen in Arztpraxen über das TARMED-Tarifsysteem abgerechnet und vollständig durch die Krankenversicherer finanziert. Sie unterscheiden sich dadurch von den stationären Behandlungen, die über das Swiss-DRG-System abgerechnet und von den Versicherern und den Kantonen finanziert werden. Die Abgeltung der ambulanten Leistungen ist in den meisten Spitälern nicht kostendeckend. Im Jahr 2015 deckten die Erlöse von gesamthaft 124 Mio. Franken bei einem verbuchten Taxpunktwert von 0,85 Franken die Betriebskosten nur zu 90 Prozent. Die in der Zwischenzeit durch das Bundesverwaltungsgericht verfügte Senkung des Taxpunktwertes auf 0,82 Franken hätte zu einem noch tieferen Deckungsgrad geführt.

**Tabelle 10: Betriebskosten, -erlös, Deckungsgrad, ambulante Akutabteilungen, 2015**

	<b>Betriebskosten in Mio. Fr.</b>	<b>Erlös aus Hospitalisationen in Mio. Fr.</b>	<b>Deckungsgrad (in %)</b>
Kantonsspital Graubünden	83,7	81,3	97
Spital Oberengadin, Samedan	14,0	12,6	90
Ospidal Engiadina Bassa, Scuol	6,1	4,0	65
Spital Davos	12,0	9,5	79
Regionalspital Surselva, Ilanz	7,6	5,7	75
Spital Thusis	3,7	3,0	81
Center da Sanadad, Savognin	2,6	2,2	84
Spital Schiers	5,0	3,6	71
Center da sandà Val Müstair	0,2	0,1	65
Ospedale San Sisto, Poschiavo	2,8	1,8	66
Centro Sanitario Bregaglia	0,4	0,3	63
<b>Öffentliche Akutspitäler</b>	<b>138,0</b>	<b>124,1</b>	<b>90</b>

## Rettungsdienste

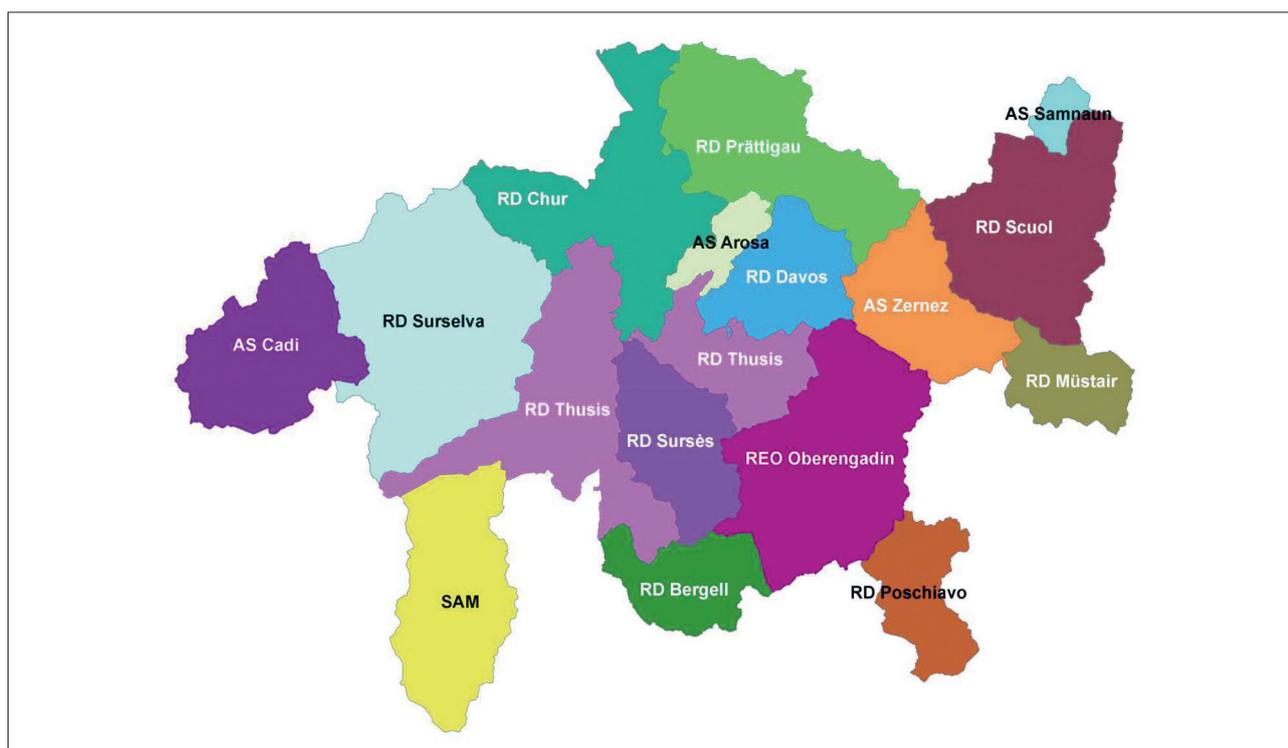
### 3.1 Rettungslandschaft

Wichtiges Bindeglied in der medizinischen Versorgungskette sind die Rettungsdienste. Sie haben die Aufgabe, bei Notfallpatienten vor Ort lebensrettende Massnahmen durchzuführen, ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie in das für die Behandlung der Krankheit oder der Verletzungen nächstgelegene Spital zu transportieren.

Der strassengebundene Rettungsdienst liegt in der Verantwortung der Regionalspitäler. In peripheren Spitalregionen mit grossen Distanzen zum Spital betreiben die Spitäler zur Sicherstellung einer raschen Erreichbarkeit der Patienten Ambulanzstützpunkte

(Arosa, Cadi, Samnaun, Zernez). Da aufgrund der Topografie wie auch der in weiten Teilen dünnen Besiedlung des Kantons eine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten Notärzten nicht möglich ist, werden die Hausärzte als Dienstärzte in die regionalen Rettungsdienste der Spitäler eingebunden. Gemäss einer Leistungsvereinbarung mit dem Kanton ist der Bündner Ärzteverein dafür zuständig, dass im ganzen Kanton (Ausnahme Stadt Chur und Region Davos) flächendeckend ein Dienstarztsystem für Notfälle zur Verfügung steht.

Abbildung 20: Rettungsdienste und Ambulanzstützpunkte des Kantons Graubünden



Für die Luftrettung steht die Schweizerische Rettungsflugwacht Rega zur Verfügung. Sie hat bei jedem Einsatz einen speziell für Notfälle ausgebildeten Arzt und Rettungssanitäter an Bord. Die Rega betreibt im

Kanton Graubünden zwei Basen: eine in Untervaz und eine in Samedan. Zur Sicherstellung der Bergrettung hat die Regierung mit der Alpinen Rettung Schweiz (ARS) eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen.

## 3.2 Leistungen der Rettungsdienste

### 3.2.1 Einsätze

Die Rettungsdienste und die Ambulanzstützpunkte haben im Jahr 2015 insgesamt 12 010 Einsätze durchgeführt, leicht mehr als in den Vorjahren (Abbildung 21). Von den Einsätzen waren 9 230 Primäreinsätze, bei denen die Patienten am Einsatzort erstversorgt und gegebenenfalls zu einer Behandlungsstation transportiert wurden. Die restlichen 2 780 Einsätze waren Sekundäreinsätze bzw. Se-

kundärtransporte, bei denen Patienten von einem stationären Leistungserbringer zu einem anderen verlegt wurden.

Die Einsätze waren, verursacht durch die in den Tourismuszentren tätigen Rettungsdienste, stark saisonabhängig. In den Spitzenmonaten Januar bis März waren die Einsatzzahlen doppelt so hoch wie in den Monaten April bis Juni (Abbildung 22).

Abbildung 21: Einsatzzahlen, 2010 – 2015

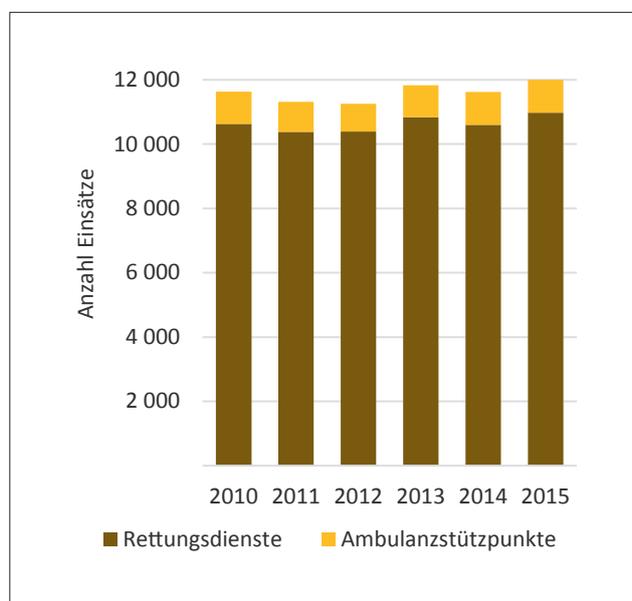
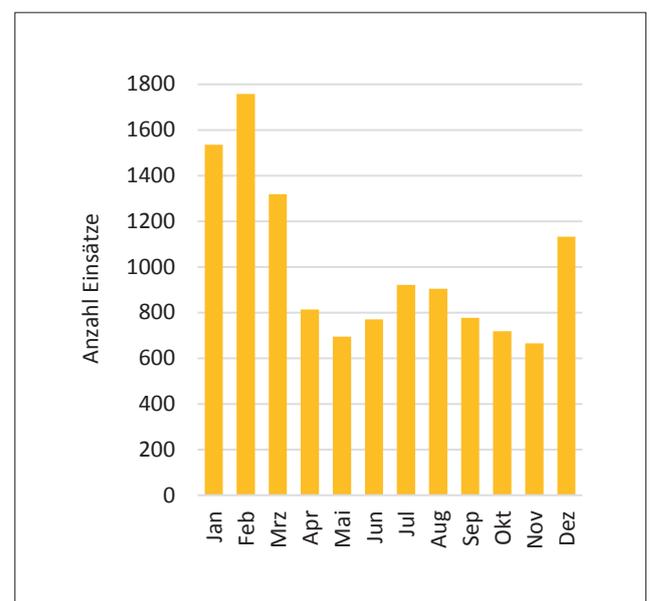


Abbildung 22: Einsätze pro Monat, 2015



Der grösste Rettungsdienst war mit rund 4 330 Einsätzen die Rettung Chur. An zweiter Stelle folgten der Rettungsdienst Oberengadin mit den Stützpunkten Samedan und St. Moritz und der Rettungsdienst des Spitals Davos mit je rund 1 400 Einsätzen (Tabelle 11).

99 Prozent der Einsätze erfolgten innerhalb des Kantons; einen nennenswerten ausserkantonalen Einsatzanteil (14 %) hatte nur der Servizio Ambulanza del Moesano (SAM) in Roveredo. Bei den anderen Rettungsdiensten erfolgten insgesamt 48 Prozent der Einsätze im Kerngebiet, d.h. innerhalb des Gebiets, das vom Stützpunkt aus innerhalb von 10 Mi-

nuten erreichbar ist. 49 Prozent der Einsätze wurden in der übrigen Spitalregion und 3 Prozent im übrigen Kanton durchgeführt.

### 3.2.2 Dringlichkeit und Einsatzgründe

36 Prozent der Primäreinsätze im Jahr 2015 wiesen die höchste Dringlichkeitsstufe 1 auf (Notfall mit bestehender oder vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen des Patienten), sodass sofort – innerhalb von 5 Minuten am Tag bzw. 10 Minuten in der Nacht – mit Alarmsignal ausgerückt werden musste (Abbildung 23). 60 Prozent der Einsätze bezogen sich auf Notfälle ohne Beeinträchtigung der Vital-

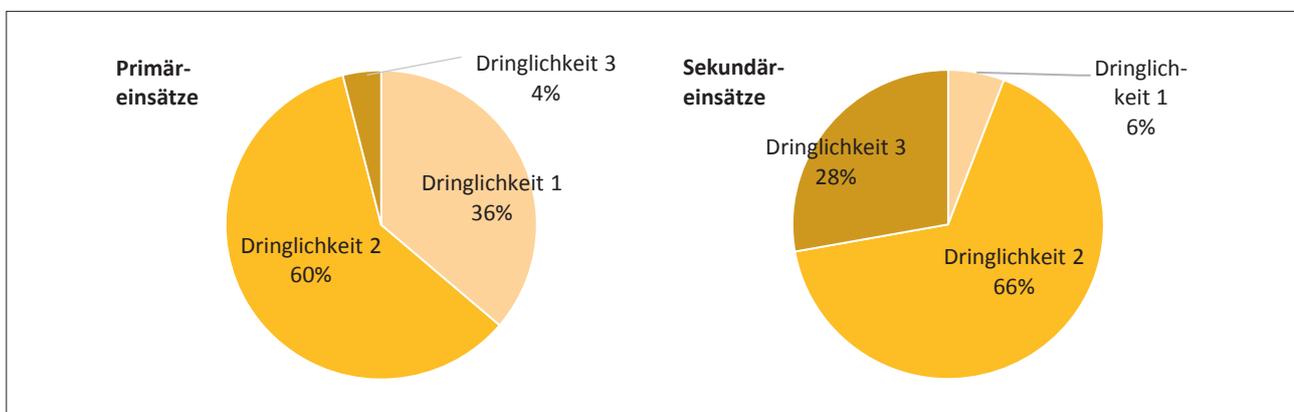
**Tabelle 9: Einsätze je Rettungsdienst und Ambulanzstützpunkt, 2015**

	Anzahl Einsätze (primär und sekundär)	Anteil Primäreinsätze (in %) in der Spitalregion		
		im Kerngebiet der Spitalregion	in der übrigen Spitalregion (ohne Kerngebiet)	im übrigen Kanton
<b>Rettungsdienste</b>	<b>10 981</b>	<b>43</b>	<b>53</b>	<b>3</b>
Rettung Chur	4 333	44	54	2
REO Oberengadin	1 438	45	53	2
RSS Ilanz	937	12	78	10
RD Davos	1 378	66	33	1
RD Prättigau	652	34	55	11
RD Thusis	703	36	62	2
RD Scuol	360	90	10	
RD Poschiavo	193	39	60	1
RD Bregaglia	73	98	2	
RD Surses	301	21	75	4
RD Val Müstair	103	22	78	
SAM Mesolcina	510	25	62	
<b>Ambulanzstützpunkte</b>	<b>1 029</b>	<b>86</b>	<b>13</b>	<b>2</b>
AS Arosa	366	94	2	4
AS Cadi	257	54	46	
AS Samnaun	347	100		
AS Zernez	59	94	4	2
<b>Total Graubünden</b>	<b>12 010</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>3</b>

funktionen (Dringlichkeitsstufe 2) und 4 Prozent der Einsätze wurden auf Vorbestellung ausgeführt (Dringlichkeitsstufe 3). Bei den Sekundäreinsätzen

waren 66 Prozent der Transporte innerhalb von 3 Stunden (Dringlichkeitsstufe 2) und 28 Prozent auf Vorbestellung (Dringlichkeitsstufe 3) auszuführen.

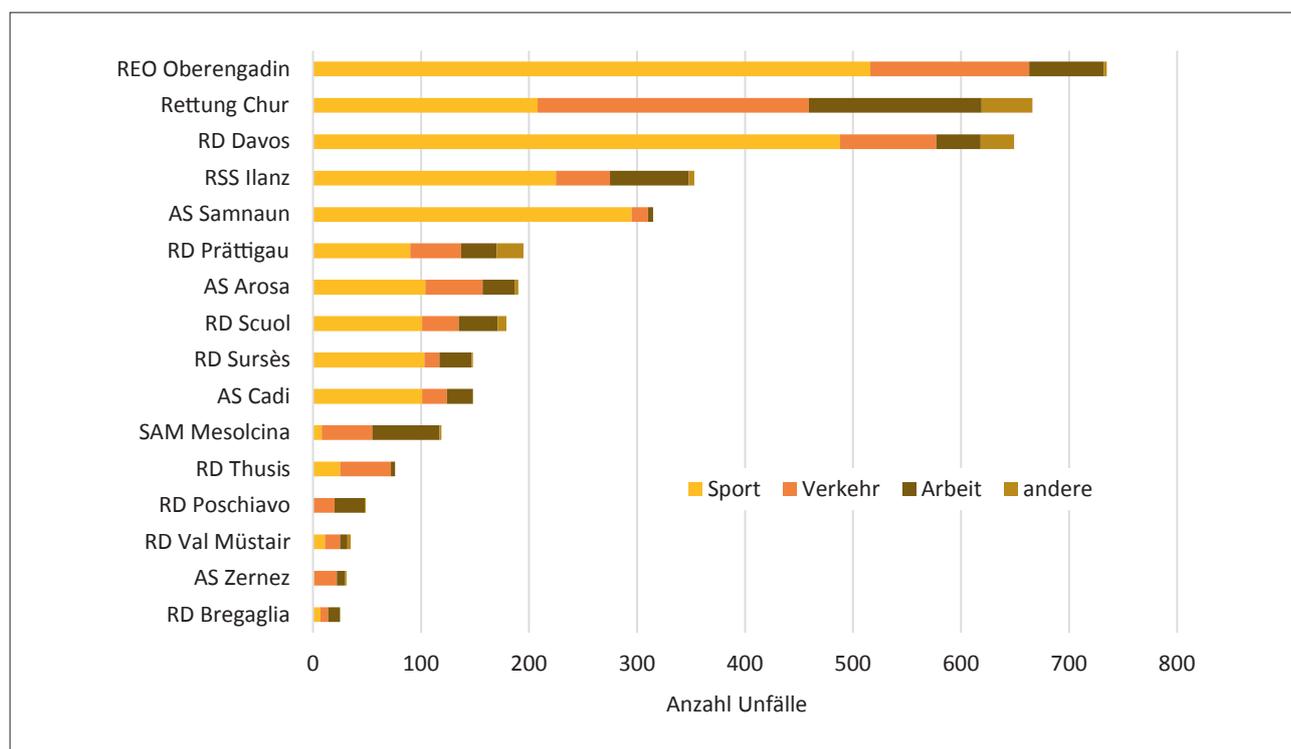
**Abbildung 23: Einsätze nach Dringlichkeit, 2015**



Im Jahr 2015 rückten die Rettungsdienste zu rund 3900 Unfällen aus. Dabei handelte es sich mehrheitlich um Sportunfälle (58%), gefolgt von Verkehrsunfällen (22%) und Arbeitsunfällen (16%). Während die Sportunfälle vor allem bei den Rettungsdiensten und Ambulanzstützpunkten in den

Wintersportorten vorherrschend waren, hatten die Verkehrsunfälle bei den Rettungsdiensten Thusis, Val Müstair, Chur sowie beim Ambulanzstützpunkt Zernez die grössten Anteile. Bei den Rettungsdiensten Poschiavo, Bregaglia und Mesolcina überwogen dagegen die Arbeitsunfälle (Abbildung 24).

Abbildung 24: Zahl und Art der Unfälle (Primäreinsätze), 2015



### 3.2.3 Einsatzleitstelle des Sanitätsnotrufs 144

Für die Alarmierung der Rettungsdienste gilt heute im ganzen Kanton einheitlich die Sanitätsnotrufnummer 144. Anrufe auf diese Notrufnummer nimmt die Sanitätsnotrufzentrale (SNZ) entgegen. Als Einsatzdisponenten setzt die SNZ mehrheitlich diplomierte Rettungssanitäter ein.

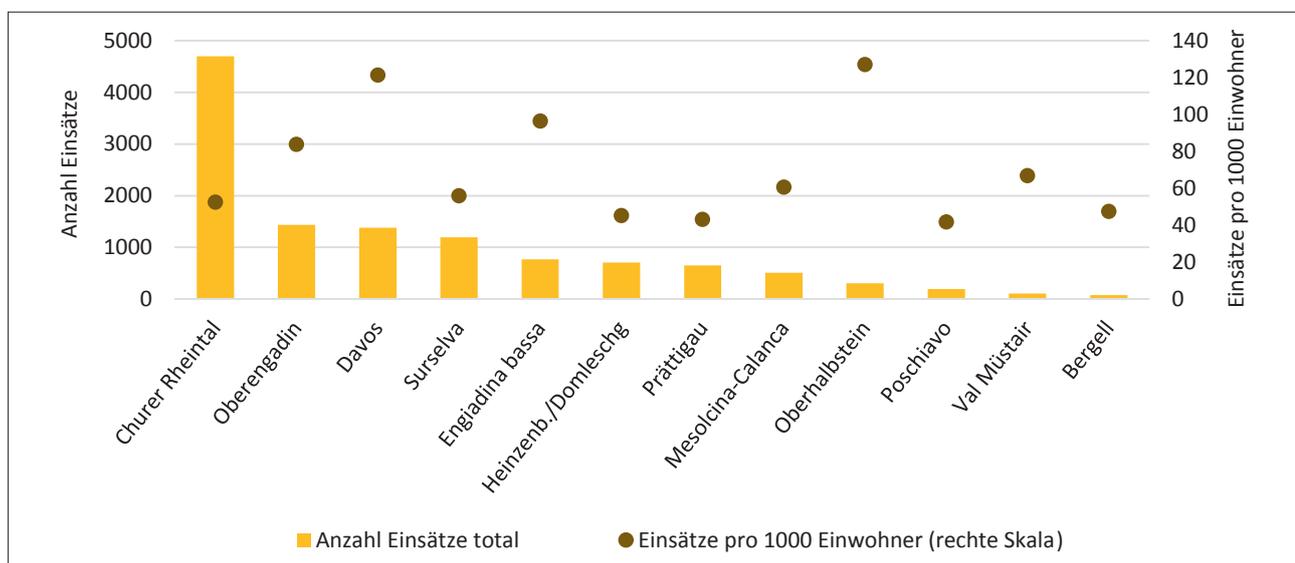
Im Jahr 2015 wurden 99,7 Prozent aller Rettungsdiensteinsätze durch die SNZ ausgelöst. Neben der Alarmierung und Koordination der erforderlichen Einsatz- und Rettungsmittel berät die SNZ die Anrufenden auch in notfallmedizinischen Fragen und vermittelt Dienstärzte, Notfallzahnärzte und Notfallapotheken. Im Jahr 2015 nahm die SNZ wiederum gegen 40 000 Anrufe entgegen.

### 3.3 Versorgung der Bevölkerung

Entsprechend den Einwohnerzahlen wurden 2015 am meisten Rettungseinsätze für Personen aus der (Spital-)Region Churer Rheintal durchgeführt (Abbildung 25). So betrafen im Jahr 2015 4700 oder rund 40 Prozent aller Rettungseinsätze das Churer Rheintal. Die Surselva als Region mit der zweitgrössten Bevölkerung stand bei der Häufigkeit von Rettungseinsätzen dagegen erst an vierter Stelle. Das Oberengadin und Davos wiesen mit je rund

1400 eine höhere Anzahl Rettungseinsätze auf und zeigten pro 1000 Einwohner deutlich überdurchschnittliche Einsatzzahlen auf. Zurückzuführen sind diese relativ hohen Einsatzzahlen auf die in den Tourismusregionen während der Saison vorübergehend angewachsenen Personenzahlen. Entsprechend weisen auch die Regionen Oberhalbstein und Unterengadin relativ hohe Einsatzzahlen auf.

Abbildung 25: Einsätze je Spitalregion



Die Tabelle 12 zeigt für die verschiedenen Rettungsdienste die Medianwerte der Dauer, die benötigt wird, bis bei einem Notruf der Einsatzort erreicht ist. 2015 lag diese sogenannte Hilfsfrist bei rund 10 Minuten (Einsätze bei Tag). Davon wurden durchschnittlich 2:20 Minuten für die Ausrückzeit (Zeit vom Aufgebot des Rettungsdiensts bis zur Abfahrt des Rettungsfahrzeugs mit Besatzung) und 7:50 Minuten für die Wegzeit benötigt. Die Ausrückzeit lag in 95,1 Prozent bzw. 98,0 Prozent der Fälle innerhalb des Zielwerts von 5 Minuten (tagsüber) bzw. 10 Minuten (nachts).

Die Sollvorgabe des Interverbands für das Rettungswesen sieht eine Hilfsfrist von maximal 15 Minuten

in 90 Prozent der Fälle vor. Im Kanton Graubünden wurde dieses Ziel von den Rettungsdiensten Davos und Val Müstair sowie den Ambulanzstützpunkten in Samnaun und Arosa erreicht. Bei den anderen Rettungsdiensten war der Anteil der höchstens 15-minütigen Hilfsfristen tiefer. Insgesamt konnten 75 Prozent aller Einsätze mit einer Hilfsfrist von maximal 15 Minuten durchgeführt werden, bei 98 Prozent lag die Hilfsfrist bei höchstens 30 Minuten. Die längeren Hilfsfristen werden in vielen Fällen in den weitläufigen und topografisch anspruchsvollen Einsatzgebieten begründet sein. Teilweise dürften sie aber auch auf kleine Personalbestände und die daraus folgenden längeren Ausrückzeiten zurückzuführen sein.

**Tabelle 12: Hilfsfrist der Rettungsdienste, Primäreinsätze, 2015**

	Hilfsfrist in Minuten (Tag)			Ausrückzeit innerhalb Zielvorgaben (Anteil in %)		Hilfsfrist innerhalb Zielvorgaben (Anteil in %)
	Total	davon Ausrückzeit	Weg zum Einsatzort	< 5 Min. (Einsätze Tag)	< 10 Min. (Einsätze Nacht)	< 15 Min. (alle Einsätze)
<b>Rettungsdienste</b>	<b>10:11</b>	<b>2:19</b>	<b>7:52</b>	<b>95,4</b>	<b>99,0</b>	<b>74,6</b>
Rettung Chur	10:00	2:00	8:00	98,3	100,0	73,3
REO Oberengadin	9:00	2:00	7:00	98,8	100,0	83,1
RSS Ilanz	12:00	2:00	10:00	96,2	100,0	64,1
RD Davos	7:00	2:00	5:00	99,5	99,1	95,2
RD Prättigau	14:00	2:00	12:00	100,0	100,0	57,7
RD Thusis	11:30	3:00	8:30	93,7	93,9	59,1
RD Scuol	12:00	3:00	9:00	94,4	96,9	71,0
RD Poschiavo	13:00	5:00	8:00	66,7	86,7	58,8
RD Bregaglia	11:30	4:30	7:00	61,5	100,0	70,6
RD Surses	9:30	3:00	6:30	85,4	100,0	71,2
RD Val Müstair	9:00	4:00	5:00	93,9	100,0	94,9
SAM Mesolcina	9:00	3:00	6:00	81,8	98,6	87,6
<b>Ambulanzstützpunkte</b>	<b>9:41</b>	<b>2:33</b>	<b>7:08</b>	<b>88,7</b>	<b>82,9</b>	<b>74,9</b>
AS Arosa	7:00	2:00	5:00	98,4	100,0	90,2
AS Cadi	12:00	2:00	10:00	93,9	87,5	51,0
AS Samnaun	11:00	5:00	6:00	81,3	0,0	93,8
AS Zernez	12:00	3:00	9:00	66,7	87,5	59,3
<b>Total Graubünden</b>	<b>10:09</b>	<b>2:20</b>	<b>7:50</b>	<b>95,1</b>	<b>98,0</b>	<b>74,7</b>

## 3.4 Betrieb der Rettungsdienste

### 3.4.1 Personal

Das Personal der Rettungsdienste und Ambulanzstützpunkte umfasste im Jahr 2015 123 Vollzeitstellen. Davon waren rund 60 Prozent Rettungs- oder Transportsanitäter. Mit 24 Vollzeitäquivalenten war die Rettung Chur der grösste Rettungsdienst, gefolgt von den Rettungsdiensten Mesolcina, Davos, Oberengadin und Prättigau. Im Vergleich zum Jahr 2010 ist der Personalbestand bei den Rettungsdiensten um 4,7 Prozent gestiegen und bei

den Ambulanzstützpunkten um 15,6 Prozent gesunken.

Bei den Rettungsdiensten wurden im Jahr 2015 pro Vollzeitstelle durchschnittlich 100 Einsätze durchgeführt, bei den Ambulanzstützpunkten war der Personaleinsatz 80 Prozent höher und lag bei 1,8 Vollzeitäquivalenten je 100 Einsätze. Zwischen 2010 und 2015 hat sich der Personaleinsatz pro Einsatz bei den Rettungsdiensten nur wenig verändert, bei den Ambulanzstützpunkten ist er dagegen

um rund 18 Prozent gesunken. Der Vergleich zwischen den Leistungserbringern zeigt, dass in den letzten Jahren eine Annäherung der Personalintensität im Rettungsbereich stattgefunden hat; wurden 2010 noch zwischen 0,6 (Rettung Chur) und 8,6 Vollzeitstellen (RD Val Müstair) für 100 Einsätze eingesetzt, betrug die Spanne 2015 noch 0,6 bis 3,5 Vollzeitäquivalente.

Einschränkend ist anzumerken, dass Vergleiche zwischen den Leistungserbringern wie auch über die Zeit beim Rettungsdienstpersonal nur bedingt möglich sind, da gerade bei den kleineren Leistungserbringern Zu- und Abgänge von Personal sowie veränderte Kostenstellenzuteilungen von Mitarbeitenden mit verschiedenen Funktionen zu grossen Schwankungen führen können.

**Tabelle 13: Personalbestand Rettungsdienste**

	Personalbestand (VZÄ)			Personal (VZÄ) je 100 Einsätze		
	2010	2015	Δ 2010 – 2015 in %	2010	2015	Δ 2010 – 2015 in %
<b>Rettungsdienste</b>	<b>99,9</b>	<b>104,6</b>	<b>4,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>
Rettung Chur	23,1	24,3	5,2	0,6	0,6	-6,5
REO Oberengadin	10,8	10,8	0,0	0,7	0,7	7,4
RSS Ilanz	8,6	7,9	-7,6	0,9	0,8	-2,4
RD Davos	8,9	12,9	45,2	0,6	0,9	50,3
RD Prättigau	6,1	10,0	65,3	0,8	1,5	81,0
RD Thusis	9,7	7,0	-27,8	1,4	1,0	-29,4
RD Scuol	3,6	4,0	11,1	0,9	1,1	27,2
RD Poschiavo	1,7	3,1	83,9	0,9	1,6	78,2
RD Bregaglia	2,0	2,6	27,5	3,1	3,5	11,8
RD Surses	4,4	6,5	49,4	1,5	2,2	45,0
RD Val Müstair	7,0	1,0	-85,7	8,6	1,0	-88,8
SAM Mesolcina	14,2	14,5	2,5	3,8	2,9	-24,7
<b>Ambulanzstützpunkte</b>	<b>21,9</b>	<b>18,5</b>	<b>-15,6</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>-17,7</b>
AS Arosa	6,5	6,0	-7,7	1,8	1,6	-11,2
AS Cadi	6,0	5,7	-5,8	1,9	2,2	12,9
AS Samnaun	7,1	6,1	-13,7	2,3	1,8	-23,9
AS Zernez	2,3	0,7	-69,6	6,2	1,2	-80,9
<b>Total Graubünden</b>	<b>121,8</b>	<b>123,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>-2,2</b>

### 3.4.2 Finanzen

Der Betriebsaufwand der Rettungsdienste belief sich 2015 auf insgesamt 16,4 Mio. Franken. Der Betriebsertrag lag einschliesslich Kantons- und Gemeindebeiträge von 3,2 Mio. Franken bei gesamthaft 14,8 Mio. Franken. Im Ergebnis resultierte

ein Defizit von 1,6 Mio. Franken bzw. ein Kostendeckungsgrad von 90 Prozent (Tabelle 14). Drei der zwölf Rettungsdienste erzielten einen Ertragsüberschuss, gleichzeitig wiesen verschiedene Rettungsdienste Deckungsgrade von unter 80 Prozent aus.

**Tabelle 14: Betriebsrechnung Rettungsdienste, 2015**

	Betriebsaufwand in 1000 Fr.	Betriebsertrag in 1000 Fr.	Betriebsergebnis in 1000 Fr.	Kostendeckungs- grad in %
Rettung Chur	4 560	4 440	-130	97,2
REO Oberengadin	1 700	1 880	180	110,9
RSS Ilanz	1 630	1 690	60	103,4
RD Davos	2 290	1 670	-620	73,0
RD Prättigau	1 570	970	-600	61,9
RD Thusis	970	920	-50	94,8
RD Scuol	1 050	810	-250	76,8
RD Poschiavo	500	440	-70	86,9
RD Bregaglia*	350	270	-80	77,7
RD Surses	660	530	-130	80,0
RD Val Müstair	390	350	-40	90,0
SAM Mesolcina	750	840	90	111,3
<b>Total Graubünden</b>	<b>16 430</b>	<b>14 800</b>	<b>-1 630</b>	<b>90,1</b>

\* Die Betriebsrechnung beinhaltet nur die effektiven Einsatzkosten und keine Kosten infolge Vorhalteleistungen.

## Rehabilitation

### 4.1 Reha-Landschaft Graubünden

Der Kanton Graubünden verfügt über fünf Rehabilitationskliniken. Die Hochgebirgsklinik Davos verfügt über den umfassendsten Leistungsauftrag. Weitere Kliniken sind das Zürcher Reha-Zentrum Davos, die Reha Seewis, die Reha Andeer sowie das Gesundheitszentrum Unterengadin.

Da die Bündner Kliniken nur einen Teil der breiten Palette an Rehabilitationsleistungen abdecken können, sind weitere sieben ausserkantonale Kliniken

auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt. Es handelt sich um die Kliniken Valens und Walenstadtberg, die Clinica di Riabilitazione di Novaggio und das Ospedale Regionale di Lugano, das Reha-Zentrum Afoltern des Kinderspitals Zürich, die Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, das Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil, die Clinica Hildebrand in Brissago sowie das REHAB Basel.

### 4.2 Stationäre Leistungen der Rehakliniken<sup>14</sup>

#### 4.2.1 Patienten

Die Hochgebirgsklinik Davos, das Zürcher Reha-Zentrum sowie die Kliniken in Seewis und Andeer haben im Jahr 2015 insgesamt 4330 Patienten stationär behandelt, wovon je rund ein Drittel

bis 44, 45 bis 64 und über 65 Jahre alt war (Abbildung 26 und Abbildung 27). Die Patientenzahl lag 2015 11 Prozent tiefer als im Jahr 2010, was vor allem auf den Rückgang der Fallzahlen in der Hochgebirgsklinik Davos zurückzuführen ist.

Abbildung 26: Patientenzahlen Reha

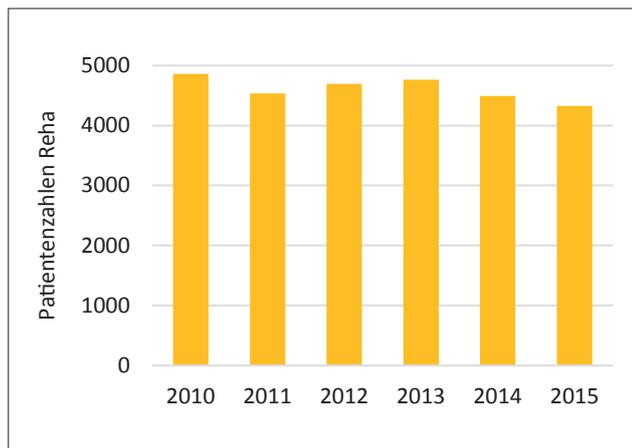
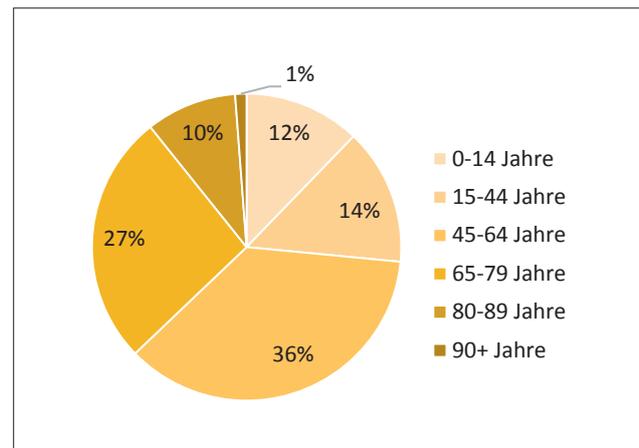


Abbildung 27: Alter der Patienten, 2015



<sup>14</sup> Die Statistiken in diesem und den nächsten beiden Abschnitten enthalten im Gegensatz zum letztjährigen Bericht zusätzlich die Werte des Zürcher Reha-Zentrums. Die Zahlen wurden auf Basis der Angaben in den jährlichen Geschäftsberichten der Stiftung Zürcher Reha-Zentren ergänzt. Ein Vergleich mit dem letztjährigen Bericht wie auch den unter [www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) veröffentlichten Kennzahlen ist für den Rehabereich daher nur eingeschränkt möglich.

Die Tabelle 15 zeigt die Patientenzahlen pro Klinik. Die grösste Klinik ist das Zürcher Reha-Zentrum Davos mit 1550 Patienten. Trotz starkem Rückgang der Patientenzahlen (-24 Prozent zwischen 2010 und 2015) ebenfalls über 1500 Patienten zählte

die Hochgebirgsklinik Davos. Die beiden Kliniken nehmen heute rund 70 Prozent aller Rehapatienten auf. Die Reha Seewis und das Reha Tgea Sulegl Andeer sind mit rund 800 bzw. 450 Patienten deutlich kleiner.

**Tabelle 15: Patientenzahlen je Rehaklinik, 2015**

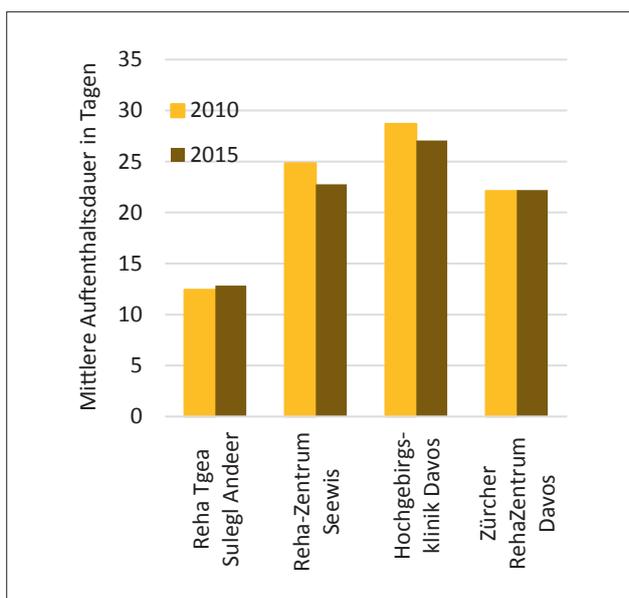
	Belegte Betten (Ø pro Tag)	Patientenzahlen		Zusatz- versicherte (Anteil in %)	Patientenherkunft 2015 (Anteile in %)		
		2015	Δ 2010 – 2015 (in %)		Kanton GR	übrige Schweiz	Ausland
Hochgebirgsklinik Davos	113	1 524	-24,0	10	3	15	82
Reha Tgea Sulegl Andeer	16	448	-14,0	25	95	4	1
Reha-Zentrum Seewis	50	806	-2,1	26	13	85	1
Zürcher Reha-Zentrum Davos	93	1 550	2,5	22	25	74	1
<b>Total Graubünden</b>	<b>272</b>	<b>4 328</b>	<b>-10,9</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>48</b>	<b>30</b>

Die Kliniken unterscheiden sich auch im Anteil der zusatzversicherten Patienten. Bei der Hochgebirgsklinik Davos lag der Anteil bei 10 Prozent, in den anderen Kliniken war er dagegen mehr als doppelt so hoch.

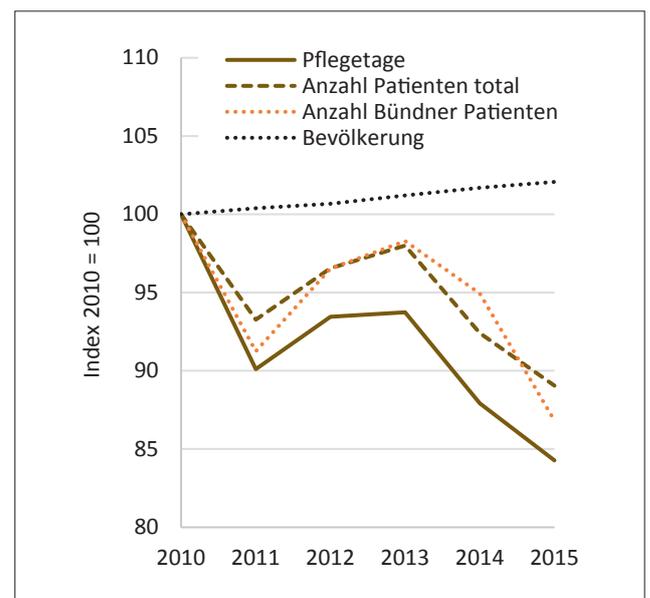
#### 4.2.2 Aufenthaltsdauer und Pflgetage

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Rehakliniken liegt naturgemäss deutlich über dem akutsomatischen Bereich und unterscheidet sich zudem stark zwischen den einzelnen Kliniken. In der

**Abbildung 28: Aufenthaltsdauer je Rehaklinik**



**Abbildung 29: Patientenzahlen und Pflgetage**

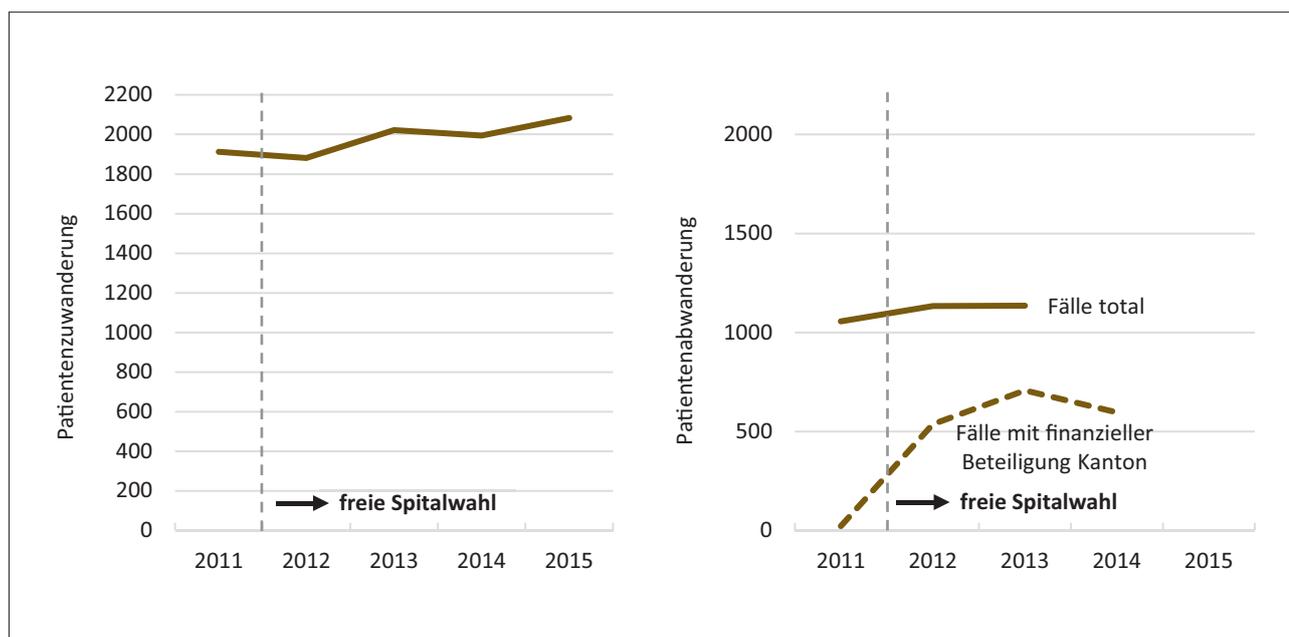


Hochgebirgsklinik Davos blieben die Patienten im Jahr 2015 im Schnitt 27 Tage, in der Reha Andeer war die Aufenthaltsdauer nur knapp halb so lang (Abbildung 28). Die Unterschiede sind wesentlich in den unterschiedlichen Leistungsaufträgen und Spezialisierungen begründet. Im Vergleich zum Jahr 2010 hat die Aufenthaltsdauer in Seewis um 2,1 und in Davos um 1,6 Tage abgenommen. Die gesunkene Aufenthaltsdauer hat kombiniert mit den rückläufigen Patientenzahlen zu einem star-

ken Rückgang der Pflgetage geführt. Im Zeitraum 2010 bis 2015 sank die Zahl der Pflgetage im Rehabereich von rund 117 800 auf 99 300 bzw. um 16 Prozent (Abbildung 29). Die Gegenüberstellung von Bündner Patientenzahlen und Bevölkerungsentwicklung indiziert eine insgesamt gesunkene Hospitalisationsrate im Bereich der stationären Rehabilitation, was nicht zuletzt auf den zunehmenden Ersatz von stationären durch ambulante Reha-

## 4.3 Rehaversorgung der Bevölkerung

Abbildung 30: Entwicklung der interkantonalen Patientenströme Rehabilitation



Im Jahr 2015 liessen sich 962 Bündner Patienten in der Hochgebirgsklinik Davos, dem Zürcher Reha-Zentrum sowie den Kliniken Seewis und Andeer behandeln. Demgegenüber wurden 1135 Bündner Patienten (Wert für das Jahr 2013) ausserkantonale behandelt. Der Eigenversorgungsgrad im Bereich Rehabilitation liegt im Kanton Graubünden demnach bei 45 bis 50 Prozent.

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung (2012) hat einerseits zu einem Zustrom von Patienten aus

anderen Kantonen geführt. Im Vergleich zum Jahr 2011 kamen 2015 9 Prozent mehr ausserkantonale Patienten in die Rehakliniken im Kanton Graubünden (Abbildung 30). Andererseits haben auch die Behandlungen von Bündner Patienten in anderen Kantonen zugenommen. So ist im Jahr 2012 die Anzahl der Bündner Patienten, die sich ausserkantonale behandeln liessen, im Vergleich zum 2011 um rund 7 Prozent gestiegen und anschliessend auf dem höheren Niveau verblieben. Vervielfacht hat sich dabei die

Zahl der Fälle, an denen sich der Kanton beteiligen muss (Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 betreffend Spitalfinanzierung). Bestand für den Kan-

ton im Jahr 2011 noch in 22 Fällen eine Mitfinanzierungspflicht, waren es im Jahr 2014 596 Fälle.

## 4.4 Klinikbetrieb Reha

Die Bündner Rehakliniken beschäftigten im Jahr 2015 insgesamt 571 Personen im Umfang von 421 Vollzeitäquivalenten (Tabelle 16). Davon waren insgesamt 5 Prozent in Ausbildung. Im Vergleich zum Jahr 2010 ging der Personalbestand um 5 Prozent zurück. Der Rückgang ist auf die Hochgebirgsklinik

Davos zurückzuführen, in welcher der Personalbestand – einhergehend mit einer Reduktion der Betriebsgrösse – um einen Drittel abnahm. Das Personal im Zürcher Reha-Zentrum Davos und im Reha-Zentrum Seewis wuchs dagegen mit je rund 20 Prozent deutlich an.

**Tabelle 16: Personalbestand in Vollzeitäquivalenten, 2015**

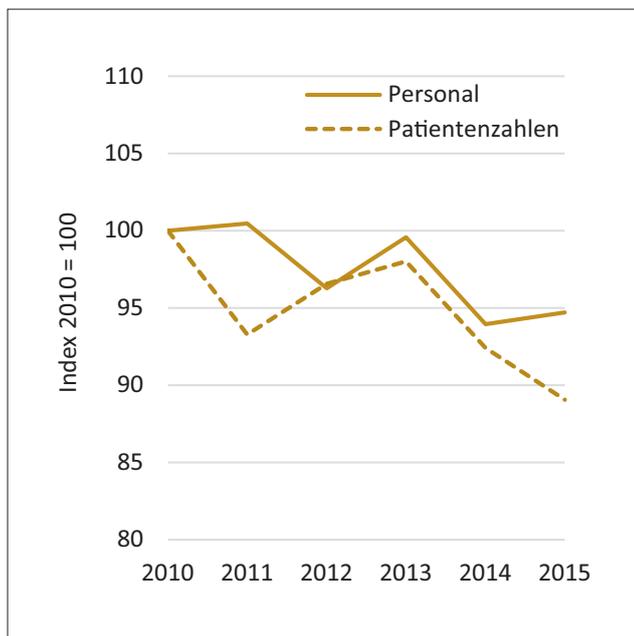
	Personal (VZÄ)		Patienten pro VZÄ		Personal in Ausbildung (in %)	Anteil ausländ. Personal (in %)
	2015	Δ 2010 – 2015 (in %)	2015	Δ 2010 – 2015 (in %)		
Hochgebirgsklinik Davos	140	-32,9	10,9	13,3	9	55
Reha Tgea Sulegl Andeer	18	5,2	24,3	-18,3	0	7
Reha-Zentrum Seewis	73	23,0	11,0	-20,4	12	31
Zürcher Reha-Zentrum Davos	189	19,2	8,2	-14,0	nicht verfügbar	
<b>Total Graubünden</b>	<b>421</b>	<b>-5,3</b>	<b>10,3</b>	<b>-6,0</b>	<b>10</b>	<b>44</b>

Der Anteil an ausländischem Personal lag 2015 in der Hochgebirgsklinik Davos bei über der Hälfte und im kantonalen Schnitt bei 44 Prozent. Hiervon kamen 85 Prozent aus EU-Ländern und 15 Prozent aus Nicht-EU Ländern. Der Anteil ausländischer Beschäftigter war in der Rehabilitation damit 1,5-mal so hoch wie in der Akutsomatik.

Demgegenüber war mit durchschnittlich 10,3 Patienten pro Vollzeitäquivalent die Arbeitsproduktivität im Reha-Bereich vergleichbar mit jener der Akutsomatik. Bedingt durch die unterschiedlichen

Leistungsaufträge und Spezialisierungen sind die Unterschiede zwischen den Kliniken allerdings erheblich. Konnten im Jahr 2015 in der Reha Andeer pro Vollzeitstelle 24,3 Patienten versorgt werden, waren es im Zürcher Reha-Zentrum Davos 8,2. Betrachtet man den Zeitverlauf, zeigt sich, dass die Personalintensität in der Rehabilitation tendenziell zugenommen hat. Der Rückgang der Patientenzahl war 2010 – 2015 stärker ausgeprägt als der Personalarückgang, sodass heute weniger Patienten auf eine Vollzeitstelle fallen als 2010 (Abbildung 31).

Abbildung 31: Entwicklung von Personal- und Patientenzahlen



## Psychiatrie

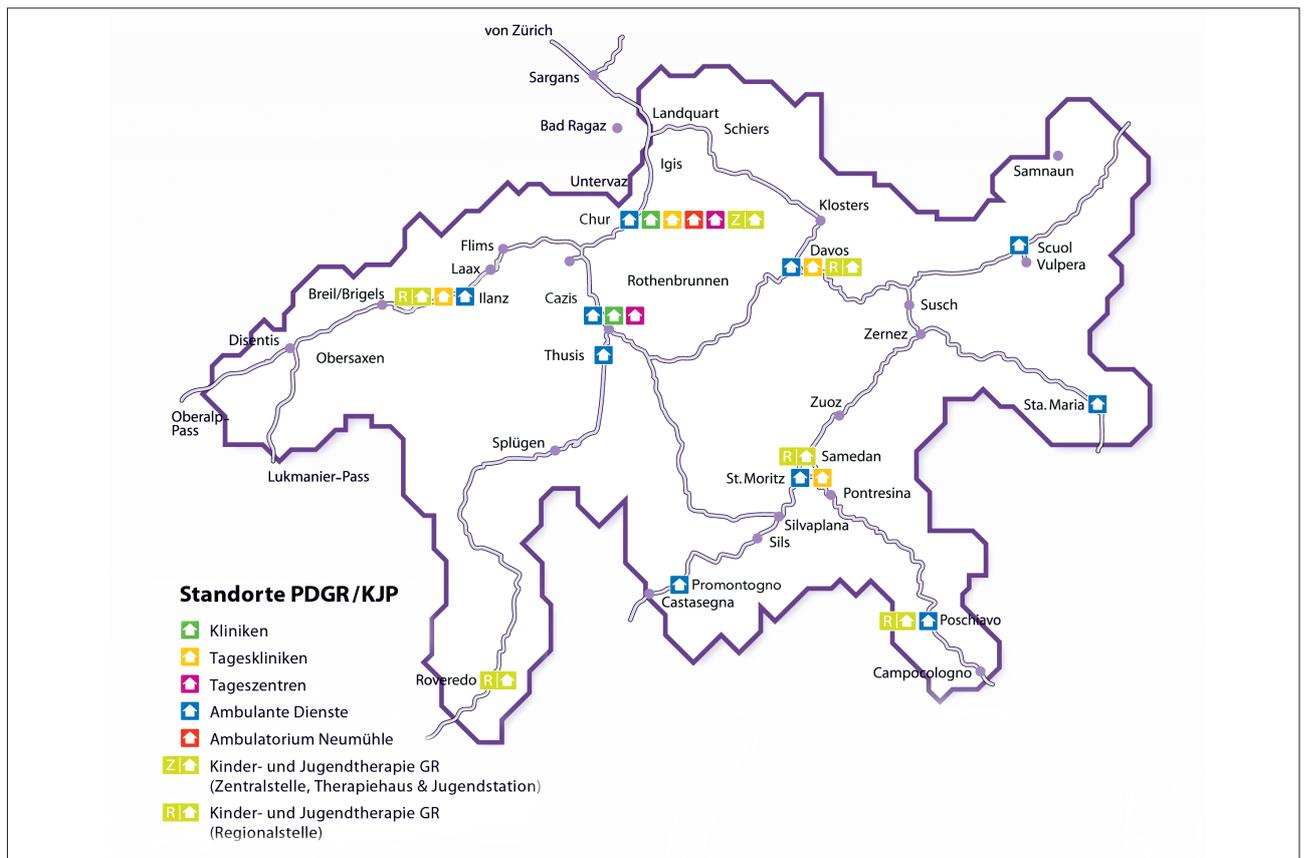
### 5.1 Spitallandschaft Psychiatrie

Die institutionelle psychiatrische Betreuung in Graubünden wird von den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR) sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP) sichergestellt (Abbildung 32). Die PDGR betreiben für stationäre Aufenthalte die Kliniken Waldhaus in Chur sowie Beverin in Cazis. Daneben werden regionale Stützpunkte unterhalten, so in der Surselva mit der Tagesklinik Ilanz, der Region Südbünden mit den Tageskliniken Scuol und St. Moritz, der Region Prättigau und Davos mit der Tagesklinik Davos. Das Angebot wird um diverse ambulante Sprechstundenstellen ergänzt. Bei der KJP sind die zentralen

Stellen in Chur angesiedelt (Jugendstation, Therapiehaus und Ambulatorium). Daneben werden Regionalstellen mit ambulanten Behandlungsangeboten in Ilanz, Davos, Samedan, Poschiavo und Roveredo betrieben.

Die stationäre Versorgung der Bevölkerung aus den italienischsprachigen Tälern stellt die Clinica psichiatrica cantonale in Mendrisio sicher. Die Tessiner Klinik ist die einzige ausserkantonale Klinik auf der Bündner Psychiatrie-Spittalliste. Im Weiteren hat die Clinica Holistica Engiadina in Susch einen Leistungsauftrag des Kantons Graubünden.

Abbildung 32: Standorte der psychiatrischen Angebote der PDGR und KJP



## ■ 5.2 Stationäre Leistungen der Psychiatrie

### 5.2.1 Patienten

Im Bereich Psychiatrie sind im Jahr 2015 insgesamt 2275 Personen stationär behandelt worden (Abbildung 33). Im Vergleich zum Jahr 2010 entspricht dies einer Zunahme von 700 Fällen oder 45 Prozent. Rund 60 Prozent dieser Zunahme sind auf die ab 2012 tätige private Clinica Holistica in Susch zurückzuführen. In den PDGR-Kliniken Waldhaus und Beverin stieg die Patientenzahl zwischen 2010 und 2015 um 22 Prozent, wobei der Zuwachs vor allem bei den ausserkantonalen Patienten stattfand. Bei der KJP stieg die Patientenzahl auf tiefem Niveau um 50 Prozent (Abbildung 33).

rückzuführen. In den PDGR-Kliniken Waldhaus und Beverin stieg die Patientenzahl zwischen 2010 und 2015 um 22 Prozent, wobei der Zuwachs vor allem bei den ausserkantonalen Patienten stattfand. Bei der KJP stieg die Patientenzahl auf tiefem Niveau um 50 Prozent (Abbildung 33).

Abbildung 33: Patientenzahlen der Psychiatriekliniken im Kanton Graubünden

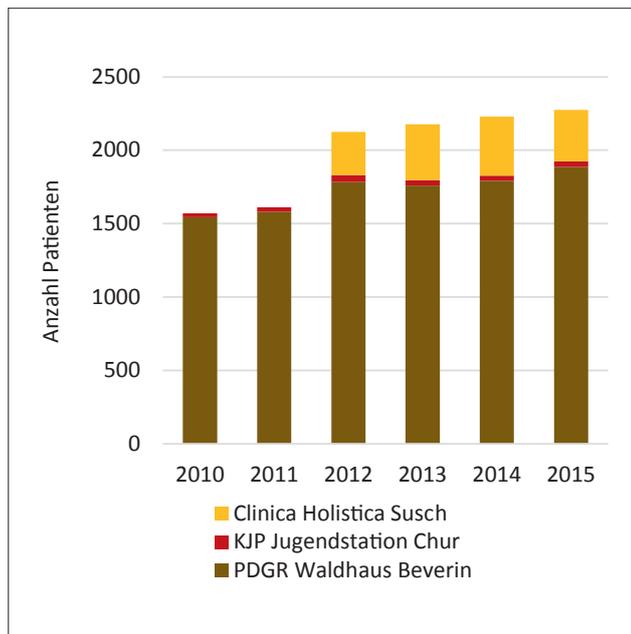
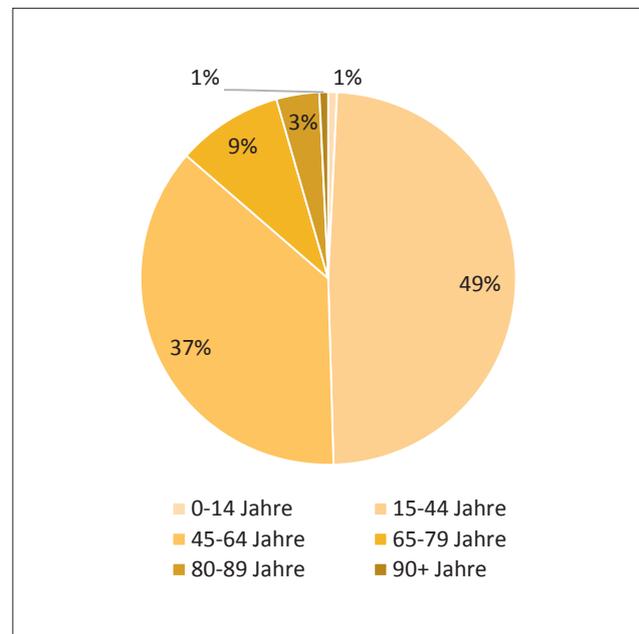


Abbildung 34: Alter der Patienten, 2015



Anders als in der Akutstation und in der Rehabilitation gehören in der Psychiatrie die Patienten hauptsächlich zum jüngeren Teil der Bevölkerung. 2015 war fast die Hälfte der Patienten zwischen 15 und 44 Jahren alt, weitere 37 Prozent waren 45 bis 64-jährig (Abbildung 34). Hochbetagte Patienten über 80 Jahre kamen dagegen nur selten vor.

Der Anteil der zusatzversicherten Patienten in der Psychiatrie lag 2015 insgesamt bei 12 Prozent (Tabelle 17). Einen deutlichen höheren Anteil von 32 Prozent verzeichnete die Clinica Holistica. Bei den PDGR-

Kliniken lag der Anteil der Zusatzversicherten bei 8 Prozent, während die KJP ausschliesslich allgemeinversicherte Patienten versorgte. Die PDGR und der KJP weisen damit deutlich weniger Zusatzversicherte auf als die Akutspitäler und die Rehakliniken.

Die Kliniken Waldhaus und Beverin und die KJP-Jugendstation Chur versorgten 2015 mit je rund 80 Prozent Bündner Patienten vorwiegend die kantonale Bevölkerung. Bei der Clinica Holistica kamen hingegen nur 17 Prozent der Patienten aus Graubünden und fast 80 Prozent aus anderen Kantonen.

**Tabelle 17: Fallzahlen je Psychiatrieklinik, 2015**

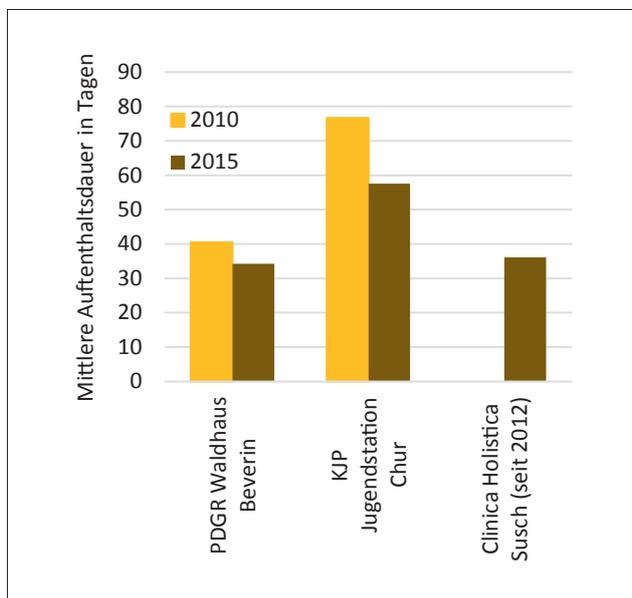
	Belegte Betten (Ø pro Tag)	Patientenzahlen		Zusatz-versicherte (Anteil in %)	Patientenherkunft 2015 (Anteile in %)		
		2015	Δ 2010-2015 (in %)		Kanton GR	übrige Schweiz	Ausland
PDGR Waldhaus und Beverin	177	1 886	22,1	8	79	17	4
KJP Jugendstation Chur	6	39	50,0	0	82	18	0
Clinica Holistica, Susch (ab 2012)	35	350	19,0	32	17	78	5
<b>Total Graubünden</b>	<b>218</b>	<b>2 275</b>	<b>44,8</b>	<b>12</b>	<b>69</b>	<b>26</b>	<b>4</b>

### 5.2.2 Aufenthaltsdauer

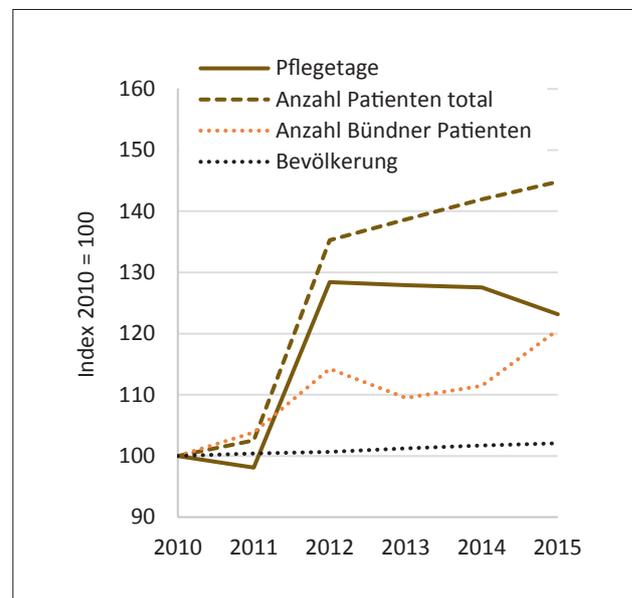
In der Psychiatrie betrug die mittlere Aufenthaltsdauer im Jahr 2015 rund 35 Tage. In der KJP-Jugendstation Chur lag die Dauer mit 58 Tagen deutlich über dem Durchschnitt, wobei sich, wie in

den PDGR, die Aufenthaltsdauer seit 2010 deutlich verkürzt hat (Abbildung 35). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Clinica Holistica Susch lag mit 36 Tagen nahe beim Durchschnitt.

**Abbildung 35: Aufenthaltsdauer Psychiatrie**



**Abbildung 36: Entwicklung von Patientenzahlen und Pflegetagen**



Die insgesamt rückläufige Entwicklung der Aufenthaltsdauer zeigt sich ab 2012 in einer trotz steigenden Patientenzahlen rückläufigen Anzahl Pflegetage (Abbildung 36). Der Sprung um rund 30 Prozent von rund 63 000 auf 83 000 Pflegetage zwischen 2011

und 2012 ist in erster Linie durch die Eröffnung der Clinica Holistica in Susch im Jahr 2012 verursacht. Auch der Anstieg bei den Patientenzahlen ist zunächst auf die Clinica Holistica zurückzuführen. Daneben ergab sich mit Einführung der neuen Spi-

talfinanzierung auch ein starker Zuwachs von ausserkantonalen Patienten (+84%) bei den PDGR. Die Zahl der Bündner Patienten ist zwischen 2010 und 2015 mit rund 21 Prozent etwa halb so stark

gewachsen wie das Total der Patienten. Nichtsdestotrotz weist der Vergleich mit dem Bevölkerungswachstum auf eine gestiegene Hospitalisationsrate im Psychiatriebereich hin.

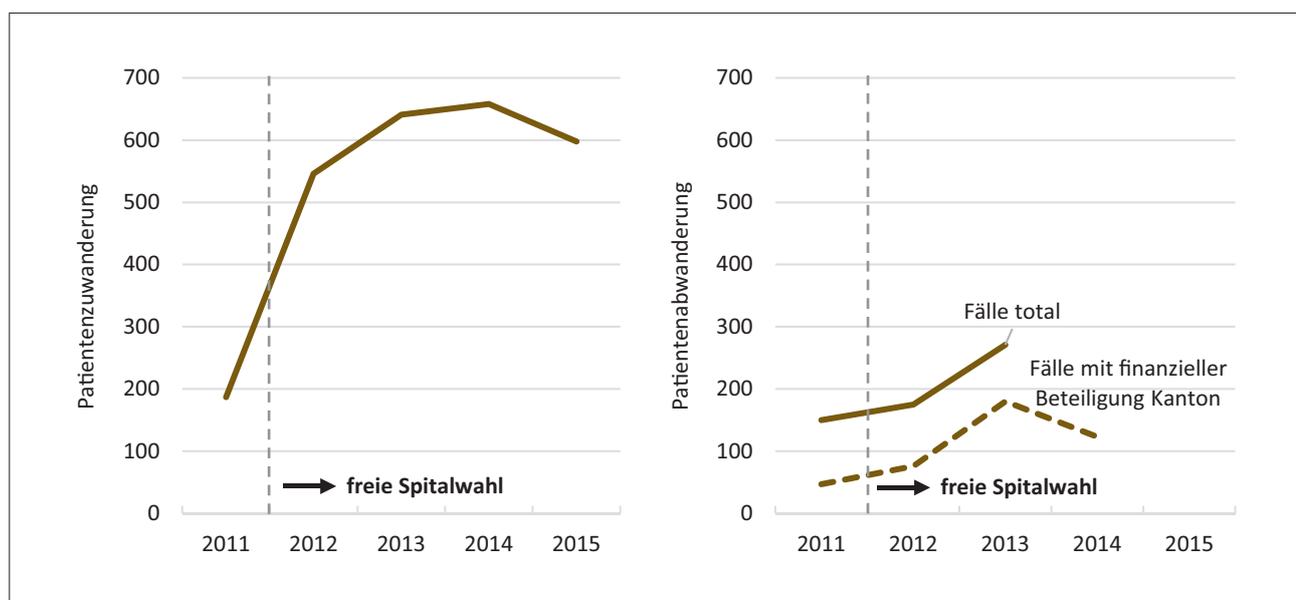
## ■ 5.3 Psychiatrische Versorgung der Bevölkerung

Im Jahr 2015 liessen sich 1575 Bündner Patienten in den Psychiatriekliniken im Kanton stationär behandeln. 271 Bündner Patienten wurden in ausserkantonalen Einrichtungen versorgt (Wert für das Jahr 2013). Der Eigenversorgungsgrad des Kantons Graubünden im Bereich Psychiatrie liegt somit bei rund 85 Prozent. Auch in der Psychiatrie hat die Einführung der neuen Spitalfinanzierung zu einem Anstieg der ausserkantonalen Behandlungen geführt (Abbildung 37, rechts). Im Jahr 2013 lag die Fallzahl um rund 120 Fälle oder 80 Prozent höher als vor dem Systemwechsel. Zugenommen hat auch der Anteil der vom Kanton mitzufinanzierenden Behandlungen. Finanzierte der Kanton

im Jahr 2011 noch rund ein Drittel der ausserkantonalen Behandlungen, lag der Anteil 2013 bei zwei Dritteln.

Auch beim Patientenzustrom aus anderen Kantonen haben Verschiebungen stattgefunden. Ausgelöst vor allem durch den Zustrom in die Clinica Holistica (+345 Patienten in den Jahren 2012–2014, –72 Patienten im Jahr 2015), aber auch durch zusätzliche Patientenzahlen bei den PDGR-Kliniken (+140 Patienten bzw. +80% in den Jahren 2012–2015), lagen die Zahlen der Patienten aus anderen Kantonen im Jahr 2015 rund 2,2-mal über dem Wert von 2011 (Abbildung 37, links).

Abbildung 37: Entwicklung der interkantonalen Patientenströme Psychiatrie



## 5.4 Klinikbetrieb Psychiatrie

### 5.4.1 Personal

Das Personal der psychiatrischen Kliniken im Kanton Graubünden umfasste im Jahr 2015 736 Personen oder 555 Vollzeitäquivalente (2014: 518). Der grösste Teil davon, knapp 90 Prozent, war in den Kliniken der PDGR – Waldhaus und Beverin – angestellt. Aufgeteilt nach Qualifikation waren 42 Prozent des Personals Pflegefachpersonen, 10 Prozent Ärzte und

Psychologen und 14 Prozent medizinisches und therapeutisches Personal. 17 Prozent des Personals befanden sich in Ausbildung, wobei die Clinica Holistica keine Ausbildungstätigkeiten erbrachte. Der Anteil der ausländischen Angestellten betrug insgesamt 28 Prozent. Bei den PDGR arbeiteten mit 26 Prozent am wenigsten Ausländer, in der Clinica Holistica mit 43 Prozent am meisten (Tabelle 18).

**Tabelle 18: Personalbestand in Vollzeitäquivalenten**

	Personalbestand (VZÄ)		Patienten (stationär) pro VZÄ		Personal in Ausbildung (in %)	Anteil ausländ. Personal (in %)
	2015	Δ 2010 – 2015 (in %)	2015	Δ 2010 – 2014 (in %)		
PDGR Waldhaus und Beverin	490	30,2	3,9	-6,2	19	26
KJPGR Jugendstation Chur	12	40,1	3,2	7,1	11	43
Clinica Holistica, Susch (ab 2012)	53	50,2	6,6	-	0	43
<b>Total Graubünden</b>	<b>555</b>	<b>44,1</b>	<b>4,1</b>	<b>0,5</b>	<b>17</b>	<b>28</b>

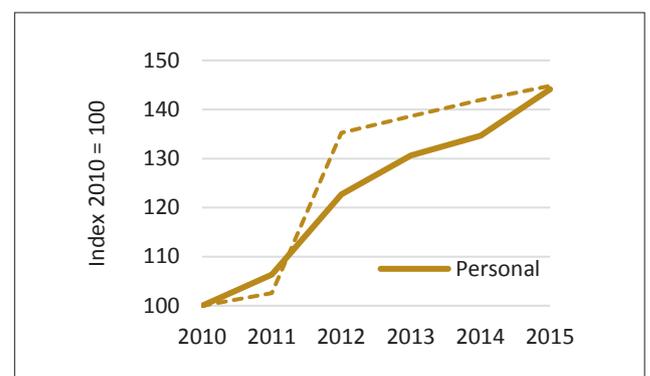
Im Durchschnitt betreuten die Psychiatriekliniken im Jahr 2015 stationär 4,1 Patienten pro Vollzeitäquivalent. In der PDGR und KJP sind zusätzlich die ambulanten Patienten (vgl. nachstehenden Abschnitt 5.5) zu berücksichtigen. So entfielen in der PDGR 2015 zusätzlich 13,0 ambulante Patienten auf ein Vollzeitäquivalent. Das Patienten-Vollzeitstellen-Verhältnis in der Psychiatrie wird damit vergleichbar mit jenem in der Akutsomatik und Rehabilitation.

In den Jahren 2010 bis 2015 ist der Personaleinsatz in der Psychiatrie markant gestiegen. Der Personal- ausbau steht im Zusammenhang mit der stark gestiegenen Patientenzahl, ausgelöst vor allem durch die Inbetriebnahme der Clinica Holistica Susch. Wie aus Abbildung 38 hervorgeht, haben bis Ende 2015 Patienten- und Personalzahlen gleich stark zugenommen. Dies weist darauf hin, dass der Personaleinsatz pro Fall in der Psychiatrie insgesamt stabil geblieben ist.

### 5.4.2 Qualitätsförderung und -sicherung

Auch die psychiatrischen Kliniken sind zur Qualitätsförderung und -sicherung verpflichtet. Es gelten dieselben Bestimmungen wie bei den Akutspitalern (vgl. 2.4.4).

**Abbildung 38: Entwicklung von Personal- und Patientenzahlen**



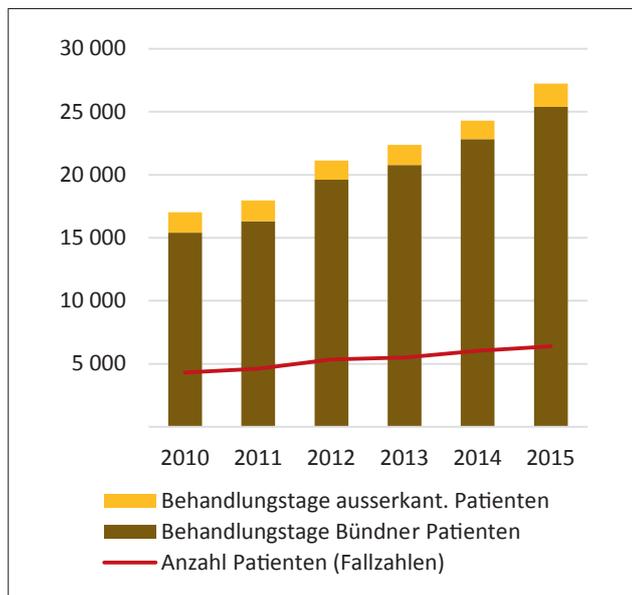
## ■ 5.5 Ambulante Leistungen der Psychiatrie

Wie die Akutspitäler erbringen auch die psychiatrischen Kliniken zusätzlich zu den stationären Leistungen ambulante Leistungen. So steht in den allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken der PDGR (Chur, Davos, Ilanz, Scuol, Thusis, St.Moritz) die Rehabilitation psychisch kranker Menschen, bei denen die Akutphase abgeschlossen ist, im Vordergrund. Die psychotherapeutische Tagesklinik (Chur), die gerontopsychiatrischen Tageskliniken (Chur, Ilanz) sowie die ambulanten Sprechstundenstellen bieten problembezogene Betreuung bei akut auftretenden und länger vorhandenen psychischen Beschwerden an, wenn keine stationäre Behandlung notwendig ist.

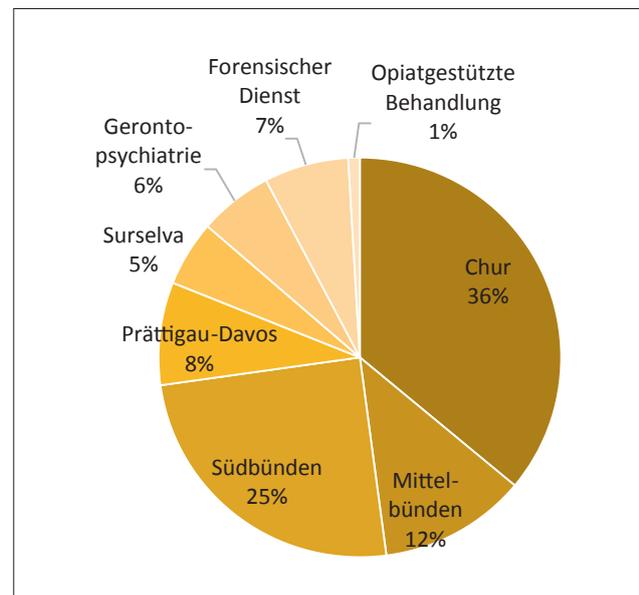
Die PDGR betreuten 2015 ambulant 6376 Patienten während 27 230 Behandlungstagen. Im Jahr 2010 lag die Zahl der Behandlungstage bei rund 17 000. 93 Prozent der Behandlungstage entfielen auf Bündner Patienten (Abbildung 39).

Gemessen in TARMED-Taxpunkten lag der ambulante Leistungsumfang der PDGR 2015 bei 5,9 Millionen verrechneten Taxpunkten. Im Vergleich zum Jahr 2010 entspricht dies einer Zunahme um über 70 Prozent. 86 Prozent der Taxpunkte entfielen auf die ambulanten Angebote in den Tageskliniken und ambulanten Sprechstunden in Chur und in den Regionen, 6 Prozent auf die Gerontopsychiatrie und 7 Prozent auf den ambulanten forensischen Dienst in Cazis (Abbildung 40).

**Abbildung 39: Ambulante Patienten und Behandlungstage, PDGR**



**Abbildung 40: Abgerechnete TARMED-Taxpunkte nach ambulatorischer Leistung, 2015**



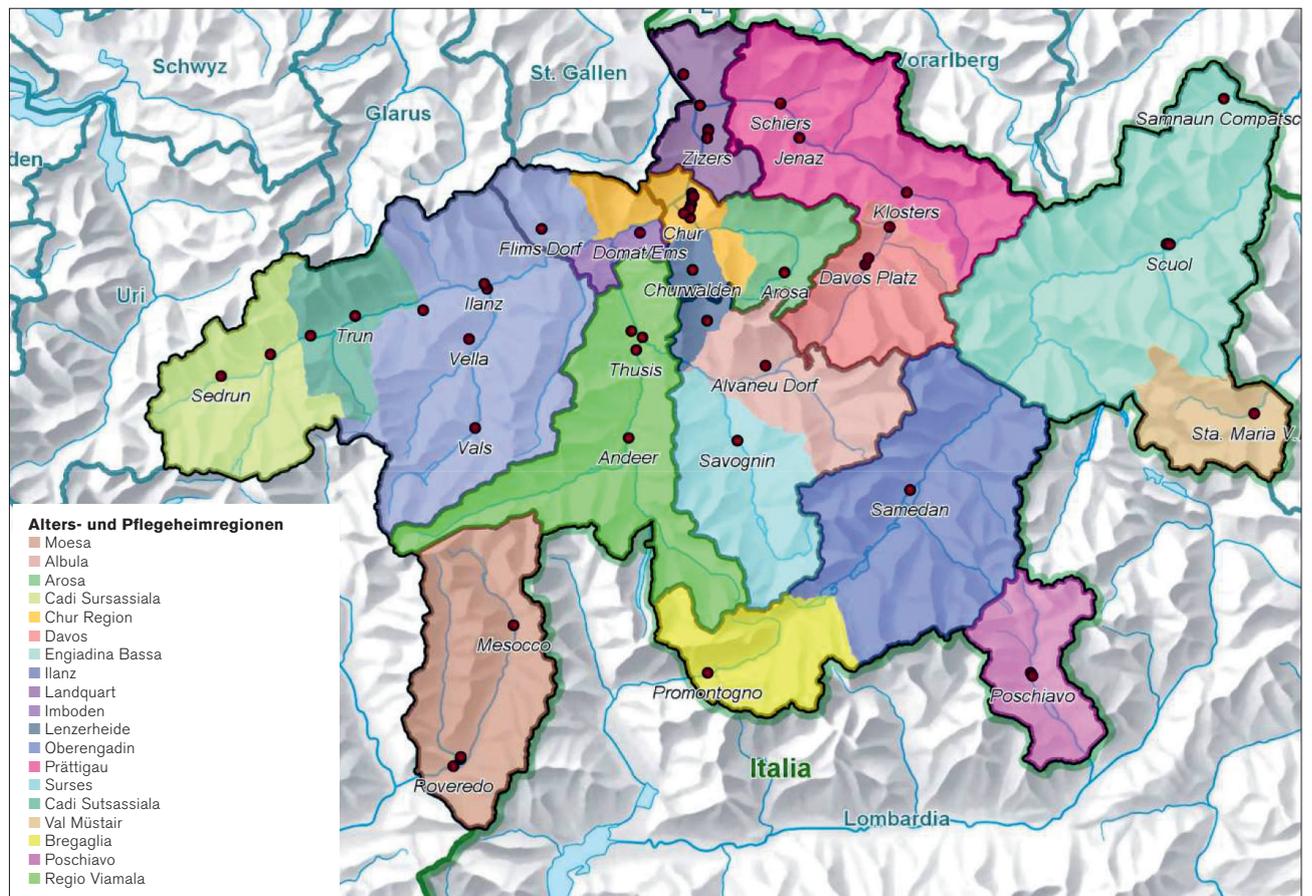
## Pflegeheime

### 6.1 Heimlandschaft

Der Kanton Graubünden ist in 19 Pflegeheimregionen unterteilt, welche insgesamt 53 Pflegeheime mit insgesamt 2550 Betten umfassen. Die Pflege-

heimregionen sind nur in sieben Fällen identisch mit den Spitalregionen und unterscheiden sich vielerorts auch in den Trägerschaften.

Abbildung 41: Pflegeheimregionen Graubünden



Die Regierung ist für die Rahmenplanung im Pflegeheimbereich zuständig. Sie erlässt auf dieser Basis die Pflegeheimliste mit den Institutionen, die ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen können. Die kantonale Rahmenplanung dient sodann als Grundlage für die

regionale Bedarfsplanung, mit welcher die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen sorgen. Die geltende kantonale Rahmenplanung stammt aus dem Jahr 2015.

## ■ 6.2 Stationäre Leistungen der Pflegeheime

### 6.2.1 Bewohner

Die Bewohnerzahlen in den Bündner Pflegeheimen haben sich in den letzten Jahren insgesamt wenig verändert und lagen 2015 bei 3589 Personen (Abbildung 42). Dass eine solche Stabilität trotz Alterung der Bevölkerung möglich war, kann zumindest teilweise auf alternative Wohnformen wie insbesondere das betreute Wohnen zurückgeführt werden. Innerhalb der Heimregionen sind jedoch deutliche Verschiebungen zu beobachten. Wie aus Tabelle 19 hervorgeht, weisen 8 der 19 Regionen im Zeitraum 2010–2015 abnehmende Bewohnerzahlen auf. Am

markantesten war der Rückgang in den Regionen Val Müstair (–34%), Arosa (–17%) sowie Cadi (–16%). Jedoch sind, einhergehend mit einem Ausbau der betriebenen Betten, die Bewohnerzahlen in den Regionen Landquart, Davos und regioViamala je um rund 20 Prozent gestiegen.

Im Durchschnitt waren die Bewohner in den Bündner Pflegeheimen in den letzten Jahren zwischen 84 und 85 Jahre alt. Im Jahr 2015 waren gegen 80 Prozent der Bewohner über 80 Jahre und 97 Prozent über 65 Jahre alt (Abbildung 43).

Abbildung 42: Bewohnerzahl Pflegeheime (Bewohner und Austritte per 31. 12.)

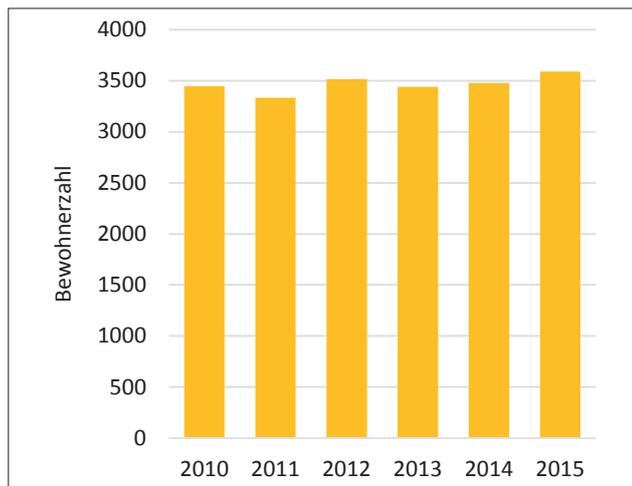
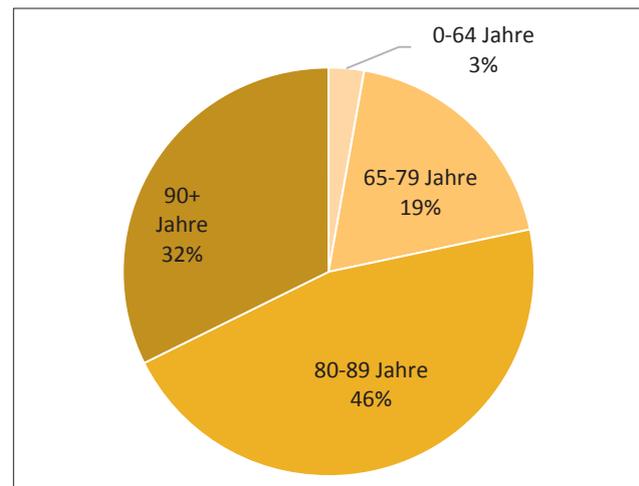


Abbildung 43: Alter der Heimbewohner, 2015



Die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer lag 2015 bei 777 Tagen bzw. rund 2 Jahren. In einzelnen Heimregionen war die Aufenthaltsdauer deutlich länger, was vor allem auf einzelne lange Pflegefälle zurückzuführen ist (vgl. auch Abschnitt 6.2.3 weiter unten).

In 15 der 19 Heimregionen stammten über 70 Prozent der Bewohner aus der Heimregion und über 90

Prozent der Bewohner aus dem Kanton. In drei Regionen, Lenzerheide, Albula und Bregaglia, wiesen die Heime relativ hohe Belegungsanteile aus anderen Regionen auf, doch auch ihre Bewohner kamen zu mehr als der Hälfte aus der Region. Einzig in den Heimen der Region Moesa stammten die Bewohner nicht hauptsächlich aus der Region, sondern zu rund 60 Prozent aus dem Tessin.

**Tabelle 19: Bewohner je Heimregion, 2015**

	Anzahl Heime	Betriebene Betten	Anzahl Bewohner (Austritte + Bewohner per 31. 12.)		Ø Aufenthaltsdauer bei Austritt (in Tagen)	Herkunft der Bewohner (in %)		
			2015	Δ 2010–2015 in %		eigene Heimregion	andere GR Heimregion	übrige CH, Ausland
Imboden	1	60	70	-1	979	86	14	0
Chur Regio	8	532	740	5	853	81	19	0
Landquart	6	265	358	22	700	71	19	0
Prättigau	3	179	220	-6	885	88	10	2
Davos	3	125	171	20	675	94	2	4
Arosa	1	40	34	-17	1 010	82	15	3
Lenzerheide	2	68	91	0	520	58	38	3
Albula	1	28	37	-8	1 147	62	30	8
Surses	1	42	55	-4	1 083	75	24	2
Region Viamala	4	210	329	18	649	74	23	2
Ilanz	6	255	345	13	809	86	13	2
Cadi Sursassiala	2	75	89	-16	2 444	84	15	1
Cadi Sutsassiala	2	89	110		827	78	20	2
Val Müstair	1	26	39	-34	834	79	10	10
Engiadina Bassa	4	102	141	3	992	94	4	3
Oberengadin	1	104	129	1	666	89	9	2
Poschiavo	2	92	177	1	446	97	2	1
Bregaglia	1	34	54	2	544	61	28	11
Moesa	4	224	400	0	704	38	0	62
<b>Total Graubünden</b>	<b>53</b>	<b>2 550</b>	<b>3 589</b>	<b>4</b>	<b>777</b>	<b>77</b>	<b>14</b>	<b>9</b>

### 6.2.2 Leistungen nach Pflegestufe

Die Leistungen der Pflegeheime unterteilen sich in die drei Bereiche Hotellerie bzw. Pension, Betreuung und Pflege. Im Bereich Pflege werden die Leistungen zusammengefasst, die nötig werden, wenn Bewohner infolge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen Unterstützung benötigen. Der Pflegebedarf wird im Kanton Graubünden über das BESA-System (= Bewohner/innen Erfassungs- und Abrechnungs-System) erfasst. Dieses unterteilt den Pflegebedarf nach vorgegebenen Richtlinien in zwölf Stufen, wobei jede BESA-Stufe für eine Zeiteinheit bzw. einen Pflegeaufwand von 20 Minuten pro Tag steht. Zusätzlich zu den zwölf BE-

SA-Stufen kennt der Kanton Graubünden noch die Pflegebedarfsstufe 0 (kein Pflegebedarf) sowie die Pflegebedarfsstufen 13 bis 16 (Pflegebedarf von vier Stunden und mehr).

In den Bündner Pflegeheimen wiesen 2015 knapp 70 Prozent der Bewohner eine BESA-Stufe von maximal 6 bzw. einen Pflegebedarf im Umfang von höchstens zwei Stunden auf (Tabelle 20). Weitere 25 Prozent waren in den BESA-Stufen 7 bis 9 mit bis zu drei Stunden Pflegebedarf eingeteilt. Höhere Pflegebedarfsstufen wurden nur von rund 6 Prozent der Bewohner erreicht. Im Vergleich zum Jahr 2013 haben die Einstufungen in den Stufen 4 bis 6 zugenommen (Abbildung 44).

In den einzelnen Heimregionen können die Pflegebedarfseinstufungen deutlich von den Durchschnittswerten abweichen. So weisen die Regionen Imboden, Arosa, Lenzerheide und Cadi Sursassiala deutlich höhere Anteile an Bewohnern mit den

höchsten Pflegebedarfsstufen aus, während in den Regionen Albula und Davos die Hälfte der Bewohner keine oder nur geringe Pflegeleistungen benötigt (Tabelle 20).

**Tabelle 20: Pflegebedarfsstufe und Pflegezeit, 2015**

	Pflegebedarfsstufe der Bewohner (Anteile in %)				Ø Pflegezeit je Belegungstag (in Minuten)
	BESA-Stufen 0-3 (Pflegezeit < 1h)	BESA-Stufen 4-6 (Pflegezeit 1-2h)	BESA-Stufen 7-9 (Pflegezeit 2-3h)	BESA-Stufe >10 (Pflegezeit > 3h)	
Imboden	26,2	31,0	28,6	14,3	103
Chur Regio	30,0	36,4	28,6	5,1	97
Landquart	42,4	39,4	14,4	3,8	74
Prättigau	34,0	48,7	16,7	0,7	82
Davos	56,4	33,6	9,1	0,9	58
Arosa	13,0	34,8	39,1	13,0	135
Lenzerheide	22,2	37,0	27,8	13,0	103
Albula	50,0	32,1	17,9	-	65
Surses	35,1	32,4	29,7	2,7	90
Region Viamala	29,8	34,1	27,3	8,8	103
Ilanz	37,1	27,8	27,8	7,2	99
Cadi Sursassiala	12,9	44,3	28,6	14,3	114
Cadi Sutsassiala	30,0	31,1	27,8	11,1	100
Val Müstair	16,0	48,0	36,0	-	107
Engiadina Bassa	38,1	35,7	22,6	3,6	94
Oberengadin	32,9	38,8	22,4	5,9	98
Poschiavo	21,1	50,0	26,7	2,2	101
Bregaglia	15,0	30,0	45,0	10,0	121
Moesa	8,3	51,4	32,6	7,8	115
<b>Total Graubünden</b>	<b>30,5</b>	<b>38,1</b>	<b>25,4</b>	<b>6,0</b>	<b>96</b>

Abbildung 44: Pflegeeinstufungen, 2013 und 2015

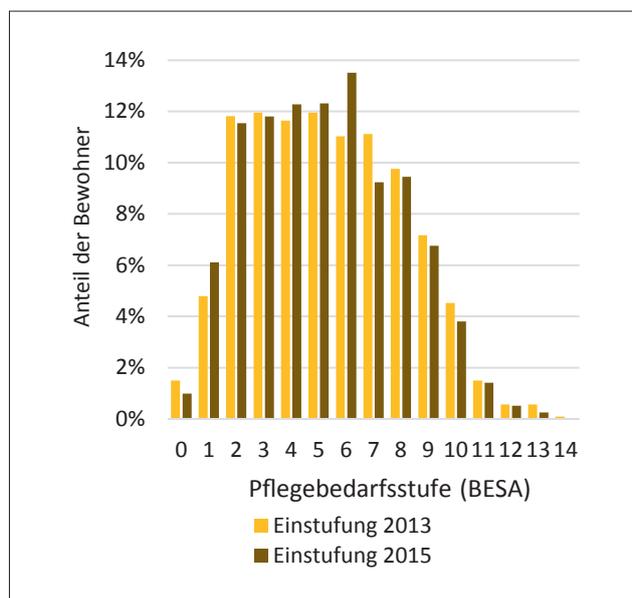
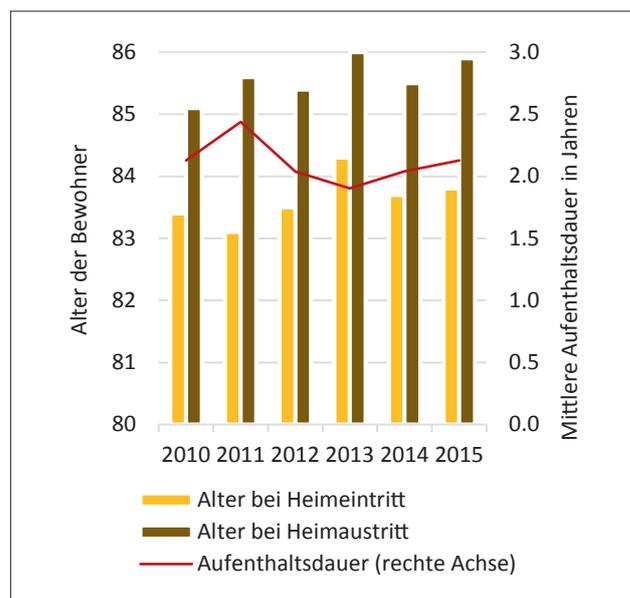


Abbildung 45: Alter beim Heimeintritt- und austritt, Aufenthaltsdauer



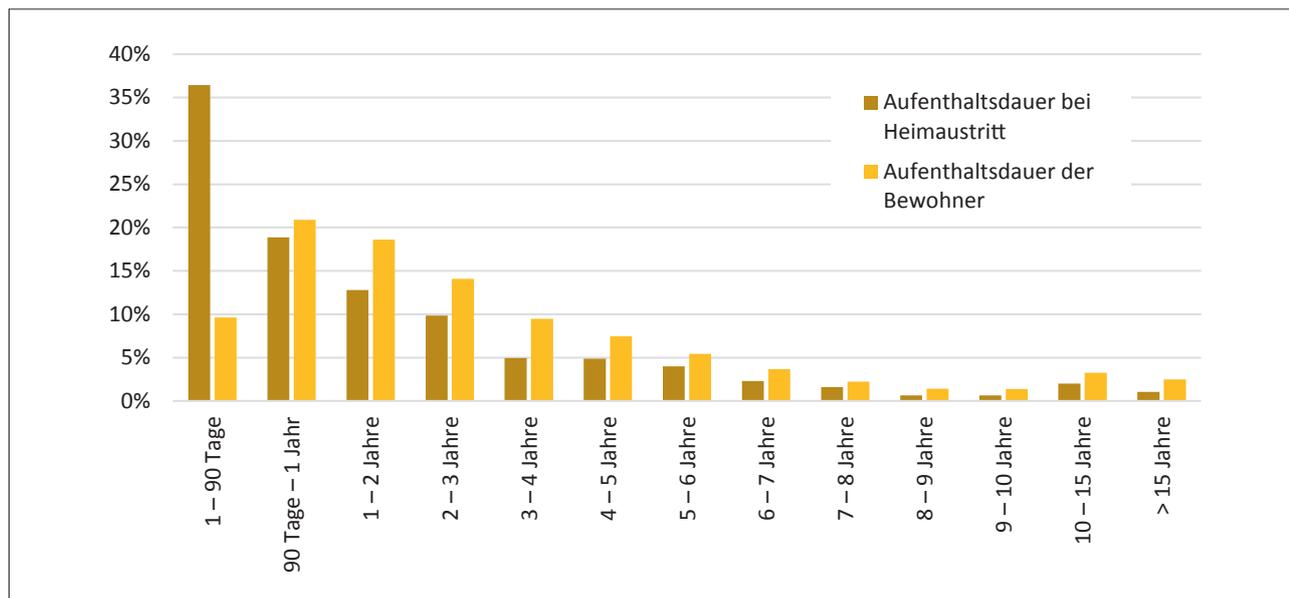
### 6.2.3 Aufenthaltsdauer

Im Jahr 2015 traten die Bewohner im Durchschnitt im Alter von 83,8 Jahren ins Heim ein und waren beim Austritt 85,9 Jahre alt (Abbildung 45, linke Achse). Die Entwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass das Alter bei Heimeintritt tendenziell steigt, was darauf hinweist, dass die betagte Bevölkerung heute – mit Unterstützung insbesondere der Spitex – länger zu Hause bleibt. Da auch das Alter bei Heimaustritt tendenziell zunimmt, ist die mittlere Aufenthaltsdauer der austretenden Bewohner über die letzten Jahre relativ stabil geblieben (Abbildung 45, rechte Achse). Sie lag 2015 durchschnittlich bei 2,1 Jahren.<sup>15</sup> Wie aus Abbildung 46 hervorgeht, ist die Heimaufenthaltsdauer in vielen Fällen relativ kurz und kom-

men langjährige Heimaufenthalte vergleichsweise selten vor. So erfolgen 37 Prozent der Heimaustritte bereits nach einem Aufenthalt von maximal 90 Tagen. Weitere knapp 20 Prozent der Heimaustritte erfolgen nach einem Aufenthalt zwischen 90 Tagen und einem Jahr. Entsprechend hielt sich von den Ende 2015 in den Heimen wohnenden Personen fast die Hälfte seit höchstens zwei Jahren im Heim auf. Aufenthaltsdauern von mehr als fünf Jahren wiesen dagegen nur rund 20 Prozent der Bewohner auf. Bei den sehr langen Aufenthaltsdauern von mehr als zehn Jahren handelt es sich vielfach um jüngere Langzeitpatienten mit chronischen Leiden und nicht um pflegebedürftige ältere Personen.

<sup>15</sup> Der Ausweis der mittleren Aufenthaltsdauer pro Heimregion ist nicht sinnvoll, da die Durchschnittsgrösse insbesondere bei kleineren Regionen stark auf Ausreisser (Bewohner mit Aufenthaltsdauer, die deutlich vom normalerweise zu beobachtenden Wert abweicht) reagiert.

Abbildung 46: Aufenthaltsdauer, Austretende und Bewohner



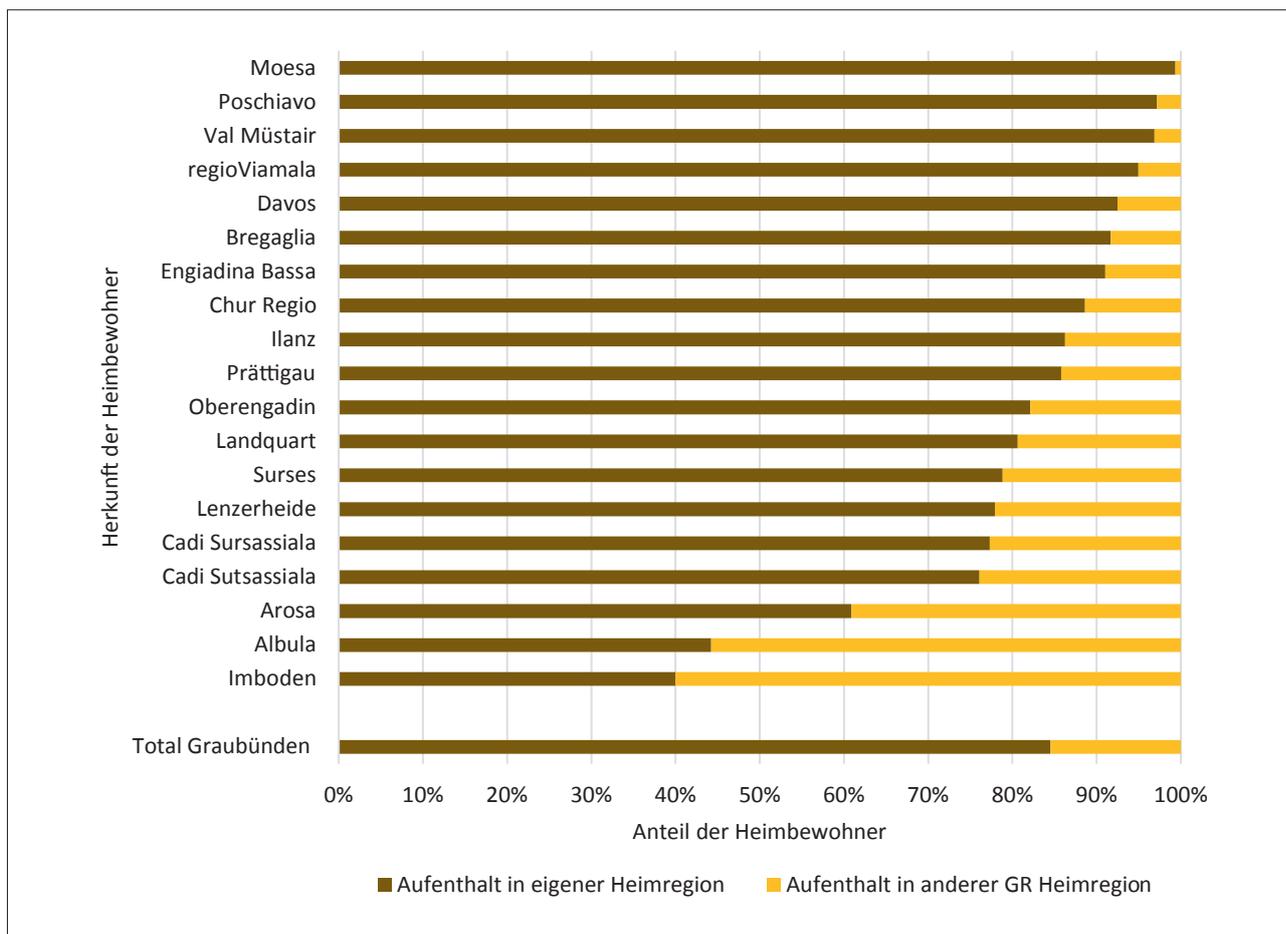
## 6.3 Heimversorgung der Bevölkerung

Im Bereich der Pflege weist der Kanton Graubünden insgesamt einen hohen Eigenversorgungsgrad aus: Im Jahr 2015 konnten rund 85 Prozent der Personen, die einen Pflegeheimplatz benötigten, in der Heimregion versorgt werden.

Die höchsten Eigenversorgungsgrade wiesen 2015 die Heimregionen an den südlichen Kantonsgrenzen auf (Abbildung 47). In 14 weiteren Regionen wurde die Mehrheit der Bevölkerung mit stationä-

rem Pflegebedarf durch die regionalen Heime aufgefangen. Nur in den Regionen Albula und Imboden war die Fremdversorgung durch andere Heimregionen grösser als die Eigenversorgung. Relativ hohe Anteile in der Fremdversorgung sind teilweise aktuellen oder vergangenen Kapazitätsengpässen geschuldet, können aber auch Ausdruck für zu kleinräumige Heimregionen sein.

Abbildung 47: Heimaufenthalt in-/ausserhalb der Heimregion, 2015



## 6.4 Pflegeheimbetrieb

### 6.4.1 Personal

Die Bündner Pflegeheime beschäftigten im Jahr 2015 4026 Personen im Umfang von 2384 Vollzeitstellen (Tabelle 21). Rund 55 Prozent der Stellenprozent entfielen auf Pflegeleistungen, rund 10 Prozent auf Betreuungs- und knapp 3 Prozent auf Pensionsleistungen. Die restlichen 32 Prozent entfielen mehrheitlich auf die Bereiche Haus- und technischer Dienst sowie die Verwaltung.

Im Vergleich zum Jahr 2011 ist der Personalbestand um 142 Vollzeitstellen oder 6,3 Prozent gestiegen. In den einzelnen Regionen sind die Entwicklungen zwischen 2011 und 2015 stark unterschiedlich ausgefallen, die Spanne reicht von einer Personalreduktion von 27,2 Prozent in der Region Oberengadin bis zu einem Zuwachs von 27,3 Prozent in der Region Moesa.

**Tabelle 21: Personalbestand in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)**

	Personalbestand (Vollzeitäquivalente)			Pflegezeit in Stunden pro VZÄ		
	2011	2015	Δ 2011 – 2015 in %	2011	2015	Δ 2011 – 2015 in %
Imboden	60	56	-6,2	722	490	-32,2
Chur Regio	503	503	0,0	655	599	-8,5
Landquart	212	246	16,0	579	427	-26,3
Prättigau	145	136	-5,8	483	555	15,0
Davos	76	87	14,6	725	439	-39,5
Arosa	28	33	19,3	540	584	8,3
Lenzerheide	57	60	6,7	715	594	-16,9
Albula	25	25	0,8	554	396	-28,4
Surses	32	34	6,5	656	645	-1,7
Region Viamala	223	237	6,1	574	527	-8,1
Ilanz	225	256	13,8	639	561	-12,2
Cadi Sursassiala	78	76	-2,1	603	634	5,2
Cadi Sutsassiala	68	81	19,4	890	670	-24,7
Val Müstair	26	26	3,5	856	589	-31,2
Engiadina Bassa	88	95*	7,7	718	565 *	-21,3
Oberengadin	103	75	-27,2	627	651	3,8
Poschiavo	75	81	8,2	308	696	126,3
Bregaglia	38	44	15,2	679	625	-8,0
Moesa	182	232	27,3	872	646	-26,0
<b>Total Graubünden</b>	<b>2242</b>	<b>2384</b>	<b>6,3</b>	<b>646</b>	<b>566</b>	<b>-12,3</b>

\* Wert 2014

Wird der Personalbestand ins Verhältnis zu den Pflegeleistungen gesetzt (vgl. rechter Teil der Tabelle 21), dann zeigt sich, dass im Jahr 2015 durchschnittlich 566 Stunden Pflegezeit auf ein Vollzeitäquivalent entfielen. 2011 lag dieser Wert noch bei 646 Stunden, was darauf hinweist, dass der Anteil an pflegerischen Leistungen im Vergleich zu anderen Aufgaben abgenommen hat bzw. – aufgrund der Verrechnungsmöglichkeiten (vgl. nachfolgender Abschnitt) – weniger Pflegeleistungen verrechnet wurden. Wie die Werte für die einzelnen Regionen zeigen, sank in Davos, Imboden und Val Müstair der Pflegeanteil pro Vollzeitäquivalent zwischen 2011 und 2015 um mehr als 30 Prozent. Weniger als 500 Pflegestunden pro Vollzeitstelle wiesen 2015 die

Regionen Albula, Landquart, Davos und Imboden aus, während in der Region Poschiavo der Wert gegen 700 betrug.

#### 6.4.2 Finanzen

Im Jahr 2015 lagen die Kosten im Pflegeheimbereich bei insgesamt 241,5 Mio. Franken (Tabelle 22). Ihnen stand ein Ertrag von insgesamt rund 228,3 Mio. Franken gegenüber, was zu einer Kostenunterdeckung von insgesamt 13,2 Mio. Franken oder einem Kostendeckungsgrad von 95 Prozent geführt hat. In den einzelnen Heimregionen stellt sich die Ergebnislage unterschiedlich dar; die Kosten vollständig decken konnten allerdings nur vier Regionen (bei mehreren Heimen in einer Region kann sich die

Situation je Heim unterschiedlich präsentieren). Zu beachten ist, dass es sich bei den in Tabelle 22 ausgewiesenen Werten um Zahlen der Kostenrechnung handelt. Diese verwendet für die Abschreibungen und Kapitalzinsen die kalkulatorischen und nicht die

effektiven anfallenden Kosten, was gerade bei Heimen mit älterer Gebäudesubstanz und im heutigen Tiefzinsumfeld dazu führt, dass Aufwand und Defizit überschätzt werden.

**Tabelle 22: Kosten, Ertrag, Deckungsgrad, 2015**

	Netto-kosten in 1000 Fr.	Ertrag				Ergebnis in 1000 Fr.	Deckung der Kosten (in %)	
		Total in 1000 Fr.	davon aus Pflegetaxen (in %)	davon aus Pensions- taxen (in %)	davon aus Betreuungs- taxen (in %)			davon aus Beiträgen/ Subven- tionen (in %)
Imboden	5 200	4 770	45	41	14	0,0	-430	92
Chur Regio	50 540	50 730	42	43	14	0,0	190	100
Landquart	25 610	23 750	38	42	14	5,7	-1 860	93
Prättigau	16 600	14 660	39	45	15	0,0	-1 950	88
Davos	10 700	9 330	34	49	17	0,0	-1 370	87
Arosa	3 120	2 810	47	40	12	1,5	-300	90
Lenzerheide	5 930	5 660	45	41	14	0,2	-270	95
Albula	2 840	2 230	31	53	16	0,0	-610	79
Surses	3 970	3 850	42	43	15	0,0	-120	97
Region Viamala	23 760	20 650	43	42	14	1,3	-3 110	87
Ilanz	24 850	23 570	43	42	15	0,1	-1 290	95
Cadi Sursassiala	6 920	7 240	45	40	14	0,0	320	105
Cadi Sutsassiala	8 790	8 780	44	42	15	0,1	-10	100
Val Müstair	2 990	2 490	45	41	14	0,2	-500	83
Engiadina Bassa	8 590	7 830	42	44	14	0,0	-760	91
Oberengadin	8 980	8 140	42	43	15	0,0	-830	91
Poschiavo	8 470	9 150	45	41	14	0,0	680	108
Bregaglia	4 340	4 040	51	35	14	0,0	-300	93
Moesa	19 310	18 600	50	40	10	0,0	-710	96
<b>Total Graubünden</b>	<b>241 510</b>	<b>228 280</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>0,8</b>	<b>-13 240</b>	<b>95</b>

Von der Ertragssumme von 228,3 Mio. Franken entfielen insgesamt je 43 Prozent auf Erträge aus Pflegetaxen und Pensionstaxen sowie 14 Prozent auf Betreuungstaxen. Die von den Gemeinden ausgerichteten Beiträge und Subventionen beliefen sich auf 0,8 Prozent des Gesamtertrags, wobei nur in der Hälfte der Heimregionen solche Unterstützungen ausgerichtet wurden.

Die Ertragsstruktur spiegelt sich auf der Kosten- seite. Dies geht aus Abbildung 48 hervor, welche die durchschnittlichen Kosten je Belegungstag aufschlüsselt. Sie zeigt, dass von den Gesamtkosten von 285 Franken pro Belegungstag 41 bzw. 44 Prozent auf Pflege- bzw. Pensionskosten und 14 Prozent auf Betreuungskosten entfielen.

Zwischen 2011 und 2015 stiegen die durchschnittlichen Kosten pro Belegungstag insgesamt um 11 Prozent (Abbildung 49). Treiber dieses Kostenanstiegs waren zum einen die Betreuungskosten pro Belegungstag, die 2015 21 Prozent über dem Wert von 2011 lagen, und zum anderen die Pensionskosten, die um 17 Prozent zunahmen. Demgegenüber stiegen die Pflegekosten pro Belegungstag mit 3,6 Prozent vergleichsweise moderat an.

Diese unterschiedlichen Kostenentwicklungen lassen auf erhebliche Tarifverschiebungen im Zuge der Einführung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 schliessen. Nach der Anhebung der Pflegekosten im Jahr 2011 – meist auf das dannzumal definierte Maximum – waren in den Folgejahren in der Pflege

nur noch vereinzelt Tarifierhöhungen möglich. Anhebungen wurden dagegen bei den Betreuungs- und Pensionstaxen vorgenommen, wo innerhalb der vom Kanton vorgegebenen anerkannten Kosten noch Spielraum bestand. Im Ergebnis wurden 2015 pro Heimbewohner anteilmässig weniger Pflegestunden und mehr Betreuungs- und Pensionskosten verrechnet als 2011 bzw. vor Einführung der neuen Pflegefinanzierung, was die Pflegekosten pro Tag entsprechend dämpft und den Anstieg der Pflegekosten pro Pflegestunde (+13 Prozent im Zeitraum von 2011 bis 2015) weitgehend aufwiegt. Um dieser Entwicklung zu begegnen, sind 2015 Anpassungen an den Pensions- und Betreuungstarifen erfolgt.

Abbildung 48: Kosten je Belegungstag, 2015

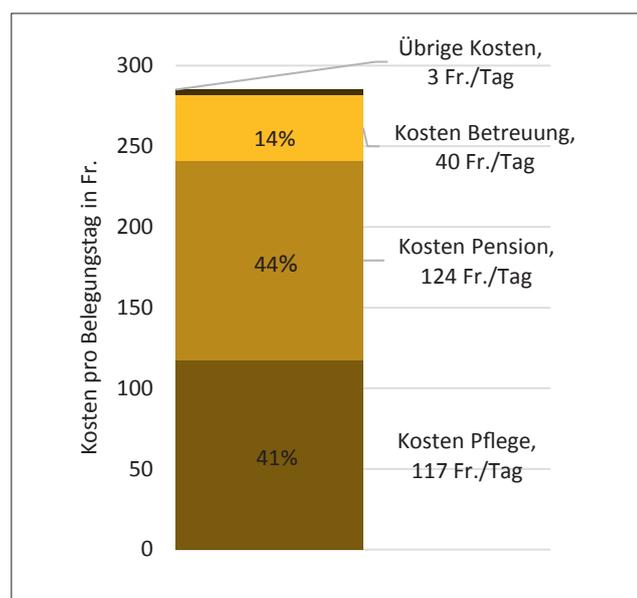
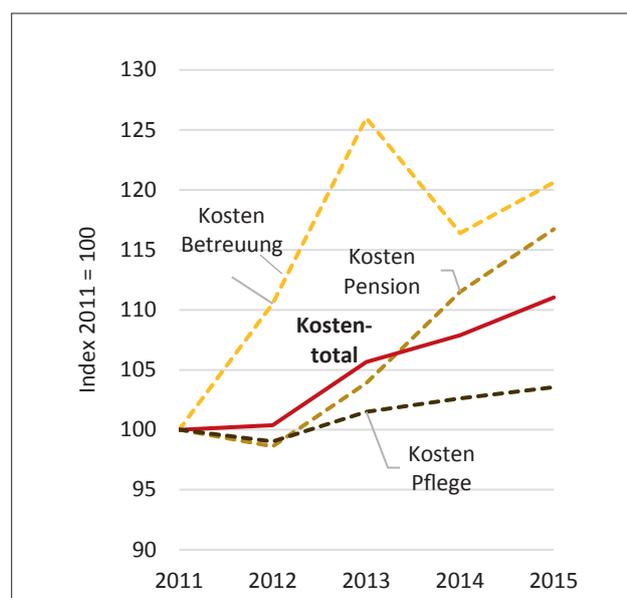


Abbildung 49: Entwicklung der Kosten je Belegungstag, Index 2011 = 100



### 6.4.3 Qualitätsförderung und -sicherung

In der Verordnung zum Gesundheitsgesetz sind die Bewilligungsvoraussetzungen für Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen konkretisiert. In Art. 18 Abs. 1 ist als Qualitätsvorgabe der Nachweis eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems (QMS), welches Standards zu den vom Gesundheitsamt festgelegten Bereichen be-

inhaltet, festgelegt. Das QMS muss von einer von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle für das Gesundheitswesen akkreditierten Stelle zertifiziert sein. Im Kanton Graubünden sind aktuell 98 Prozent der Alters- und Pflegeheime zertifiziert. Der ständige Verbesserungsprozess ist etabliert und in internen und externen Audits wird die Qualität überprüft und weiterentwickelt.

Das Gesundheitsamt beobachtet anhand der jährlich eingereichten Qualitätsindikatoren den Verlauf folgender Grössen: Anzahl Stürze mit mittelschweren und schweren Verletzungen, Anzahl in der Institution erworbener Decubiti (durch stetigen Druck {Immobilität} entstandene Wunden), Anzahl Bewohner mit freiheitseinschränkenden Massnahmen, Anzahl Bewohner, bei denen durch die Pflegedienstleitung eine BESA-Rückstufung vorgenommen wurde und die Anzahl Verstorbene. Der Fokus des Gesundheitsamts liegt bei der Beobachtung auf Abweichungen zu den Vorjahreszahlen und grossen Unterschieden im Vergleich der Institutionen.

Im Richtstellenplan sind die minimalen, quantitativen personellen Anforderungen vorgegeben. Das Einhalten dieser Vorgaben, mit Aussagen zum Anteil Fach- und Assistenzpersonal in Bezug zu den Pflegeminuten, wird durch das Gesundheitsamt vierteljährlich administrativ geprüft. Die Alters- und Pflegeheime im Kanton Graubünden erfüllen die personellen Vorgaben weitgehend sehr gut. Im 2015 wurden bei fünf Institutionen die Richtstellenpläne zur monatlichen Überprüfung eingefordert.

Das Gesundheitsamt führt im Zyklus von vier Jahren Überprüfungsaudits vor Ort durch. Um das Ein-

halten der personellen Vorgaben zu verifizieren, werden alle Personaldossiers der Mitarbeitenden im Pflegedienst eingesehen und die Einreihung im Richtstellenplan mit Ausbildungsabschluss und Anstellungsprozenten verglichen. Bei einem Rundgang durch die Institutionen macht sich das Auditteam ein Bild zur Erfüllung der Anforderungen an die Einrichtung und zu den Hilfsmitteln. Sicherheitsrelevante Themen wie das Medikamentenmanagement und Notfallkonzept werden direkt bei den Mitarbeitenden auf die gelebte Praxis überprüft. Die Pflegedokumentation und das Erheben der Qualitätsindikatoren werden ebenfalls auf den Stationen erörtert. In der Schlussbesprechung werden relevante Feststellungen direkt zurückgemeldet. Details werden im Bericht Überprüfungsaudit beschrieben und mit Möglichkeit zur Stellungnahme dem Betrieb zugestellt. Die Betriebsbewilligung wird auf Grundlage des Berichts Überprüfungsaudit verfügt und kann Auflagen beinhalten. Im Jahr 2015 sind zwölf Alters- und Pflegeheime überprüft worden. Auflagen betrafen das Medikamentenmanagement, Aus- und Weiterbildungsnachweise von Mitarbeitenden sowie das Erarbeiten von Konzepten oder Schulungen zum Thema Gewalt.

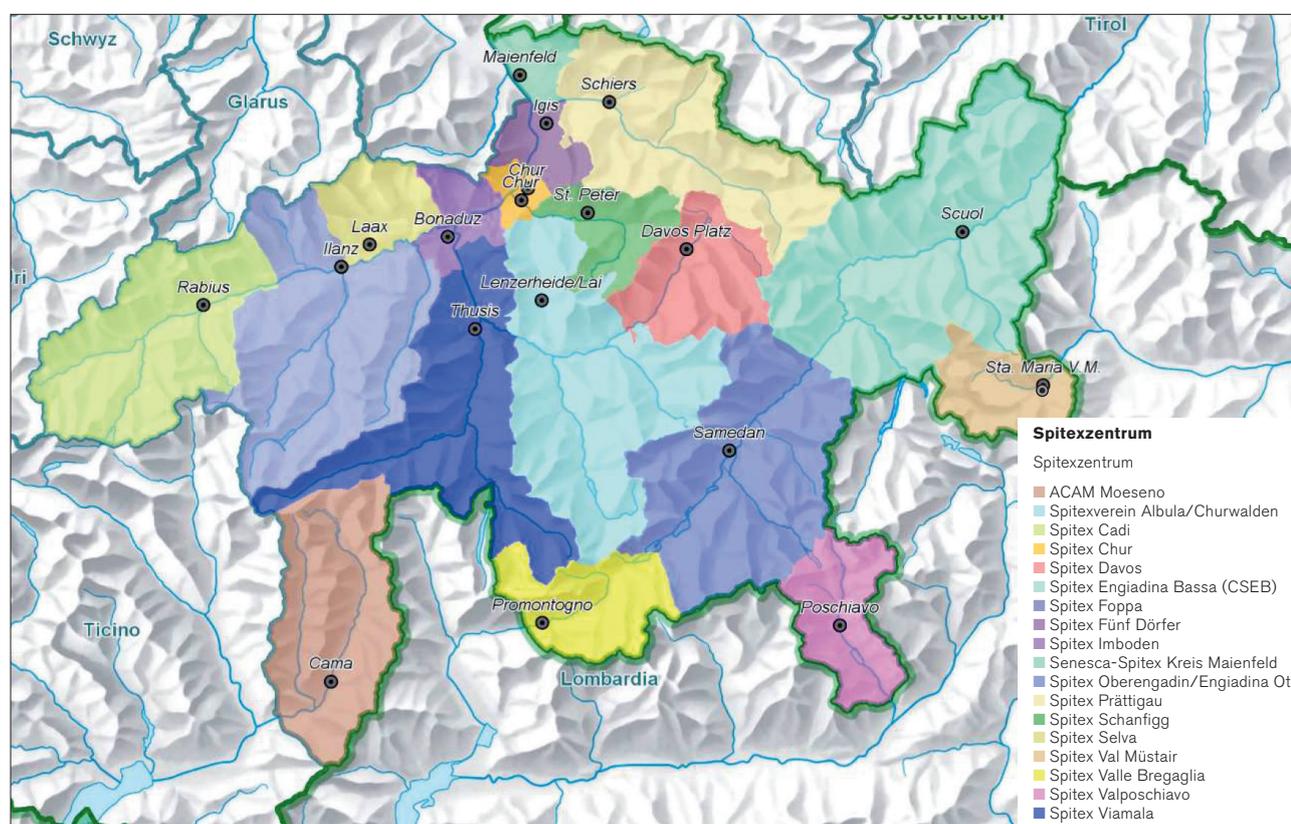
## Spitexeinrichtungen

### 7.1 Einleitung

Die Spitexdienste im Kanton Graubünden stellen die flächendeckende und bedarfsgerechte ambulante Pflege und Betreuung sicher. Ein breites Leistungsangebot ermöglicht es der Bevölkerung, bei Krankheit, Unfall, Altersbeschwerden sowie sonstigen Beeinträchtigungen zu Hause unterstützt zu werden. Auch die Spitexdienste sind in Regionen

organisiert, wobei sich diese grösstenteils von den Spital- und Pflegeheimregionen unterscheiden. Im Jahr 2015 zählte der Kanton Graubünden 18 Spitexregionen mit 21 Spitexdiensten mit einem kommunalen Leistungsauftrag. Daneben waren 8 weitere Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag tätig.<sup>16</sup>

Abbildung 50: Spitexregionen Graubünden



Die Spitexdienste mit einem kommunalen Leistungsauftrag bieten ein breites Leistungsspektrum an, das darauf ausgerichtet ist, dass Personen aller Altersgruppen trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu Hause leben können.

Zum Angebot gehören die Bereiche Grund- und Behandlungspflege, psychiatrische Pflege und Betreuung, Palliative Care, hauswirtschaftliche Leistungen, Beratung von An-

<sup>16</sup> Nachfolgend sind die Spitexdienste ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie der Palliative Brückendienst Graubünden und der Spitexdienst der Lungengliga Graubünden mangels Datengrundlagen nicht berücksichtigt.

gehörigen, Kinderspitex und Mahlzeitendienst. Die Leistungen können kurzzeitig oder über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen werden. Die Spitexdienste werden vielfach durch pflegende Angehörige unterstützt. Bezüglich der von ihnen ge-

leisteten Stunden bestehen lediglich Schätzungen. Für Details wird auf die im Jahr 2015 erschienene Publikation «Pflegerische Angehörige in Graubünden» des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit verwiesen.

## 7.2 Leistungen der Spitex

### 7.2.1 Kunden und Dienstleistungen

Die Spitexdienste mit kommunalem Leistungsauftrag haben im Jahr 2015 Dienstleistungen für 5015 Kunden erbracht (Abbildung 51). Die Kunden bezogen zu 81 Prozent pflegerische und zu 66 Prozent hauswirtschaftliche sowie betreuerische Leistungen, d.h., die Mehrheit der Kunden nahm mehrere Leistungen in Anspruch (Tabelle 23). Die Mitarbeitenden der Spitex erbrachten diese Dienstleistungen während 795 000 Arbeitsstunden, wovon im

Schnitt allerdings nur die Hälfte verrechenbar war (vgl. auch 7.4.2). Im Vergleich zum Jahr 2010 liegen die verrechneten Stunden 12 Prozent höher, wobei der Anstieg vor allem 2014 eingesetzt hat (Abbildung 52).

Der Mahlzeitendienst versorgte rund 1359 Personen mit rund 153 000 Mahlzeiten. Die Mahlzeitenslieferungen sind seit 2010 trotz Rückgang der versorgten Kunden um 14 Prozent gestiegen (Abbildungen 51 und 52).

Abbildung 51: Kunden der Spitexdienste

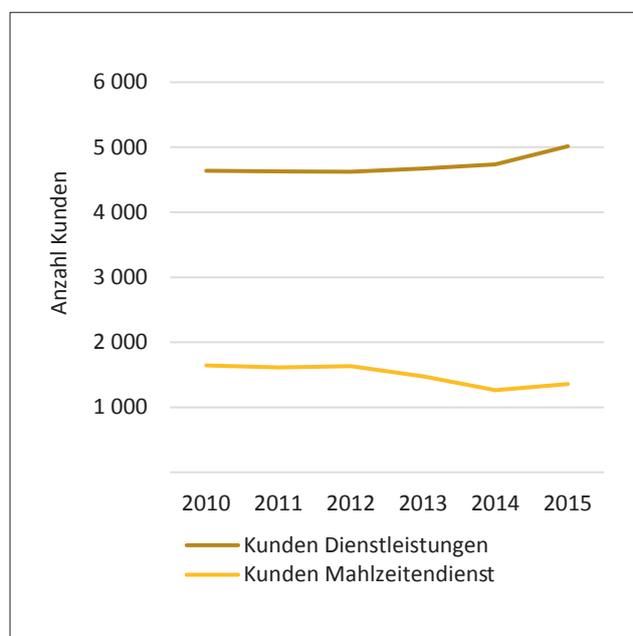
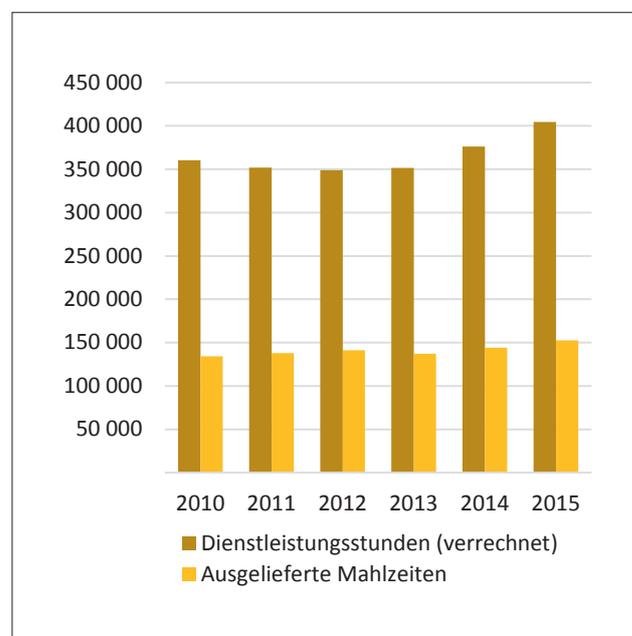


Abbildung 52: Dienstleistungsstunden und Mahlzeiten



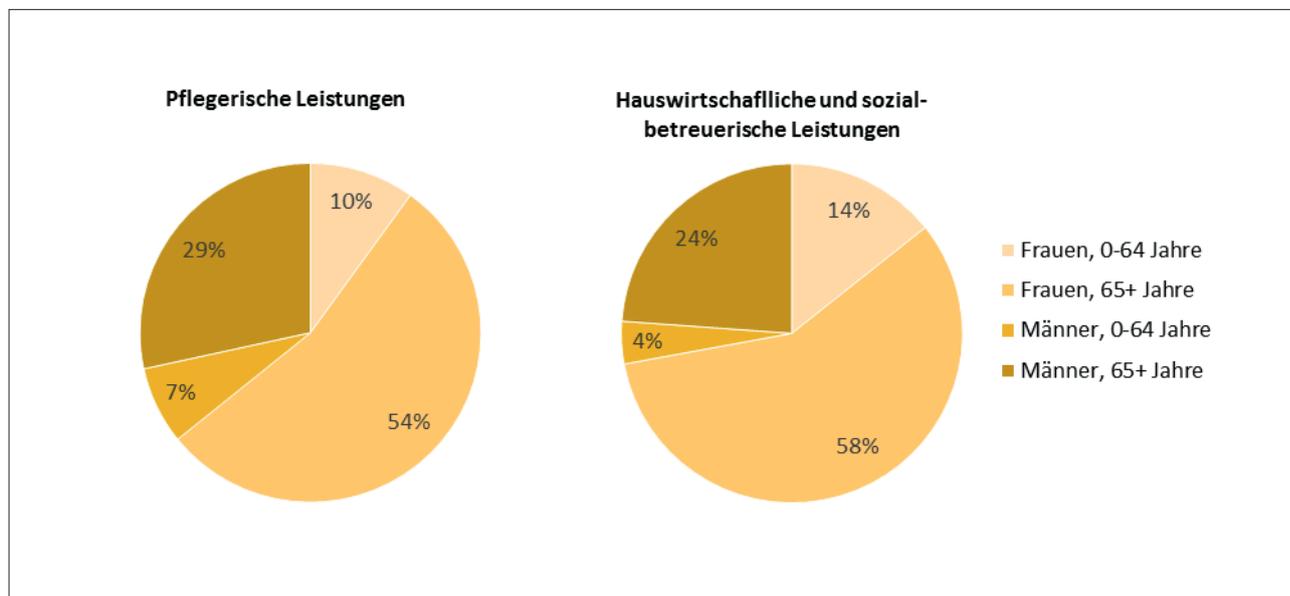
**Tabelle 23: Kundenzahlen und geleistete Stunden je Spitexregion, 2015**

	Dienstleistungen			Mahlzeitendienst		Geleistete Stunden	
	Anzahl Kunden	davon mit pflegerischen Leistungen (in %)	davon mit hauswirtschaftl. und betreuerischen Leistungen (in %)	Anzahl Kunden	Anzahl Mahlzeiten	Anzahl	davon verrechenbar (in %)
Spitex Engiadina Bassa	227	93	73	44	5 225	27 905	48
Spitex Schanfigg*	134	81	63	31	2 383	12 170	48
Spitex Imboden	320	70	67	95	7 931	43 501	54
Spitex Valle Bregaglia	37	100	14	11	2 226	6 757	66
Sp. Alterswohnungen Heime Chur	244	70	95	201	23 014	29 999	62
Spitex Chur	817	76	63	0		135 182	51
Spitex Davos	282	83	61	58	6 725	37 214	50
Spitex Cadi	202	90	50	68	8 478	27 652	55
Spitex Prättigau	332	89	80	126	12 735	50 303	45
Spitex Fünf Dörfer	363	73	61	50	4 309	53 381	51
Spitex Selva	133	86	66	100	10 243	21 577	55
Spitex Albula/Churwalden	266	72	69	69	8 823	29 566	54
Spitex Kreis Maienfeld	153	68	93	49	6 217	19 710	54
ACAM Moesano	369	96	56	137	15 585	81 150	49
Spitex Val Müstair	68	99	75	34	4 408	15 088	57
Spitex Viamala	319	68	80	82	7 716	55 768	47
Spitex Valposchiavo	203	95	60	46	5 644	43 835	55
Spitex Foppa	271	85	41	60	7 560	48 512	43
Spitex Oberengadin	275	87	63	98	13 512	55 691	50
<b>Total Graubünden</b>	<b>5 015</b>	<b>81</b>	<b>66</b>	<b>1 359</b>	<b>152 734</b>	<b>794 960</b>	<b>51</b>

\* Bis 2015 Spitex Arosa und Spitex Schanfigg

Die pflegerischen Leistungen wurden zu 54 Prozent von Frauen über 65 Jahren in Anspruch genommen (Abbildung 53). Rund 30 Prozent entfielen auf über 65-jährige Männer. Unter den Spitexdiensten hatten 2015 Valle Bregaglia, Val Müstair, ACAM Moesano und Valposchiavo mit über 95 Prozent die höchsten Anteile an Kunden, die pflegerische Leistungen bezogen. Bei der Spitex Kreis Maienfeld auf der anderen Seite des Spektrums wurden 68 Prozent der Kunden pflegerisch versorgt.

Abbildung 53: Dienstleistungen nach Alter und Geschlecht, 2015



Auch die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen wurden mehrheitlich von Frauen über 65 Jahren genutzt, während knapp ein Viertel der Leistungen von Männern über 65 Jahren in Anspruch genommen wurde. Auf regionaler Ebene

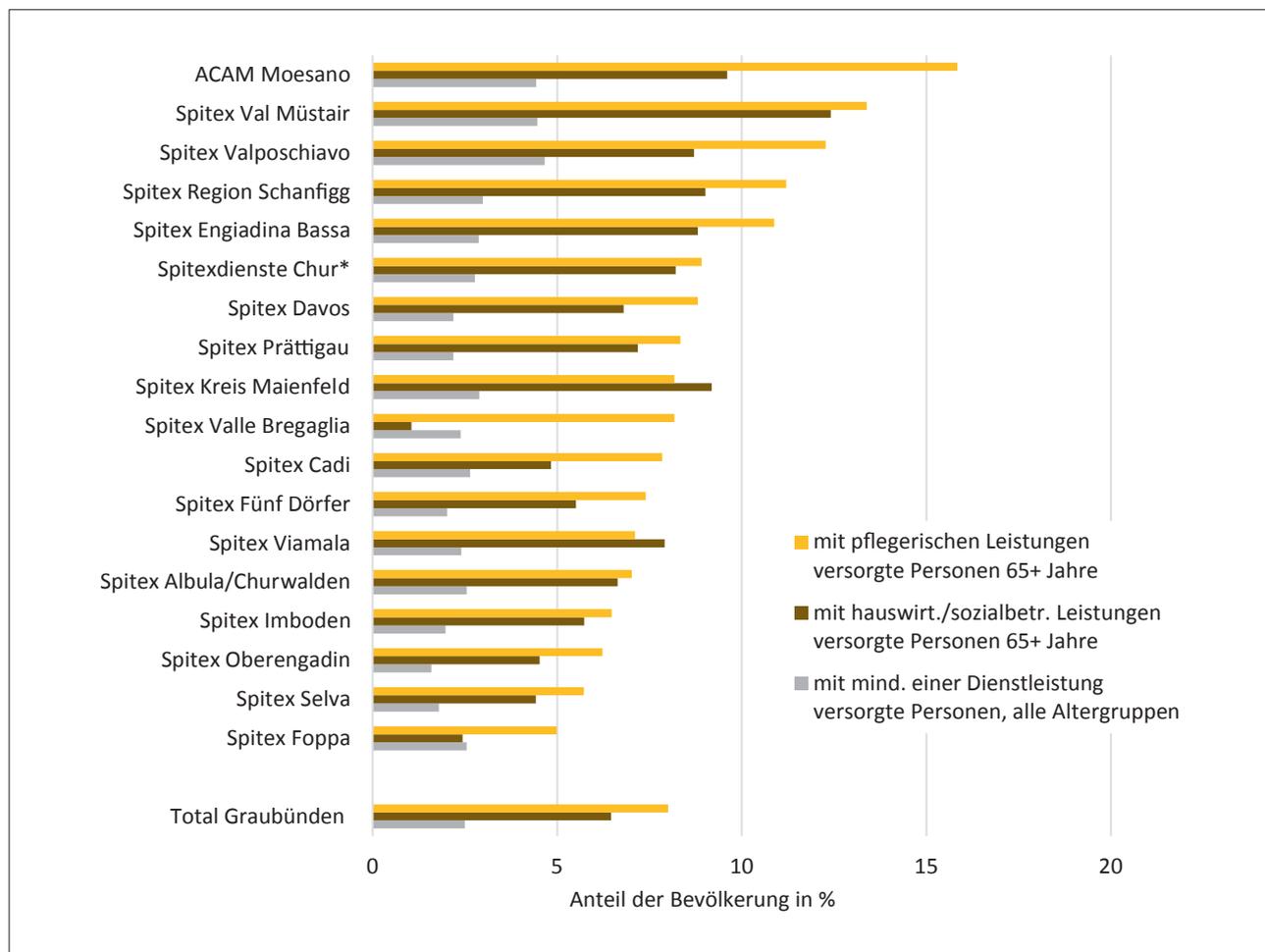
waren die Spitex Alterswohnungen Heime Chur und die Spitex Kreis Maienfeld in diesem Bereich am aktivsten; sie versorgten über 90 Prozent ihrer Kunden auch mit hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen.

## 7.3 Spitexversorgung der Bevölkerung

2,5 Prozent der Bündner Bevölkerung nahmen 2015 mindestens eine pflegerische, hauswirtschaftliche oder betreuerische Spitexleistung in Anspruch (Abbildung 54). Wird nur die über 65-jährige Bevölkerung betrachtet, lag der Anteil der von der Spitex betreuten Personen noch höher: 8,0 Prozent der Einwohner wurden mit pflegerischen Leistungen und 6,5 Prozent mit hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen versorgt.

Auf regionaler Ebene wurden bei der ACAM Moesano 16 Prozent der über 65-jährigen Bevölkerung mit pflegerischen Leistungen unterstützt. Bei der Spitex Val Müstair wurden mit einem Anteil von 12 Prozent der über 65-jährigen Bevölkerung am meisten Personen mit hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen versorgt.

Abbildung 54: Versorgung der Bündner Patienten: Dienstleistungen, 2015



\* Spitex Chur und Spitex Alterswohnungen Heime Chur

## 7.4 Spitexbetrieb

### 7.4.1 Personal

Die Spitexdienste beschäftigten im Jahr 2015 887 Mitarbeitende im Umfang von 366 Vollzeitstellen (Tabelle 24). Die Spitex Chur ist mit 62 Vollzeitstellen der grösste Dienst im Kanton, die Spitex Valle Bregaglia mit 3 Vollzeitstellen der kleinste. Im Vergleich zum Jahr 2010 ist der Personalbestand über alle Spitexdienste um rund 6 Prozent gestiegen, wobei es sowohl Regionen mit markanten Personalzuwächsen (Val Müstair, Selva, Davos, ACAM Moesano) als auch solche mit erheblichen Perso-

nalreduktionen (Engiadina Bassa, Foppa, Oberengadin) gab.

Von den in der Spitex tätigen Personen waren fast die Hälfte Pflegefachpersonal und 36 Prozent pflegerisches Assistenzpersonal. Rund 85 Prozent der Angestellten arbeiteten entsprechend in den Funktionen Pflege und Hilfe, während 10 Prozent in leitenden Funktionen und 6 Prozent in der Administration tätig waren.

Auf eine Vollzeitstelle kamen im Jahr 2015 durchschnittlich 17,4 Kunden im Dienstleistungs-

oder Mahlzeitenbereich. Dies war vergleichbar mit dem Wert von 2010, was auf eine unveränderte Personalintensität bzw. gleichbleibende Produktivität im Spitexbereich schliessen lässt. Die Unterschiede zwischen den Regionen sind indes einmal mehr er-

heblich, was wesentlich auf die unterschiedlich personalintensiven Bedürfnisse der Nachfragenden und die Grösse des Tätigkeitsgebiets der einzelnen Spitexdienste zurückzuführen sein dürfte.

**Tabelle 22: Personalbestand Spitex**

	Personalbestand (VZÄ)			Anteil Pflegefachpersonal
	2010	2015	Δ 2010 – 2015 in %	2015 (in %)
Spitex Engiadina Bassa	19	15	-22,8	43
Spitex Region Schanfigg	6	6	7,4	27
Spitex Imboden	17	20	16,0	47
Spitex Valle Bregaglia	2	3	33,3	100
Sp. Alterswohnungen Heime Chur	15	15	1,4	47
Spitex Chur	64	62	-3,8	54
Spitex Davos	12	17	35,4	61
Spitex Cadi	10	12	16,5	49
Spitex Prättigau	18	23	28,3	41
Spitex Fünf Dörfer	21	24	13,3	47
Spitex Selva	7	10	42,7	43
Spitex Albula/Churwalden	14	14	0,8	39
Spitex Kreis Maienfeld	7	9	25,5	55
ACAM Moesano	28	39	35,2	49
Spitex Val Müstair	4	7	59,2	49
Spitex Viamala	22	25	12,8	46
Spitex Valposchiavo	17	19	16,1	36
Spitex Foppa	28	22	-23,4	61
Spitex Oberengadin	32	24	-24,6	56
<b>Total Graubünden</b>	<b>346</b>	<b>366</b>	<b>5,8</b>	<b>49</b>

#### 7.4.2 Finanzen

Der Betriebsaufwand der Spitex belief sich im Jahr 2015 auf insgesamt rund 39 Mio. Franken. Mit 82 Prozent war der Personalaufwand die grösste Position (Tabelle 25). Der Betriebsertrag belief sich total auf 40,6 Mio. Franken. Darin enthalten waren Beiträge des Kantons und der Gemeinden (teilweise als Defizitgarantie) von 17,0 Mio. Franken bzw. 42

Prozent des Gesamtertrags. Im kantonalen Schnitt konnten die Spitexdienste 58 Prozent ihrer Erträge aus Dienstleistungen erwirtschaften. Der daraus resultierende tiefe Kostendeckungsgrad ist auf die Limitierung der Beiträge der Krankenversicherer und der Kunden sowie den Umstand, dass 50 Prozent der geleisteten Stunden nicht verrechenbar sind, zurückzuführen.

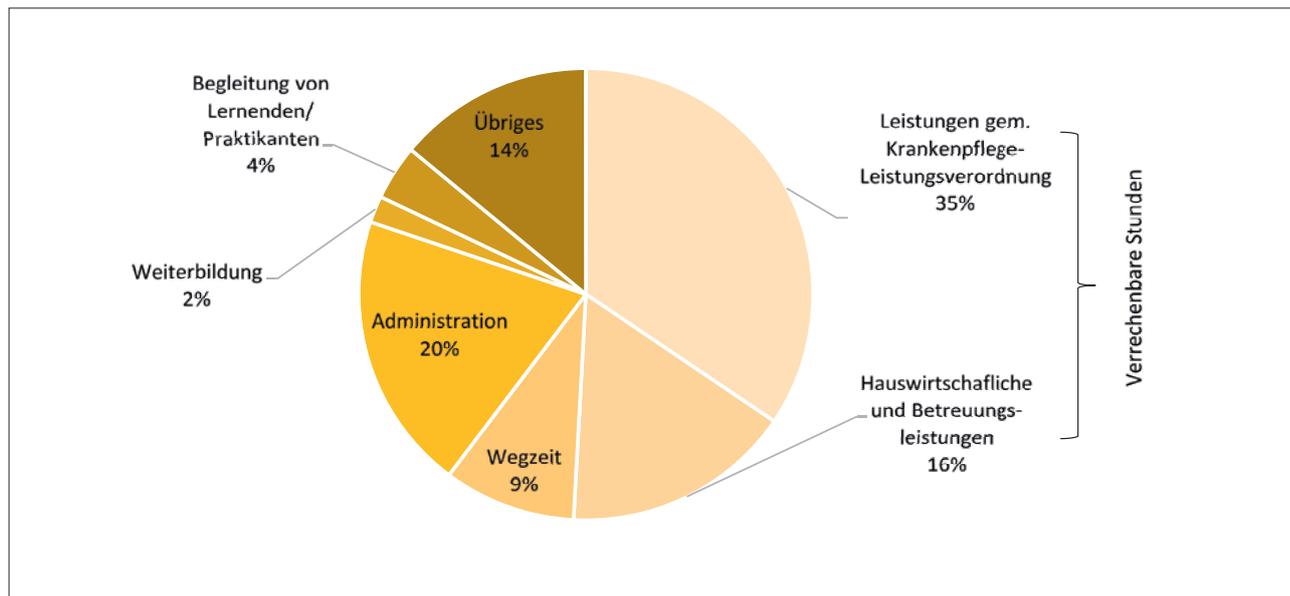
**Tabelle 25: Betriebsrechnung Spitex, 2015**

	Betriebsaufwand		Betriebsertrag				Deckung des Betriebsaufwands (in %)
	in 1000 Fr.	davon Personalaufwand (in %)	in 1000 Fr.	davon Erträge aus Dienstl. (in %)	davon Beiträge Kanton (in %)	davon Beiträge Gemeinden (in %)	
Spitex Engiadina Bassa	1 480	75	1 400	62	21	17	95
Spitex Region Schanfigg	810	78	770	45	17	37	95
Spitex Imboden	2 140	83	2 240	57	24	19	105
Spitex Valle Bregaglia	370	75	460	60	22	18	124
Sp. Alterswohnungen Heime Chur	2 130	74	2 100	56	24	20	99
Spitex Chur	6 270	89	6 280	57	24	19	100
Spitex Davos	1 770	90	1 940	63	20	17	110
Spitex Cadi	1 540	76	1 570	61	21	17	102
Spitex Prättigau	2 260	81	2 330	60	22	18	103
Spitex Fünf Dörfer	2 590	84	2 670	58	23	19	103
Spitex Selva	1 150	80	1 150	57	23	19	100
Spitex Albula/Churwalden	1 610	76	1 660	60	22	18	103
Spitex Kreis Maienfeld	1 000	76	1 110	59	22	18	111
ACAM Moesano	3 320	83	3 860	58	23	19	116
Spitex Val Müstair	790	73	900	61	21	17	114
Spitex Viamala	2 560	84	2 550	56	23	21	100
Spitex Valposchiavo	1 970	86	2 280	59	23	19	116
Spitex Foppa	2 350	80	2 310	56	19	25	98
Spitex Oberengadin	2 830	82	3 040	61	20	20	107
<b>Total Graubünden</b>	<b>38 940</b>	<b>82</b>	<b>40 620</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>104</b>

Die nicht verrechenbaren Stunden betreffen Wegzeiten, administrative Aufgaben sowie Aus- und Weiterbildungsaktivitäten (Abbildung 55). Mindestens teilweise verrechenbar sind dagegen die Kosten für Pflegeleistungen, welche die Krankenversicherungen abzüglich einer Beteiligung der Kunden (10 Prozent der Kosten, bis zum gesetzlich festgelegten

Maximalbetrag von 8 Franken pro Tag) übernehmen. Leistungen in den Bereichen Hauswirtschaft, Beratung und Betreuung werden von den Kunden, sofern diese keine entsprechende Zusatzversicherung haben, bis zu einem Maximaltarif von 26 Franken pro Stunde selbst getragen.

Abbildung 55: Verrechenbare und nicht verrechenbare Stunden, 2015



### 7.4.3 Qualitätsförderung und -sicherung

Gemäss Artikel 22 Abs. 1 lit. a der Verordnung zum Gesundheitsgesetz haben die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem einzusetzen, welches Standards zu den vom Gesundheitsamt festgelegten Bereichen beinhaltet.

Das Gesundheitsamt hat im November 2011 zusammen mit den Spitexdiensten, die noch kein Qualitätsmanagementsystem eingeführt hatten, an einer zweitägigen Weiterbildung eine Prozesslandkarte Spitex erarbeitet und Muster-Prozess-Steckbriefe erstellt. Damit konnte den Spitexdiensten Unterstützung in der Einführung und Erstellung eines Qualitätsmanagementsystems geboten werden.

In der Übergangsfrist bis 31. Dezember 2013 haben alle Spitexdienste ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Einige Dienste verwenden zur Darstellung des Qualitätsmanagementsystems und der einzelnen Prozesse Q-Word, ein System zur Dokumentenverwaltung im Qualitätsmanagement. Spitexdienste, die zu einem Gesundheitszentrum gehören, sind in die jeweilig eingeführten Qualitätsmanagementsysteme eingebunden und werden zusammen mit den Zentren zertifiziert. Aktuell sind sieben von insgesamt 20 Spitexdiensten zertifiziert. Je ein Dienst ist nach ISO 9001:2015, sanaCERT

oder QAP/KIQ zertifiziert. Vier Dienste haben ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001:2008 eingeführt und sind zertifiziert.

Das Gesundheitsamt fordert von den Spitexdiensten mit Stichtag 31. Dezember bis am 31. März des Folgejahres die Liste Qualitätsindikatoren ein. In der Liste Qualitätsindikatoren machen die Spitexdienste Angaben zum eingeführten Qualitätsmanagementsystem, zu intern auditierten Bereichen, zur Anzahl erfasster Ereignisse physischer und psychischer Gewalt von Mitarbeitenden gegenüber Klientinnen und Klienten und zum Konzept Gewalt und Aggression und den damit zusammenhängenden Schulungen und Informationsanlässen innerhalb des Spitexdienstes. Für Spitexdienste, welche zusammen mit einem Betrieb, Spital und/oder Pflegeheim, zertifiziert worden sind, ist es zur Regelmässigkeit geworden, interne Audits durchzuführen. Die nicht zertifizierten Spitexdienste sind am Aufbau und an der Umsetzung von Prozessen zur internen Auditierung der verschiedenen Bereiche.

Im Zusammenhang mit der Erteilung der Bewilligung zum Betrieb eines Spitexdienstes führt das Gesundheitsamt vor Ablauf in der Organisation ein Überprüfungsaudit durch. Anlässlich dieses Audits werden die Erfüllung der Vorgaben zur Erlangung der Betriebsbewilligung und der Stand der Umsetzung

des Qualitätsmanagements hinsichtlich Zuständigkeit, Aktualisierung und Umsetzung überprüft. Die personellen Anforderungen werden grösstenteils erfüllt, hingegen müssen zum Teil Auflagen bezüglich betrieblicher Anforderungen im Bereich Qualitätsmanagement und Konzepten verfügt werden.

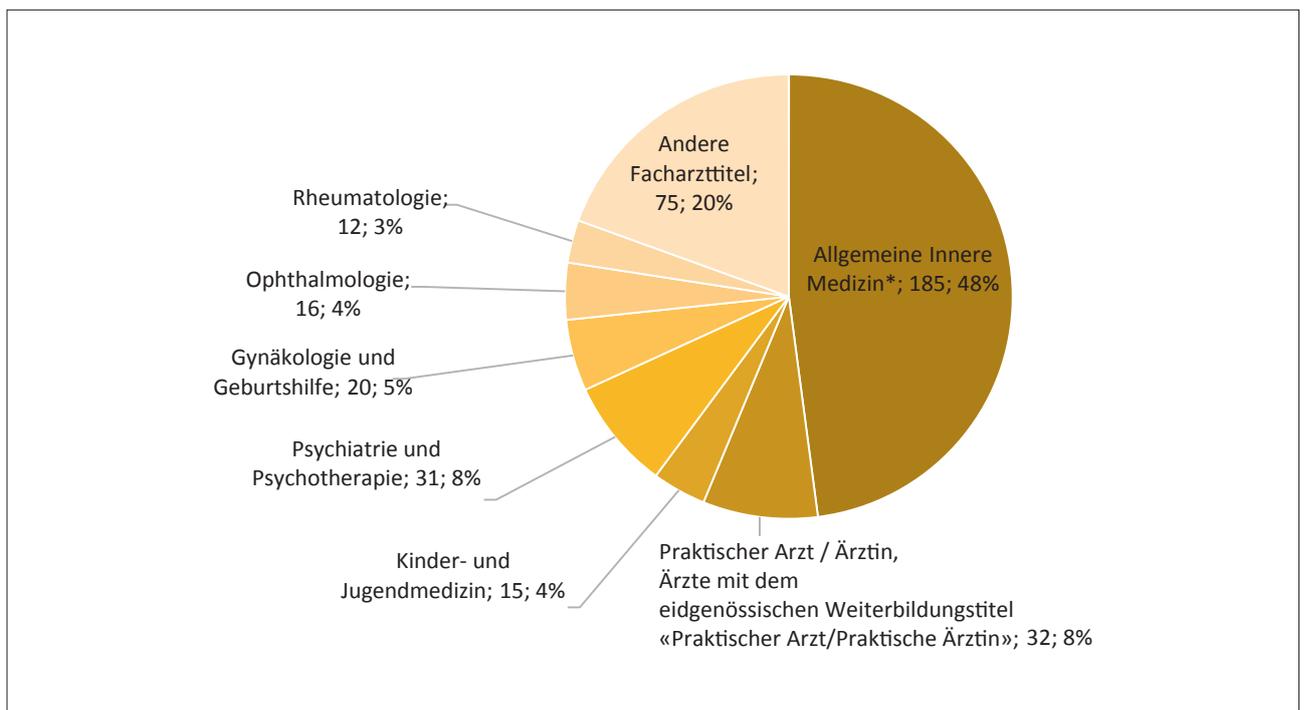
## Ärzte des ambulanten Sektors

Zentraler Pfeiler einer funktionierenden medizinischen Grund- und Notfallversorgung sind die frei praktizierenden Ärzte. Der Bündner Ärzteverein stellt in Zusammenarbeit mit dem Kanton den regionalen Notfalldienst sicher.

In den kantonalen Kenndatensätzen sind heute noch keine Angaben zu den Ärzten des ambulanten Sektors enthalten, eine Erfassung ist im Rahmen der neuen Statistikpflicht für Ärzte ab 2018 jedoch vorgesehen. Die nachfolgenden kurzen Ausführungen stützen sich auf Daten der FMH-Ärztestatistik.

Im Jahr 2015 waren in Graubünden 109 Ärztinnen und 277 Ärzte frei praktizierend tätig (Tabelle 26). Davon entfielen 232 oder 60 Prozent auf die Grundversorger: 185 Allgemeinmediziner, 32 Praktische Ärzte, 15 Kinder- und Jugendärzte (Abbildung 56). Die restlichen 40 Prozent waren in Spezialgebieten tätig, wovon am häufigsten in den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie (8% des Totals), Gynäkologie und Geburtshilfe (5%), Ophthalmologie (4%) und Rheumatologie (3%).

Abbildung 56: Ärzte des ambulanten Sektors nach Facharzttitel, 2015



Quelle: FMH

Im Vergleich zum Jahr 2010 ist die Ärztezahl im ambulanten Sektor um 7 Prozent gestiegen (Tabelle 26). In absoluten Zahlen die grössten Zuwächse ergaben sich bei den Praktischen Ärzten mit dem eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» (+8 registrierte Ärzte), in der Gynäkologie und Geburtshilfe (+6) und in der Psychiatrie und Psychotherapie (+5). Demgegenüber nahm die Ärz-

tezahl in der Allgemeinen Inneren Medizin ab. Relativ zum Ausgangswert fanden die grössten Veränderungen in den Bereichen Radiologie, Intensivmedizin, Kardiologie und Pneumologie statt, in denen sich die Zahl der frei praktizierenden Ärzte – auf tiefem Niveau – verdoppelt hat. Umgekehrt sind die Facharzttitel Nephrologie und Radio-Onkologie/Strahlentherapie im Kanton Graubünden nicht mehr vorhanden.

**Tabelle 26: Ärzte des ambulanten Sektors nach Fachrichtung**

	2010	2015	Δ 2010 – 2015 (in %)
Allgemeine Innere Medizin*	188	185	-2
Praktischer Arzt/Ärztin	24	32	33
Psychiatrie und Psychotherapie	26	31	19
Gynäkologie und Geburtshilfe	14	20	43
Ophthalmologie	15	16	7
Kinder- und Jugendmedizin	14	15	7
Rheumatologie	11	12	9
Dermatologie und Venerologie	8	9	13
Ohren Nasen Hals ORL	5	8	60
Chirurgie	6	7	17
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6	6	0
Radiologie	3	6	100
Allergologie/Immunologie	5	4	-20
Gastroenterologie	3	4	33
Phys. Med. u. Rehabilitation	5	4	-20
Anästhesiologie	4	3	-25
Neurologie	4	3	-25
Orthopädische Chirurgie	3	3	0
Handchirurgie	2	2	0
Intensivmedizin	1	2	100
Kardiologie	1	2	100
Med. Onkologie	2	2	0
Plastische Chirurgie	2	2	0
Pneumologie	1	2	100
Urologie	2	2	0
Angiologie	1	1	0
Endokrinologie/Diabetologie	1	1	0
Herz- und thorak. Gefässchirurgie	-	1	-
Neurochirurgie	1	1	0
Nephrologie	1	0	-100
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	1	0	-100
<b>Total Graubünden</b>	<b>360</b>	<b>386</b>	<b>7</b>

\* Frühere Bezeichnung: Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin

Die Zahlen zeigen im Bereich der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin und Praktischer Arzt/Ärztin) zwar einen kleinen Anstieg der absoluten Zahlen, der aber nichts über den effektiven Beschäftigungsgrad der neu zugezogenen Ärztinnen und Ärzte aussagt. Gerade im Jahre 2016 konnten im Kanton mehrere bestehende Praxen nicht mehr besetzt werden. Die Bildung von Gruppenpraxen wurde an verschiedenen Orten als Lösungsansatz der Problematik angestrebt. Das Angebot von

Teilzeitstellen drückt sich in den absoluten Zahlen zwar bestechend aus, in der Sicherstellung des Notfalldienstes zeigen sich dadurch aber zunehmend Schwierigkeiten. Es ist zu erwarten, dass die Situation sich nicht verbessern wird. Entsprechend wird in Zukunft ein besonderes Augenmerk auf die Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in den Talschaften durch die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen zu legen sein.





**Departement für Justiz,  
Sicherheit und Gesundheit**

Hofgraben 5, 7000 Chur, Telefon +41 81 257 25 13

Fax +41 81 257 21 66, [info@djsg.gr.ch](mailto:info@djsg.gr.ch), [www.djsg.gr.ch](http://www.djsg.gr.ch)