

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

Gestützt auf Art. 52 des Gesetzes vom 2. Dezember 1979 ¹⁾

von der Regierung erlassen am 11. Dezember 2007

I. Beiträge an die Spitäler

Art. 1

¹ Ein Fall im Sinne dieser Verordnung ist ein stationärer oder teilstationärer Fall gemäss den Vorgaben des Bundesamts für Statistik für die Erstellung der medizinischen Statistik. Definitionen

² Für die Ermittlung der mittleren Fallschwere der in einem Spital stationär oder teilstationär behandelten Fälle ist der Case Mix Index (CMI) der Normalliegender massgebend. Berücksichtigt werden dabei nur diejenigen Fälle, bei denen das Spital über die gesamte für die Behandlung der Hauptdiagnose erforderliche Infrastruktur verfügt.

³ Als Patientenklassifikationssystem wird das System APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups) verwendet. Die Gewichtung der Fallschwere erfolgt mit an die schweizerischen Verhältnisse angepassten Kosten.

Art. 2

Betriebs- und Investitionsbeiträge werden ausgerichtet, wenn das Gesundheitsamt vom Spital ermächtigt wird, dessen Betriebsdaten zu veröffentlichen. Personenbezogene Daten dürfen nur in anonymisierter Form veröffentlicht werden. Publikation von Betriebsdaten

Art. 2a ²⁾

Das Departement legt die Investitionsbeiträge an die Spitäler fest.

Investitionsbeiträge

¹⁾ BR 506.000

²⁾ Einfügung gemäss Art. 1 Ziff. 9 der Verordnung betreffend die Übertragung von Befugnissen der Regierung auf die Departemente und Dienststellen, BR 170.340; am 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

Art. 3

Betriebsbeiträge
1. Fallaufwand

¹ Der standardisierte Fallaufwand berechnet sich durch Division der um die Beiträge an Lehre und Forschung verminderten Betriebskosten der stationären Abteilung gemäss Kostenrechnung (ohne Anlagenutzung und kalkulatorische Kosten) mit der Anzahl Fälle und dem CMI des Spitals.

² Die Löhne des Spitalpersonals dürfen den stationären Betriebskosten nur soweit belastet werden, als sie die Ansätze der kantonalen Personalgesetzgebung nicht überschreiten.

³ Als wirtschaftliche Spitäler gelten die Spitäler mit dem tiefsten standardisierten Fallaufwand, die zusammen in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens die Hälfte der im Kanton ausgewiesenen Fälle behandelt haben.

⁴ Der durchschnittliche standardisierte Fallaufwand entspricht dem mit den Fällen gewichteten Mittel der standardisierten Fallaufwendungen der wirtschaftlichen Spitäler.

Art. 4

2. Leistungs-
beiträge

¹ Es werden Fallbeiträge ausgerichtet für die stationäre Behandlung von:

- a) KVG/UVG/IV/MV-versicherten Personen mit Wohnsitz im Kanton Graubünden;
- b) UVG/IV/MV-allgemeinversicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.

² Der Deckungsgrad der Beiträge des Kantons und der Gemeinden berechnet sich auf der Basis des von anderen öffentlich subventionierten Spitälern in der Schweiz im Vorjahr maximal erreichten Deckungsgrades.

³ Die Beiträge des Kantons pro Fall berechnen sich durch Multiplikation des anerkannten Fallaufwands mit dem jeweiligen Deckungsgrad und dem jeweiligen kantonalen Beitragssatz gemäss Artikel 18 Absatz 2 Krankenpflegegesetz.

⁴ Ein Wiedereintritt aufgrund derselben Diagnose innerhalb von sieben Tagen nach Austritt oder eine Rückverlegung aus einem anderen Spital werden bei der Beitragsbemessung nicht als neuer Fall angerechnet.

⁵ An stationär behandelte Fälle, welche ambulant hätten behandelt werden können, werden keine Fallbeiträge ausgerichtet.

⁶ Ergibt sich auf Grund einer Kodierrevision eine Korrektur der mittleren Fallschwere eines Spitals nach unten, wird der anerkannte Fallaufwand entsprechend angepasst.

⁷ Der gemäss dem angepassten anerkannten Fallaufwand berechnete Fallbeitrag des Kantons wird zusätzlich um die folgenden Sätze reduziert:

- ab 2 bis 4 Prozent CMI-Korrektur nach unten, Reduktion um 2 Prozent
- ab 4 bis 6 Prozent CMI-Korrektur nach unten, Reduktion um 4 Prozent
- ab 6 Prozent CMI-Korrektur nach unten, Reduktion um 6 Prozent

Art. 4a¹⁾

Das Departement teilt die Gesamtkredite für das Rettungswesen, die Lehre und Forschung und für Bereitschaftswesen auf die Spitäler auf.

3. Übrige Betriebsbeiträge

Art. 5

¹ Für die Berechnung der Hospitalisationsraten sind die Fälle der medizinischen Statistik massgebend. Personen mit Wohnsitz in der Spitalregion, die in einem Spital im Kanton behandelt werden, werden der betreffenden Spitalregion angerechnet.

4. Hospitalisationsraten

² Es werden Hospitalisationsraten der zwei Altersgruppen 0 bis 65-jährige und 65-jährige und ältere berechnet.

³ Bei Überschreiten der vom Grossen Rat festgelegten Hospitalisationsraten werden die Beiträge an die Fälle der betreffenden Altersgruppe reduziert.

⁴ Verlegungen oder Rückverlegungen werden bei der Berechnung der Hospitalisationsraten nur als ein Fall angerechnet.

⁵ Die Beiträge an Fälle, die über der vom Grossen Rat festgelegten Hospitalisationsrate liegen, werden um die folgenden Sätze reduziert:

bis 5 Prozent Überschreitung	25 Prozent
ab 5 Prozent bis 10 Prozent Überschreitung	50 Prozent
ab 10 Prozent bis 15 Prozent Überschreitung	75 Prozent
ab 15 Prozent Überschreitung	100 Prozent

Art. 6

Die Abzüge pro Fall gemäss Artikel 18 Absatz 3 Krankenpflegegesetz²⁾ eines Spitals berechnen sich durch Multiplikation des anerkannten Fallaufwands mit den vom Grossen Rat gemäss Artikel 18a Absatz 1 Litera d Krankenpflegegesetz festgelegten Abgabesätzen.

5. Abzüge

Art. 7

Spitäler, die Anspruch auf Betriebsbeiträge erheben, sind verpflichtet dem Gesundheitsamt folgende Unterlagen einzureichen:

6. Einzureichende Unterlagen

- a) die Krankenhausstatistik und die medizinische Statistik gemäss den Vorgaben des Bundesamts für Statistik;
- b) jeweils innert zehn Tagen nach Ende eines Quartals provisorische Fallzahlen mit Angaben über die Herkunft, das Alter, den Kostenträger und die Versicherungsart der einzelnen Fälle;

¹⁾ Einfügung gemäss Art. 1 Ziff. 9 der Verordnung betreffend die Übertragung von Befugnissen der Regierung auf die Departemente und Dienststellen, BR 170.340; am 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

²⁾ BR 506.000

- c) jeweils innert 30 Tagen nach Ende eines Quartals die Daten der medizinischen Statistik inklusive der fakultativen Daten im Minimaldatensatz;
- d) die für den Kantonsbeitrag massgebenden Finanzdaten anhand eines vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellten Formulars;
- e) ¹⁾bis spätestens am 31. März des Folgejahres die einer ordentlichen Revision gemäss Art. 727 OR unterzogene Jahresrechnung mit der Anlagebuchhaltung, den umfassenden Bericht der Revisionsstelle, die Kostenrechnung, das Ergebnis der von der Regierung vorgegebenen Qualitätsmessungen, die Fluktuationsrate des Personals, die Absenkenrate des Personals sowie die vom Gesundheitsamt verlangten Daten;
- f) die Anstellungsverträge mit den Chefärzten und Leitenden Ärzten.

Art. 8

Auszahlung der Betriebs- und Investitionsbeiträge

¹ Auf der Basis der provisorischen Fallzahlen werden jeweils bis Ende des Quartalsfolgemonats provisorische Leistungsbeiträge ausgerichtet.

² Die definitive Festsetzung der Leistungsbeiträge erfolgt durch das Gesundheitsamt nach Prüfung der statistischen Daten und der Finanzdaten.

³ Die übrigen Betriebsbeiträge und die Investitionsbeiträge des Kantons werden jeweils zu einem Viertel am Ende jedes Quartals ausgerichtet.

II. Rechnungslegung der Spitäler

Art. 9

Anforderungen

¹ Spitäler, die Anspruch auf den kantonalen Betriebsbeitrag erheben, sind verpflichtet, die Kosten und Leistungen gemäss der Verordnung des Bundesrates über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ²⁾ zu ermitteln und zu erfassen.

² Das Geschäftsjahr hat dem Kalenderjahr zu entsprechen.

³ Spitäler mit einer Pflegeabteilung haben für diese eine separate Rechnung zu führen.

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ SR 832.104

III. Beiträge an die Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen

Art. 10

¹ Das Departement erteilt nach Beurteilung der Grundlagen zu Zweckbestimmung, Bedarf, Standortwahl, Betriebsführungskonzept, Raumprogramm, Kostenschätzung, Terminplan und Finanzierung die zur Weiterbearbeitung des Projekts notwendigen Weisungen. Investitionsbeiträge

² Die Regierung entscheidet gestützt auf das gemäss den Weisungen des Departementes überarbeitete Projekt über die Beitragsberechtigung und die Höhe des kantonalen Beitrags.

³ Investitionsbeiträge werden nur gewährt, wenn der Bedarf ausgewiesen ist und eine positive Stellungnahme der Planungsregion vorliegt.

Art. 11 ¹⁾

¹ Als wirtschaftliche Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen gelten die Institutionen mit den tiefsten durchschnittlichen Kosten pro Pfllegetag, die Festlegung anerkannte Kosten

- a) im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen zu den in Artikel 16 Absatz 1 Litera d und e, Artikel 17 Absatz 1 und Artikel 18 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität sind und
- b) in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 75 Prozent der von den Institutionen gemäss Litera a ausgewiesenen Pfllegetage erbracht haben.

² Die durchschnittlichen Kosten pro Pfllegetag ergeben sich aus dem Total der Pensions-, Betreuungs- und Pfllegekosten bei mittlerem Pfllegebedarf.

³ Das Departement legt anhand des gewichteten arithmetischen Mittels der durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner gemäss Artikel 21b Absatz 1 des Gesetzes fest. Für die Instandsetzung und Erneuerung werden 25 Franken pro Pfllegetag anerkannt.

Art. 11a ²⁾

Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen, die Anspruch auf Leistungsbeiträge erheben, haben dem Gesundheitsamt

Leistungsbeiträge
1. Einzureichende
Unterlagen

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

- a) die einer ordentlichen Revision gemäss Art. 727 OR unterzogene Jahresrechnung mit der Anlagebuchhaltung, den umfassenden Bericht der Revisionsstelle, die Kostenrechnung, das Ergebnis der von der Regierung vorgegebenen Qualitätsmessungen, die Fluktuationsrate des Personals, die Absenzenrate des Personals sowie die vom Gesundheitsamt verlangten Daten bis am 31. März des Folgejahres einzureichen;
- b) jeweils innert zehn Tagen nach Ende eines Quartals die Anzahl der je Pflegebedarfsstufe erbrachten Pfl egetage für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu melden;
- c) bis am 31. März des Folgejahres die für die Überprüfung der Anforderungen an die Strukturqualität im Beitragsjahr erforderlichen Unterlagen einzureichen.

Art. 11b¹⁾

2. Auszahlung

¹ Das Gesundheitsamt richtet auf Basis der je Pflegebedarfsstufe gemeldeten Pfl egetage für Pflegeleistungen und für Leistungen der Akut- und Übergangspflege jeweils bis Ende des Quartalsfolgemonats provisorische Leistungsbeiträge aus.

² Die definitive Festsetzung der Leistungsbeiträge durch das Gesundheitsamt erfolgt nach Prüfung der massgebenden Daten.

³ Artikel 2 gilt sinngemäss.

Art. 11c²⁾

3. Rechnungslegung

¹ Die Jahresrechnung ist gemäss den von der Stiftung für Fachempfehlungen zur Rechnungslegung erlassenen Grundsätzen zur Rechnungslegung (Swiss GAAP FER) und dem darauf beruhenden Handbuch des Bündner Spital- und Heimverbandes zu erstellen. Das Handbuch ist vom Gesundheitsamt zu genehmigen.

² Die freien Reserven dürfen einen halben Jahresumsatz und die zweckgebundenen Reserven für die Instandsetzung und Erneuerung der Anlagen die Differenz zwischen dem Anschaffungswert und dem Restwert der Anlagen nicht übersteigen.

³ Investitionen mit einem Anschaffungswert von 10 000 Franken oder mehr pro Objekt sind in der Anlagebuchhaltung zu erfassen und während der Nutzungsdauer linear abzuschreiben. Die Nutzungsdauer richtet sich nach dem Handbuch Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime des Verbands Heime und Institutionen Schweiz.

¹⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010: am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010: am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

⁴ Die Kostenrechnung ist gemäss dem Handbuch des Verbands Heime und Institutionen Schweiz und den Vorgaben des Gesundheitsamts zu erstellen.

⁵ Das Geschäftsjahr hat dem Kalenderjahr zu entsprechen.

Art. 11d¹⁾

¹ Eine Kürzung gemäss Artikel 21g Litera a des Gesetzes wird vorgenommen, wenn die Anforderungen gemäss Artikel 16 Absatz 1 Litera d und e, Artikel 17 Absatz 1 und Artikel 18 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz nicht erfüllt werden. 4. Beitragskürzung

² Auf eine Kürzung gemäss Artikel 21g Litera f des Gesetzes kann verzichtet werden, wenn für fehlende Ausbildungs- und Praktikumsplätze Abteilungsbeiträge in den Ausbildungsfonds des Spital- und Heimverbandes Graubünden entrichtet werden.

³ Das Reglement des Ausbildungsfonds und die Höhe der zu entrichtenden Abteilungsbeiträge bedürfen der Genehmigung der Regierung.

Art. 11e²⁾

¹ Die den Gemeinden einzureichenden Unterlagen wie auch die Periodizität der Auszahlung der kommunalen Leistungsbeiträge haben die Alters- und Pflegeheime und die Pflegegruppen mit den zahlungspflichtigen Wohnsitzgemeinden zu vereinbaren. Gemeinden

² Bezüglich der Finanzierung des Gemeindeanteils an den Pflegekosten von Personen, die direkt aus dem Ausland in ein Alters- und Pflegeheim oder in eine Pflegegruppe eintreten, haben sich die Gemeinden der betreffenden Planungsregion untereinander zu verständigen.

IV. Beiträge an die Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Art. 12

¹ Das Gesundheitsamt legt aufgrund der Berichte über die Kontrolle der beitragsberechtigten Institutionen die Betriebsbeiträge fest. Betriebsbeiträge

² Es können Vorschusszahlungen bis maximal 70 Prozent des Vorjahresdefizits ausgerichtet werden.

³ Die Artikel 2 und Artikel 9 Absätze 1 und 2 gelten sinngemäss.

¹⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

Art. 13

Engeres
Betriebsergebnis

Bei der Ermittlung des engeren Betriebsergebnisses werden folgende Aufwendungen und Erträge nicht anerkannt:

- a) bei den Aufwendungen: Abschreibungen auf Immobilien, Mobilien und Patientenguthaben; Hypothekar-, Darlehens- und übrige Kapitalzinsen; Kosten von baulichen Veränderungen und Einrichtungskosten, sofern sie je Objekt 20 000 Franken übersteigen; nicht anrechenbare Bau- und Einrichtungskosten gemäss Artikel 15 dieser Verordnung; Verluste aus Nebenbetrieben; Spenden, Zuwendungen und Rückstellungen; Äufnung von Fonds und unverhältnismässige Aufwendungen aller Art;
- b) bei den Erträgen: Hypothekar-, Darlehens- und übrige Kapitalzinsen; Gewinne aus Nebenbetrieben; Subventionen, Spenden und Zuwendungen.

Art. 14

Investitions-
beiträge
1. Anrechenbare
Bau- und
Einrichtungskosten

¹ Als anrechenbare Baukosten gelten:

- a) die Kosten der bewilligten Neubauten, Erweiterungsbauten, umfassenden Umbauten und Renovationen, mit Einschluss der Architekten- und Spezialistenhonorare für Planung, Projektierung und Bauausführung;
- b) die Kosten des Erwerbs von betriebsnotwendigen Grundstücken und Gebäuden zu ortsüblichen Bedingungen.
- c) Anschlussgebühren und -beiträge für Erschliessungsanlagen wie Wasserversorgung, Kanalisation und Abwasserreinigungsanlagen, Elektrizität usw., soweit sie durch verbindliche Gemeindeerlasse festgelegt sind und die Standort- oder Regionalgemeinden ihre Kostenanteile leisten;

² Als anrechenbare Einrichtungskosten gelten die Kosten des betriebsnotwendigen Inventars.

³ Beiträge an die Kosten von Planungen und Wettbewerben vor der Genehmigung der Grundlagen gemäss Phase I werden nur geleistet, wenn das Departement der Auftragserteilung zugestimmt hat.

Art. 15

2. Nicht-
anrechenbare
Bau- und
Einrichtungskosten

Es werden keine Beiträge geleistet an:

- a) Handänderungs- und Grundstückgewinnsteuern;
- b) vom Departement nicht bewilligte Wettbewerbe;
- c) über das übliche Mass hinausgehende Gebühren für Baubewilligungen;
- d) Erschliessungskosten ausserhalb des eigentlichen Baugrundstückes sowie Perimeterbeiträge;
- e) Bauherren-Haftpflichtversicherungen und Selbstbehalte im Schadenfall sowie Bauversicherungen;

- f) Wiederherstellungskosten bei nicht versicherten Schäden;
- g) vom Departement nicht bewilligte Auslagen für Expertisen im Zusammenhang mit der Projektierung und dem Bau;
- g) Taggelder, Reisespesen und übrige Spesen der Baukommission, soweit sie die Ansätze von Kommissionen für kantonseigene Bauten übersteigen;
- i) Auslagen für Grundsteinlegung, Aufrichte- und Eröffnungsfeiern, künstlerischen Schmuck, Fotos für Baudokumentation und Festschrift und dergleichen;
- k) Anwalts- und Gerichtskosten;
- l) Finanzierungskosten.

Art. 16

¹ Das Departement erteilt nach Beurteilung der Grundlagen zu Zweckbestimmung, Bedarf, Standortwahl, Betriebsführungskonzept, Raumprogramm, Kostenschätzung, Terminplan und Finanzierung die zur Weiterbearbeitung des Projekts notwendigen Weisungen.

3. Beitragsverfahren

² Die Regierung entscheidet gestützt auf das gemäss den Weisungen des Departementes überarbeitete Projekt über die Beitragsberechtigung und die Höhe des kantonalen Beitrags.

³ Voranschläge und Bauabrechnungen sind gemäss Baukostenplan des CRB (Centre suisse pour la rationalisation des bâtiments) zu erstellen.

⁴ Der Beitrag wird nach Prüfung der Abrechnung und Bauabnahme durch das Gesundheitsamt ausbezahlt.

V. Beiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und an die anerkannten Pflegefachpersonen ¹⁾

Art. 17 ²⁾

Selbständig erwerbende Pflegefachpersonen werden als beitragsberechtigt anerkannt, wenn sie

Anerkennungsvoraussetzungen für Pflegefachpersonen

- a) eine zweijährige Berufserfahrung im Kompetenzbereich Pflege und Betreuung, welche nicht länger als fünf Jahre zurückliegt, nachweisen;
- b) über ein Pflege- und Betreuungskonzept verfügen;
- c) an Werktagen während mindestens fünf Stunden telefonisch erreichbar sind;

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

- d) die Stellvertretung während Ferien und anderen Abwesenheiten geregelt ist;
- e) für Klientinnen und Klienten, bei denen mit dem Eintreten einer Krisensituation gerechnet werden muss, kurzfristig ein Pikettdienst rund um die Uhr bereitgestellt werden kann;
- f) eine vom Gesundheitsamt anerkannte Weiterbildung als Einsatzleiterin oder als Einsatzleiter absolviert haben;
- g) eine Schulung zur Abklärung des Pflegebedarfs auf dem aktuellen Instrument nachweisen;
- h) jährlich Weiterbildungen im Umfang von mindestens einem Prozent der geleisteten Stunden absolvieren;
- i) jährlich einen Qualitätsbericht gemäss Vereinbarung des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit dem Branchenverband der Schweizerischen Krankenversicherer einreichen.

Art. 18

Anspruch auf Leistungen

¹ Pflege- oder betreuungsbedürftige Personen gemäss Artikel 31d Absatz 1 des Gesetzes sind:

- a) kranke, verunfallte, rekonvaleszente, behinderte, betagte und sterbende Menschen;
- b) Frauen vor und/oder nach der Geburt;
- c) pflegende Angehörige im Sinne einer vorübergehenden Entlastung.

² ¹⁾ Ein Dienst mit kommunalem Leistungsauftrag kann vom Gesundheitsamt auf begründetes Gesuch hin von der Leistungspflicht befreit werden:

- a) bei aufwändigen Therapien, welche den Einsatz von ständig zu überwachenden medizintechnischen Geräten erfordern;
- b) bei ausgewiesener physischer oder psychischer Gefährdung der Mitarbeitenden oder anderweitiger Unzumutbarkeit der Leistungserbringung.

Art. 19 ²⁾

Beitragsberechtigte Leistungen

¹ Beitragsberechtigt sind Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege für im Kanton wohnhafte Personen, an welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung Beiträge leistet.

² Beitragsberechtigte hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen sind folgende Leistungen für im Kanton wohnhafte Personen:

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

- a) Unterstützung in der Haushaltsführung oder vorübergehende selbstständige Führung derselben;
- b) Mithilfe in der Betreuung der Kinder, wenn der betreuende Elternteil wegen Krankheit, Unfall, Wochenbett oder Rekonvaleszenz ausfällt;
- c) Aktivierung, Anleitung und Begleitung zur Gestaltung des Alltags;
- d) Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention.

³ Der beitragsberechtigte Mahlzeitendienst umfasst die Lieferung von Mahlzeiten nach Hause für im Kanton wohnhafte Personen.

Art. 20

¹ Der maximale Umfang der beitragsberechtigten Leistungen umfasst: Zeitbudget

- a) ¹⁾ bei den Pflegeleistungen und den Leistungen der Akut- und Übergangspflege den von den Krankenversicherern anerkannten Leistungsumfang;
- b) bei den hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen 20 Stunden pro Woche;
- c) beim Mahlzeitendienst eine Mahlzeit pro Tag.

² Der Umfang der beitragsberechtigten Leistungen gemäss Absatz 1 litera b kann durch die Einsatzleitung während maximal 60 Tagen ausgedehnt werden:

- a) auf maximal 48 Stunden pro Woche zur Entlastung pflegender Angehöriger;
- b) auf maximal 168 Stunden pro Woche bei Personen, denen der Eintritt in eine stationäre Einrichtung nicht möglich ist sowie bei Schwerkranken und Sterbenden;
- c) auf maximal 168 Stunden pro Woche bei Krankheit oder Unfall der Haushalt führenden Person in Haushalten mit unterstützungspflichtigen Kindern und Jugendlichen.

^{3 2)} Der Umfang der beitragsberechtigten Leistungen gemäss Absatz 1 Litera b kann durch die Einsatzleitung während der Akut- und Übergangspflege auf maximal 168 Stunden pro Woche ausgedehnt werden.

Art. 21

¹ Die Bedarfsabklärung ist vor dem ersten Einsatz bei den Klientinnen beziehungsweise Klienten zu Hause durchzuführen. Es ist ein schriftlicher Auftrag über die zu erbringenden Leistungen abzuschliessen. Bedarfsabklärung

² In Fällen, welche einen sofortigen Einsatz notwendig machen, ist die Bedarfsabklärung innerhalb der nächsten fünf Arbeitstage durchzuführen.

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

³ Die zu erbringenden Leistungen sind regelmässig dem Bedarf anzupassen.

Art. 22 ¹⁾

Festlegung der anerkannten Kosten
1. Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag

¹ Als wirtschaftliche Dienste gelten die Dienste mit den tiefsten durchschnittlichen Kosten pro verrechnete Stunde, die

- a) im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen zu den in Artikel 21 Absatz 1 Litera b und c und Artikel 22 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität sind und
- b) in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 75 Prozent der von den Diensten gemäss Litera a ausgewiesenen verrechneten Stunden erbracht haben.

² ...

³ Das Departement legt anhand des gewichteten arithmetischen Mittels der durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten gemäss Artikel 31b Absatz 1 und 2 des Gesetzes fest.

Art. 22a ²⁾

2. Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und Pflegefachpersonen

Die anerkannten Kosten der Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und der anerkannten Pflegefachpersonen betragen 85 Prozent der anerkannten Kosten der Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag.

Art. 23

Leistungsbeiträge
1. Einzureichende Unterlagen

³⁾ Dienste und anerkannte Pflegefachpersonen, die Anspruch auf Leistungsbeiträge erheben, haben dem Gesundheitsamt:

- a) die statistischen Daten, die Jahresrechnung mit der Anlagebuchhaltung und die Kostenrechnung gemäss den Vorgaben des Gesundheitsamtes, das Ergebnis der von der Regierung vorgegebenen Qualitätsmessungen, die Fluktuationsrate des Personals, die Absenzenrate des Personals sowie die vom Gesundheitsamt verlangten Daten bis am 31. März des Folgejahres einzureichen;
- b) jeweils innert zehn Tagen nach Ende eines Quartals die Anzahl der in den beitragsberechtigten Leistungskategorien erbrachten Leistungseinheiten zu melden;

¹⁾ Fassung sowie Aufhebung von Absatz 2 gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

³⁾ Fassung Einleitungssatz sowie von Litera a und b gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

- c) bis am 31. März des Folgejahres die für die Überprüfung der Anforderungen an die Strukturqualität im Beitragsjahr erforderlichen Unterlagen einzureichen.

Art. 24

¹ ¹⁾ Das Gesundheitsamt richtet auf der Basis der pro beitragsberechtigte Leistungskategorie gemeldeten Leistungseinheiten jeweils bis Ende des Quartalsfolgemonats provisorische Leistungsbeiträge aus. 2. Auszahlung

² ²⁾ Die definitive Festsetzung der Leistungsbeiträge durch das Gesundheitsamt erfolgt nach Prüfung der massgebenden Daten-

³ Artikel 2 gilt sinngemäss.

Art. 25

¹ ³⁾ Die Jahresrechnung ist gemäss den Vorgaben des Gesundheitsamts zu erstellen. 3. Rechnungslegung

² ⁴⁾ Die freien Reserven dürfen einen halben Jahresumsatz nicht übersteigen.

³ Investitionen mit einem Anschaffungswert von über 3 000 Franken pro Objekt sind in der Anlagebuchhaltung zu erfassen und während der Nutzungsdauer linear abzuschreiben. Die Nutzungsdauer richtet sich nach dem Handbuch des Spitex Verbandes Schweiz.

⁴ ⁵⁾ Die Kostenrechnung ist gemäss dem Handbuch des Spitex Verbandes Schweiz und den Vorgaben des Gesundheitsamts zu führen.

⁵ Das Geschäftsjahr hat dem Kalenderjahr zu entsprechen.

⁶ ⁶⁾ Das Gesundheitsamt kann bei den Diensten ohne kommunalen Leistungsauftrag sowie den anerkannten Pflegefachpersonen die Anforderungen an die Rechnungslegung reduzieren oder diese von der Pflicht zur Führung einer Kostenrechnung befreien.

¹⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

³⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

⁴⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

⁵⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

⁶⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

4. Beitrags-
kürzung

Art. 25a ¹⁾

¹ Eine Kürzung gemäss Artikel 31f Litera a des Gesetzes wird vorgenommen, wenn die personellen Anforderungen gemäss Artikel 21 Litera b und c und Artikel 22 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz nicht erfüllt werden.

² Auf eine Kürzung gemäss Artikel 31f Litera g des Gesetzes kann verzichtet werden, wenn für fehlende Ausbildungs- und Praktikumsplätze Ausbildungsbeiträge in den Ausbildungsfonds des Spitex Verbands Graubünden entrichtet werden.

³ Das Reglement des Ausbildungsfonds und die Höhe der zu entrichtenden Ausbildungsbeiträge bedürfen der Genehmigung der Regierung.

Anstellung
pflegender
Angehöriger

Art. 26

Pflegende Angehörige können durch die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung angestellt werden, wenn:

- a) sie eine Bestätigung über die erfolgreiche Absolvierung des Pflegehelferinnenkurses beziehungsweise des Pflegehelferkurses des Schweizerischen Roten Kreuzes vorweisen;
- b) der Einsatz einer Langzeitsituation entspricht und die Anstellung auf mindestens zwei Monate angelegt ist;
- c) sie noch nicht das AHV-Alter erreicht haben.

Gemeinden

Art. 27 ²⁾

Die den Gemeinden einzureichenden Unterlagen wie auch die Periodizität der Auszahlung der kommunalen Leistungsbeiträge haben die Dienste und die anerkannten Pflegefachpersonen mit den zahlungspflichtigen Wohnsitzgemeinden zu vereinbaren.

VII. Beiträge an die Dienste der Mütter- und Väterberatung

Dienstleistungs-
angebot

Art. 28

Die Beratung bei der Pflege und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern hat mindestens die folgenden Angebote zu beinhalten:

- a) eine Erstberatung in Form eines Hausbesuchs;
- b) eine Beratung pro Monat in einer Beratungsstelle in der Region oder in Form eines Hausbesuchs;
- c) Telefonberatung an fünf Werktagen pro Woche während jeweils einer Stunde.

¹⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

Art. 29

Dienste, die Anspruch auf Beiträge erheben, haben bis am 31. März des Folgejahres:

Beiträge
1. Einzureichende
Unterlagen

- a) die statistischen Daten und die Jahresrechnung gemäss den Vorgaben des Gesundheitsamts sowie die übrigen von ihm verlangten Unterlagen einzureichen;
- b) die Anzahl Kinder im ersten Lebensjahr, welche per 31. Dezember des Vorjahres im Tätigkeitsgebiet des Dienstes wohnhaft waren, unter Beilage der Bestätigungen der Gemeinden zu melden;
- c) die für die Überprüfung der Erfüllung der Anforderungen an die Strukturqualität im Beitragsjahr erforderlichen Unterlagen einzureichen.

Art. 30

¹ Das Gesundheitsamt richtet jeweils bis Ende Juli auf der Basis der gemäss Artikel 30 Absatz 1 Litera b ¹⁾ gemeldeten Kinder provisorische Beiträge aus.

2. Auszahlung

² Die Absätze 2 und 3 von Artikel 24 gelten sinngemäss.

Art. 31 ²⁾

Die Dienste der Mütter- und Väterberatung haben folgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen:

3. Strukturqualität

- a) die Leiterin beziehungsweise der Leiter hat über ein gesamt-schweizerisch anerkanntes Diplom als Pflegefachperson oder eine gleichwertige Ausbildung sowie eine vom Gesundheitsamt anerkannte Weiterbildung in Beratung im Umfang von mindestens 300 Lektionen zu verfügen;
- b) die Mitarbeitenden haben über ein gesamtschweizerisch anerkanntes Diplom als Pflegefachperson oder eine gleichwertige Ausbildung sowie eine vom Gesundheitsamt anerkannte Weiterbildung in Beratung im Umfang von mindestens 90 Lektionen zu verfügen;
- c) die Dienste verfügen über ein Beratungskonzept;
- d) mindestens 80 Prozent der Eltern beziehungsweise anderer Bezugspersonen der im Tätigkeitsgebiet der Dienste wohnhaften Kinder im ersten Lebensjahr sind in Form eines Hausbesuches oder in der Beratungsstelle zu beraten.
- e) pro Jahr ist mindestens ein Elternbildungskurs zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention von Säuglingen und Kleinkindern durchzuführen.

¹⁾ recte: Artikel 29 Litera b

²⁾ Fassung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

4. Rechnungs-
legung

Art. 31a ¹⁾

¹ Die Jahresrechnung ist nach den Vorgaben des Gesundheitsamts zu erstellen.

² Die freien Reserven dürfen einen halben Jahresumsatz nicht übersteigen.

³ Das Geschäftsjahr hat dem Kalenderjahr zu entsprechen.

VIII. Schlussbestimmungen

Art. 32

Übergangs-
bestimmungen
1. Spitäler
a) Abstufung
bezogene
Investitions-
beiträge

Die geleisteten Investitionsbeiträge des Kantons an die Spitäler werden zur Berechnung der bezogenen Investitionsbeiträge wie folgt gewichtet:

Beitragsjahr	Gewichtung
1990-1994	25 Prozent
1995-1999	50 Prozent
2000-2004	75 Prozent

Art. 33

b) Ausgleich mit
Investitions-
beiträgen gemäss
Verteilschlüssel

¹ Die Summen der gewichteten bezogenen Investitionsbeiträge an die einzelnen Spitäler werden addiert und gemäss dem für das Jahr 2005 gültigen Verteilschlüssel für Investitionsbeiträge aufgeteilt. Von den so berechneten Beiträgen werden die gewichteten bezogenen Investitionsbeiträge abgezogen.

² Die Differenz wird linear in den zehn Jahren nach Inkrafttreten dieser Ausführungsbestimmungen durch Anrechnung an die gemäss Verteilschlüssel berechneten Investitionsbeiträge ausgeglichen.

Art. 34

c) Zugesicherte
Investitions-
beiträge

Die Auszahlung der nach bisherigem Recht zugesicherten Investitionsbeiträge erfolgt ohne Prüfung der Abrechnung.

Art. 35

2. Alters- und
Pflegeheime und
Pflegegruppen

¹ Teilabrechnungen von Bauprojekten werden als Abrechnungen gemäss Artikel 49c des Gesetzes ²⁾ anerkannt.

² ³⁾ Die Jahresrechnung gemäss der Vorgabe von Artikel 11c Absatz 1 ist spätestens für das Rechnungsjahr 2014 zu erstellen.

¹⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ BR 506.000

³⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

Art. 35a¹⁾

Die Anerkennungsvoraussetzungen gemäss Artikel 17 Litera b, f und g sind bis Ende 2011 zu erfüllen.

Art. 35b²⁾

Die Verordnung zum Gesundheitsgesetz vom 16. Dezember 2008³⁾ wird Änderung von
wie folgt geändert: Erlassen

Art. 17 Abs. 1, 6 und 7

¹ Alters- und Pflegeheime, Pflegegruppen und Pflegewohnungen erfüllen die quantitativen Anforderungen in personeller Hinsicht, wenn der für eine angemessene Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, die Qualitätssicherung und die Betreuung der Lernenden notwendige Personalbestand vorhanden ist und die von der Regierung festgelegte Anzahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung gestellt wird.

⁶ Die Alters- und Pflegeheime, Pflegegruppen und Pflegewohnungen sind verpflichtet:

- a) Lehrstellen pro Lehrjahr für Fachfrau oder Fachmann Gesundheit (FaGe) im Umfang von mindestens einem Zwanzigstel des für eine angemessene Pflege und Betreuung notwendigen Personalbestandes bereitzustellen;
- b) Praktikumsplätze pro Lehrjahr HF Pflege im Umfang von mindestens einem Sechzigstel des für eine angemessene Pflege und Betreuung notwendigen Personalbestandes bereitzustellen.

⁷ Bisheriger Absatz 6

Art. 18 lit. b und c

Alters- und Pflegeheime, Pflegegruppen und Pflegewohnungen haben folgende Qualitätsvorgaben zu erfüllen:

- b) der Betrieb gewährleistet eine angemessene Pflege- und Betreuungsqualität;
- c) die Mitarbeitenden absolvieren im Umfang von mindestens einem Prozent der geleisteten Stunden interne oder externe Weiterbildungen.

¹⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

²⁾ Einfügung gemäss RB vom 21. Dezember 2010; am 1. Januar 2011 in Kraft getreten

³⁾ BR 500.010

Art. 21 lit. c, d und e

Die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung erfüllen die quantitativen Anforderungen in personeller Hinsicht, wenn sie

- c) pro Lernende der Ausbildungsgänge Pflege und Betreuung 0.1 Stelle für deren Begleitung vorhanden sind;
- d) Lehrstellen pro Lehrjahr für Fachfrau oder Fachmann Gesundheit (FaGe) im Umfang von mindestens einem Zwanzigstel des effektiven Personalbestandes für Pflege und Betreuung bereitstellen;
- e) Praktikumsplätze pro Lehrjahr für die ersten zwei Lehrjahre HF Pflege im Umfang von mindestens einem Sechzigstel des effektiven Personalbestandes für Pflege und Betreuung bereitstellen.

Art. 22 lit. a

3. Qualitäts-
vorgaben

Die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung haben folgende Qualitätsvorgaben zu erfüllen:

- a) die Dienste setzen ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem ein, welches Standards zu den vom Gesundheitsamt festgelegten Bereichen beinhaltet;

III. Qualitätsbeurteilung der Einrichtungen der Gesundheitspflege und der Angebote zur Pflege und Betreuung**Art. 22a**

Qualitäts-
messungen

Die Einrichtungen der Gesundheitspflege, die Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen sowie die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung haben sich an den von der Regierung festgelegten Qualitätsmessungen von gesamtschweizerischen Organisationen zu beteiligen.

IV. Berufsausübungsbewilligungen**V. Schlussbestimmungen****Art. 38a**

3. Dienste der
häuslichen Pflege
und Betreuung

Die Vorgabe gemäss Artikel 22 Litera a ist bis spätestens ab 1. Januar 2013 zu erfüllen.

Art. 36

¹ Diese Verordnung tritt zusammen mit der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes vom 13. Juni 2007 in Kraft ¹⁾.

Inkrafttreten,
Aufhebung
bisherigen Rechts

² Auf diesen Zeitpunkt werden aufgehoben:

- a) Verordnung zum Krankenpflegegesetz vom 14. Dezember 2004 ²⁾;
- b) Tarifordnung für Organisationen der häuslichen Pflege und Betreuung vom 26. September 1994 ³⁾;
- c) Reglement für den Austausch von Pflege- und Betreuungskräften und den Einsatz von überregionalen Organisationen vom 7. Juli 1998 ⁴⁾;
- d) Reglement zur Entlastung und Anstellung von pflegenden Angehörigen vom 7. Juli 1998 ⁵⁾.

¹⁾ 1. Januar 2008

²⁾ AGS 2004, KA 2004_4396, BR 506.060

³⁾ AGS 1994, 3109 und Änderungen gemäss Register zur AGS; BR 506.095

⁴⁾ AGS 1998, 4125, BR 506.100

⁵⁾ AGS 1998, 4130; BR 506.110