



Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision der Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz)

1. Allgemeine Bemerkungen

In den Bereichen der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Mütter- und Väterberatung sind heute zahlreiche Vorgaben in den von der Regierung genehmigten Rahmenleistungsaufträgen festgeschrieben. Soweit diese Vorgaben normativen Charakter haben, werden sie in die Verordnung zum Krankenpflegegesetz eingebaut. In die Verordnung werden auch die Inhalte des Reglements für den Austausch von Pflege- und Betreuungskräften und den Einsatz von überregionalen Organisationen (BR 506.100) und des Reglements zur Entlastung und Anstellung von pflegenden Angehörigen (BR 506.110) eingebaut. Durch den Zusammenzug der einschlägigen Erlasse wird die Transparenz für die Rechtsuchenden verbessert. Die Inhalte der Rahmenleistungsaufträge mit informativem Charakter, wie zum Beispiel Leitgedanken zu den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung oder Erklärungen und Begründungen zu den Regelungen, werden vom Gesundheitsamt ausserhalb der Verordnung in geeigneter Form den betroffenen Diensten oder Institutionen zur Kenntnis gebracht.

Die zur Erlangung oder Erneuerung der Betriebsbewilligung zu erfüllenden Anforderungen an die Strukturqualität im Sinne von Art. 31f Abs. 1 lit. a des vom Grossen Rat teilrevidierten Krankenpflegegesetzes werden von der Regierung in den Grundzügen in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz festgelegt. Es ist vorgesehen, den Entwurf für eine entsprechende Teilrevision der Verordnung zum Gesundheitsgesetz im Herbst dieses Jahres in die Vernehmlassung zu geben. Die Details sollen wie bisher vom Departement vorgegeben werden.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 3 Abs. 5

Anlässlich der Prüfung der medizinischen Statistiken wurde festgestellt, dass insbesondere bei zusatzversicherten Personen Behandlungen stationär durchgeführt wurden, welche auch ambulant hätten durchgeführt werden können. An solche Behandlungen sollen künftig keine Fallbeiträge mehr ausgerichtet werden. Ein solches Vorgehen liegt zumindest bei Patientin-

nen beziehungsweise Patienten, welche in einem ausserregionalen Spital stationär behandelt werden, obschon sie auch ambulant behandelt werden könnten, auch im Interesse der Spitalregion, werden doch diese Fälle der Hospitalisationsrate der Spitalregion der Patientin beziehungsweise des Patienten hinzugerechnet.

Art. 6 Abs. 3

Die definitive Festsetzung der Leistungsbeiträge erfordert nebst der Prüfung der Jahresrechnungen auch die Einsichtnahme in die statistischen Daten der Spitäler. Art. 6 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen. Im Weiteren wird klar gestellt, dass die Festsetzung der Leistungsbeiträge durch das Gesundheitsamt erfolgt.

Titel zu Kapitel IV

Der Wortlaut wird im Sinne einer einheitlichen und konsequenten Verwendung der Bezeichnungen und Begriffe demjenigen des Gesetzes angepasst.

Art. 17

Die Bestimmung im geltenden Abs. 1, wonach nur Beiträge an Investitionen gewährt werden, welche den Verhältnissen angemessen, baulich einwandfrei und betriebsnotwendig sind, wird inhaltlich in Art. 24b Abs. 2 überführt. Der geltende Abs. 1 kann deshalb gestrichen werden. Da nur mehr Pauschalbeiträge für die Erstellung von zusätzlichen Betten beziehungsweise für die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer ausgerichtet werden, wird die geltende Bestimmung von Abs. 2 ebenso hinfällig.

Primäre Voraussetzung für kantonale Investitionsbeiträge ist eine positive Stellungnahme der Heimregion zum Bedarf des Vorhabens. Gemäss Art. 20 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes haben die Gemeinden der Planungsregion eine regional abgestimmte Bedarfsplanung zu erstellen. Die Heimregion hat im Zusammenhang mit der Erstellung des in der kantonalen Rahmenplanung pro Heimregion ausgewiesenen Zusatzbedarfs an Betten zu entscheiden, welche Institution in den Genuss der entsprechenden kantonalen Investitionsbeiträge gelangen soll.

Art. 18

Da mit der Neukonzipierung der Investitionsbeiträge für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett beziehungsweise bei der Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer für jedes zusätzlich geschaffene Zimmer seitens des Kantons Pauschalbeiträge ausgerichtet werden, ist die Unterscheidung in Bau- und Einrichtungsbeiträge obsolet. Der Wortlaut in Abs. 1 wird entsprechend angepasst.

Die von den Trägerschaften eingereichten Beitragsgesuche werden durch das Gesundheitsamt unter Beizug des Hochbauamts geprüft. Abs. 2 wird entsprechend der heutigen Praxis angepasst.

Art. 18a bis 18c

Mit der Pauschalisierung der kantonalen Investitionsbeiträge kann das Beitragsverfahren stark vereinfacht werden. Es ist nicht mehr notwendig, zwischen anrechenbaren und nicht anrechenbaren Baukosten zu unterscheiden beziehungsweise anrechenbare Einrichtungskosten aufzulisten. Art. 18a bis 18c können deshalb aufgehoben werden.

Art. 19

Im Sinne der Verfahrensvereinfachung sind im Beitragsverfahren nur mehr zwei Genehmigungsphasen zu durchlaufen.

Abs. 1 entspricht weitgehend der geltenden Phase I. Mit dem neuen Finanzierungssystem erübrigt sich eine Deklaration der Kostenschätzung.

Abs. 2 der geltenden Verordnung kann aufgrund der Pauschalisierung der kantonalen Investitionsbeiträge aufgehoben werden.

Neu entscheidet die Regierung bereits aufgrund des Vorprojekts (Phase II) über die Beitragsberechtigung und die Höhe des kantonalen Beitrages (Abs. 2).

Art. 20

Die bisherige Phase II wird erweitert und in Art. 19 Abs. 2 überführt. Art. 20 wird deshalb aufgehoben.

Art. 21

Die bisherige Phase III der Beitragsfestsetzung ist mit der Neukonzeption des Beitragsverfahrens nicht mehr notwendig. Art. 21 wird deshalb gestrichen.

Art. 22

Mit dem neuen Finanzierungssystem erübrigen sich kantonale Vorgaben zum Aufbau der Voranschläge und Bauabrechnungen. Art. 22 wird deshalb aufgehoben.

Art. 23

Auf die Begleitung und Überwachung der Projektausführung durch den Kanton wird verzichtet.

Hingegen wird die Verpflichtung der Trägerschaften, bei grösseren Bauvorhaben die zuständigen kantonalen Instanzen regelmässig über den Baufortschritt zu informieren, beibehalten

(Abs. 2). Die Informationen dienen der Finanzplanung und ermöglichen die Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel.

Art. 24 Abs. 1

Diese Bestimmung ist inhaltlich bereits in Art. 18 Abs. 1 enthalten. Entsprechend wird Art. 24 Abs. 1 aufgehoben.

Art. 24a

Diese Bestimmung kann aufgehoben werden. Abs. 1 wird durch die Pauschalisierung der kantonalen Investitionsbeiträge obsolet. Abs. 2 wird in Art. 24b Abs. 2 überführt.

Art. 24b

Auf die Prüfung der Abrechnung kann aufgrund des neuen Finanzierungssystems verzichtet werden. Der Begriff Kollaudation wird in Abs. 1 durch den verständlicheren Begriff „Bauabnahme“ ersetzt. Abs. 2 entspricht sinngemäss dem geltenden Art. 24a Abs. 2.

Art. 24c

Dieser Artikel regelt die Einzelheiten bei der Festlegung der Maximaltarife.

Art. 24c Abs. 1

In Abs. 1 wird die Wirtschaftlichkeit definiert. Zur Festlegung der Maximaltarife werden die Kosten- und Leistungsdaten derjenigen beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen herangezogen, welche in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr gemeinsam mindestens 75 Prozent der von den beitragsberechtigten Institutionen insgesamt ausgewiesenen Pflagetage erbracht haben.

Art. 24c Abs. 2

Für den Benchmark der beitragsberechtigten Institutionen werden die in jeder Institution im Vorjahr angefallenen Pensions-, Betreuungs- und Pflegekosten für eine Bewohnerin oder einen Bewohner mit einer durchschnittlichen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit (2005: 30.6 BESA-Punkte pro Tag) herangezogen.

Damit nicht unverhältnismässig hohe Rückstellungen für Instandsetzungs- und Erneuerungsinvestitionen zu überhöhten Maximaltarifen führen, sind die in die Berechnung der Maximaltarife einzubeziehenden Kosten der Anlagenutzung wie Abschreibungen und Rückstellungen zu limitieren. Gleichzeitig wird dadurch auch sichergestellt, dass von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern nicht mehr als 50 Prozent der kalkulatorischen Instandsetzungs- und Erneuerungskosten zu bezahlen sind beziehungsweise die Gemeinden der Planungsregion ihrer Verpflichtung zur Mitfinanzierung der Instandsetzungs- und Erneuerungskosten

nachkommen. Der Betrag von 10 Franken pro Pflégetag, welcher im Rahmen der Maximaltarife bei den Kosten der Anlagenutzung anerkannt wird, entspricht einer Investitionssumme von 175'000 Franken und einem durchschnittlichen Investitionszyklus von 25 Jahren. Dem Anliegen des Bündner Spital- und Heimverbands (BSH) und der diesem angeschlossenen Leistungserbringer, für die Festlegung der kalkulatorischen Instandsetzungs- und Erneuerungskosten von einem Investitionszyklus von 25 Jahren auszugehen und nicht, wie in der Botschaft zur Teilrevision des Krankenpflegegesetzes ausgeführt, von 30 Jahren, wird durch die vorgesehene Regelung in Abs. 2 Rechnung getragen.

Art. 24c Abs. 3

Um eine zeitgerechte Festlegung der Maximaltarife sicherzustellen, haben die beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen dem Gesundheitsamt die hierfür notwendigen Kosten- und Leistungsdaten bis am 31. März des Folgejahres einzureichen.

Art. 24d

Die Bestimmungen zur Rechnungslegung der Spitäler gelten sinngemäss auch für die Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen. Dies ermöglicht eine für die Festlegung der Maximaltarife einheitliche Datenbasis.

Art. 26a

Da die Art. 17 bis 24b aufgrund der Neukonzeption der kantonalen Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen teils neu formuliert und teils aufgehoben wurden, kann nicht mehr darauf verwiesen werden. Die entsprechenden Bestimmungen werden mit kleinen Anpassungen in die neuen Art. 26d bis 26n überführt. Art. 26a wird demgemäss aufgehoben.

Art. 26c

Der Verweis auf Art. 18b ist nicht mehr möglich, da der Kanton an Alters- und Pflegeheime sowie an Pflegegruppen in Zukunft Pauschalbeiträge an die Investitionen leistet. Die nicht anrechenbaren Baukosten werden entsprechend neu in Art. 26g aufgeführt. In Weiteren wird die nicht mehr zutreffende Bezeichnung „Ausführungsbestimmungen“ durch „Verordnung“ ersetzt.

Art. 26d bis 26o

Diese Bestimmungen entsprechen mit kleinen Anpassungen den bisherigen Art. 17 bis 24b.

Titel zu Kapitel VII

Im Sinne einer übersichtlichen Gliederung der Verordnung werden unter Kapitel VII nur mehr Bestimmungen zur häuslichen Pflege und Betreuung geregelt.

Art. 28a

Gemäss Art. 20 Abs. 1 lit. b des Krankenpflegegesetzes sind die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung zuständig. Die Gemeinden haben dementsprechend zu entscheiden, welchen Dienst oder welche Dienste sie mit der Wahrnehmung der häuslichen Pflege und Betreuung beauftragen. Entsprechend werden vom Kanton diejenigen Dienste als beitragsberechtigt anerkannt, welche im Besitz eines Leistungsauftrages einer Gemeinde beziehungsweise der Gemeindeverbinding sind (lit. a). Falls in einer Region mehrere Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügen, haben die Gemeinden, welche für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung zuständig sind, zu entscheiden, ob sie gegebenenfalls mehrere Dienste mit der Wahrnehmung der häuslichen Pflege und Betreuung beauftragen wollen. So sind beispielsweise auf dem Platz Chur bereits heute zwei Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung tätig.

Als zweite Anerkennungsvoraussetzung haben sich die beitragsberechtigten Dienste zu verpflichten, ihre Leistungen in allen Gemeinden ihres Tätigkeitsgebietes zu erbringen. Damit wird sichergestellt, dass die Leistungen flächendeckend erbracht werden (lit. b).

Der geltende Abs. 2 betrifft die Anerkennungsvoraussetzungen der Dienste der Mütter- und Väterberatung. Entsprechend werden diese in das Kapitel VII überführt.

Art. 28b

Abs. 1 und 2 des geltenden Art. 28b sind aufgrund der neu gestalteten Anerkennungsvoraussetzungen nicht mehr erforderlich. Abs. 3 des geltenden Art. 28b wird in Art. 28a überführt.

Neu werden in diesem Artikel die beitragsberechtigten Leistungen detailliert aufgeführt. Sie entsprechen den bereits heute von der öffentlichen Hand gemäss dem Rahmenleistungsauftrag für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung subventionierten Leistungen.

Art. 28b Abs. 1

Zu den pflegerischen Leistungen (Leistungskategorie 1) gemäss Abs. 1 gehören sämtliche kassenpflichtigen Leistungen. Sie richten sich nach Art. 25 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie den von der Regierung genehmigten Verträgen zwischen dem Spitex Verband Grau-

bünden und santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer betreffend Leistungen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung.

Art. 28b Abs. 2

In Abs. 2 sind die beitragsberechtigten hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen (Leistungskategorie 2) aufgelistet.

Einsätze gemäss lit. a können zum Beispiel notwendig werden, wenn die Haushalt führende Person krankheitshalber oder unfallbedingt teilweise oder ganz ausfällt und unter Berücksichtigung der Ressourcen des sozialen Umfeldes der Bedarf für eine Unterstützung gegeben ist.

Leistungen gemäss lit. b sind typische Familieneinsätze, welche den betreuenden Elternteil entlasten. Die Kleinkinder werden zum Beispiel morgens aufgenommen und die Schulkinder für den Schulbesuch bereit gemacht.

Mit Aktivierung, Anleitung und Begleitung zur Gestaltung des Alltags gemäss lit. c sind Massnahmen gemeint, welche den Klientinnen und Klienten ermöglichen, unter Einbezug ihrer persönlichen Ressourcen und derjenigen des sozialen Umfelds den Alltag soweit möglich eigenständig und eigenverantwortlich zu gestalten. Diese Leistungen beinhalten zum Beispiel die Begleitung der Klientinnen beziehungsweise Klienten zum Arzt oder auf amtliche Stellen sowie die Beratung und Unterstützung in administrativen Belangen. Ziel ist, eine möglichst grosse Autonomie der Klientinnen beziehungsweise Klienten zu erhalten. Im Weiteren können durch solche begleitenden Einsätze pflegende Angehörige entlastet werden. Ebenso können Tendenzen von Verwahrlosung erkannt beziehungsweise die notwendigen Massnahmen eingeleitet werden.

Der Beratung und Unterstützung in Belangen der Gesundheitsförderung und Prävention gemäss lit. d kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Mit einfachen Massnahmen können Unfälle und Krankheiten beziehungsweise Komplikationen, welche einen teuren Spitalaufenthalt notwendig machen, vermieden werden. Konkrete Massnahmen sind zum Beispiel: Entfernen von gefährlichen Teppichen mit aufstehenden Rändern oder Elektrokabeln, Sicherung der Badwanne, Aufklärung über geeignete Vorsorgemassnahmen bei Hitzetagen, Aufmunterung zu regelmässiger Bewegung.

Art. 28b Abs. 3

Beim Mahlzeitendienst (Leistungskategorie 3) können kantonale Leistungsbeiträge geltend gemacht werden, wenn die Mahlzeiten nach Hause geliefert werden. Der Mahlzeitendienst kann durch eine stationäre Einrichtung oder ein Restaurant erbracht werden. Die Administration ist aber über den zuständigen Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung abzuwickeln.

Dieser hat im Rahmen der Bedarfsabklärung unter Einbezug der Ressourcen der Klientinnen beziehungsweise der Klienten und des sozialen Umfelds sowie im Kontext mit anderen zu erbringenden Leistungen den Bedarf für eine Mahlzeitenlieferung zu ermitteln. Der Mahlzeitendienst ist oft eine entscheidende Voraussetzung, um das Leben in gewohnter Umgebung weiterführen zu können.

Art. 28c Abs. 1

Die Bestimmungen zum zeitlichen Umfang der beitragsberechtigten Leistungen sind weitgehend dem geltenden Rahmenleistungsauftrag für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung entnommen. Neu wird zwischen dem Zeitbudget für pflegerische Leistungen und demjenigen für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen unterschieden.

Der maximale zeitliche Umfang der pflegerischen Leistungen, welcher vom Kanton subventioniert wird, entspricht jenem Leistungsumfang, welcher von den Krankenversicherern anerkannt wird. Gemäss Art. 7 des Vertrages zwischen dem Spitex Verband Graubünden und santésuisse – Der Schweizer Krankenversicherer betreffend Spitexleistungen vom 15. September 2006 beträgt der von den Krankenversicherern anerkannte Leistungsumfang für medizinisch indizierte Spitex-Leistungen nach Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung bei entsprechender Bedarfsmeldung maximal 60 Stunden pro Quartal. Wenn aufgrund der Bedarfsabklärung festgestellt wird, dass im Quartal voraussichtlich über 60 Stunden, aber nicht über 90 Stunden pro Quartal benötigt werden, kann der Krankenversicherer innert zehn Arbeitstagen nach Erhalt der Bedarfsmeldung schriftlich eine Überprüfung des Bedarfs durch den Vertrauensarzt der Krankenversicherer verlangen. Bei einem Bedarf von voraussichtlich über 90 Stunden pro Quartal ist ein Kostengutsprachege such einzureichen.

Leistungsbeiträge des Kantons für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen können im Umfang von maximal 20 Stunden pro Woche geltend gemacht werden. Das gegenüber dem geltenden Rahmenleistungsauftrag um vier Stunden tiefere Zeitbudget ist dadurch begründet, dass im Gegensatz zur bisherigen Regelung die pflegerischen Leistungen im beitragsberechtigten Leistungsumfang nicht mehr enthalten sind.

Beim Mahlzeitendienst wird eine Mahlzeitenlieferung pro Tag anerkannt. Um besonderen Situationen gerecht zu werden, zum Beispiel bei vorübergehender Abwesenheit von pflegenden Angehörigen, ist die Mitlieferung einer zweiten, allerdings nicht subventionierten, Mahlzeit anzustreben. Dies wird bereits heute vielfach praktiziert, indem neben dem Mittagessen auch ein kleines Nachtessen mitgeliefert wird.

Art. 28c Abs. 2

Die Ausnahmesituationen, bei denen vom Zeitbudget von 20 Stunden für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen abgewichen werden kann, sind in Abs. 2 abschliessend festgeschrieben.

Wenn Angehörige nachweisbar in die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen involviert sind und täglich praktisch rund um die Uhr im Einsatz stehen, zum Beispiel in Situationen von Palliative Care, kann das Zeitbudget bei entsprechender Bedarfsabklärung auf maximal 48 Stunden pro Woche erhöht werden.

Eine Ausdehnung des Umfangs der beitragsberechtigten Leistungen kann auch bei Personen, denen ein Eintritt in eine stationäre Einrichtung nicht möglich ist, sowie bei Schwerkranken und Sterbenden angezeigt sein. Eine solche Überbrückungshilfe rund um die Uhr ist auf maximal 60 Tage befristet. Während dieser Zeit ist eine Verlegung in eine stationäre Einrichtung beziehungsweise eine Finanzierung ohne kantonale Beiträge zu organisieren.

Die Bewilligung für eine Ausdehnung des zeitlichen Umfangs der beitragsberechtigten hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen ist durch die für die Bedarfsabklärung zuständige Einsatzleitung zu erteilen.

Art. 28d

In Abs. 1 sind die Zielgruppen aufgelistet, welche im Umfang der Bedarfsabklärung und des maximalen Zeitbudgets Anspruch auf Leistungen haben. Sie sind dem geltenden Rahmenleistungsauftrag für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung entnommen.

In Abs. 2 sind Fälle aufgeführt, bei denen der Anspruch auf Leistungen entfällt. Aufwändige Therapien, welche eine ständige Präsenz einer Fachperson erfordern, sind zum Beispiel Therapien mit künstlicher Beatmung oder Hämodialysen, Beispiele von physischer oder psychischer Gefährdung der Mitarbeitenden sind körperliche oder verbale Bedrohung sowie sexuelle Belästigung. Eine lange Anreisezeit ist hingegen kein Grund, die Leistungen nicht zu erbringen.

Ausnahmen von der Leistungspflicht gemäss Abs. 2 sind nur in Absprache mit dem Gesundheitsamt zulässig.

Art. 28e

Die Bestimmungen zur Bedarfsabklärung entsprechen weitgehend der bisherigen Praxis. Sie sind im geltenden Rahmenleistungsauftrag für Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung enthalten. Die Überprüfung der zu erbringenden Leistungen hat nicht zwingend durch eine erneute Bedarfsabklärung vor Ort zu erfolgen. Sie kann aufgrund der Rückmeldung der Mit-

arbeitenden und der telefonischen Nachfrage bei der Klientin beziehungsweise beim Klienten erfolgen.

Art. 28f

In Abs. 1 ist die Wirtschaftlichkeit definiert. Als Referenzdienste für die Festlegung der Leistungsbeiträge werden die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit dem tiefsten Aufwand pro verrechenbare Stunden und einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen herangezogen, welche im Vorjahr zusammen mindestens 75 Prozent der von den beitragsberechtigten Diensten insgesamt ausgewiesenen verrechenbaren Stunden erbracht haben.

Zum durchschnittlichen Aufwand pro Leistungskategorie und Leistungseinheit der Referenzdienste in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr werden Aufwand- und Ertragsänderungen gegenüber dem Basisjahr, wie zum Beispiel die Teuerung, berücksichtigt (Abs. 2).

Art. 28g

Um eine zeitgerechte Abwicklung der Beitragsbemessung sicherzustellen, haben die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung wie bisher die Kosten- und Leistungsdaten bis am 31. März des Folgejahres dem Gesundheitsamt einzureichen. Da mit dem neuen leistungsbezogenen Finanzierungssystem keine separaten Investitionsbeiträge mehr ausgerichtet werden, können die notwendigen Abschreibungen in der engeren Betriebsrechnung verbucht werden. Entsprechend haben die Dienste nebst der bereits heute einzureichenden Betriebsrechnung und der Bilanz zusätzlich die Anlagebuchhaltung mitzuliefern (Abs. 1 lit. a).

Die beitragsberechtigten Dienste haben jeweils per 10. Juli des Betriebsjahres beziehungsweise 10. Januar des Folgejahres die Leistungsdaten des vorangehenden Semesters einzureichen. Die Leistungsdaten haben jeweils die im massgeblichen Zeitraum erbrachte Anzahl Leistungseinheiten in den drei beitragsberechtigten Leistungskategorien zu beinhalten (Abs. 1 lit. b).

Ebenfalls bis am 31. März des Folgejahres haben die beitragsberechtigten Dienste nachzuweisen, dass sie im Beitragsjahr die Anforderung an die Strukturqualität zur Erlangung oder Erneuerung der Betriebsbewilligung erfüllt haben (Abs. 1 lit. c).

Auf Basis der von den beitragsberechtigten Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung gemeldeten Leistungseinheiten erfolgt die Auszahlung der provisorischen Leistungsbeiträge des Kantons bis Ende Juli beziehungsweise bis Ende Januar des Folgejahres (Abs. 2).

Die Revision der Kosten- und Leistungsdaten durch das Gesundheitsamt, welche auch die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen an die Strukturqualität zur Erlangung oder Erneuerung der Betriebsbewilligung beinhaltet, sollte in der Regel spätestens ein Jahr nach Einrei-

chung der Kosten- und Leistungsdaten der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung abgeschlossen sein. In der Folge wird für jeden beitragsberechtigten Dienst der definitive Kantonsbeitrag festgelegt (Abs. 3).

Art. 28h

Gemäss Abs. 1 sind zur Ermittlung der kantonalen Leistungsbeiträge jene Aufwendungen beziehungsweise Erträge in der Betriebsrechnung auszuscheiden, welche nicht die beitragsberechtigten Leistungen betreffen. Es sind dies zum Beispiel Aufwendungen und Erträge aus Nebenbetrieben wie Putzdienste oder Leistungen für ausserkantonale Feriengäste, welche vom Kanton nicht subventioniert werden. Abschreibungen auf Immobilien, Mobilien und Patientenguthaben, Hypothekar-, Darlehens- und übrige Kapitalzinsen sowie Aufwendungen für das Vereinswesen werden nicht mehr ausgeschrieben, soweit diese Aufwendungen nicht in unverhältnismässigem Umfang anfallen.

Im Sinne einer einheitlichen Datenbasis für die Festlegung der Leistungsbeiträge sind Erträge aus dem Austausch von Pflege- und Betreuungskräften sowie Versicherungsleistungen, welche im Einzelfall zu einem zu hohen Aufwand pro verrechenbare Stunde führen können, aufwandmindernd zu verbuchen (Abs. 2).

Mit den Verweisen in Abs. 3 wird bezweckt, dass die Grundsätze der Rechnungslegung der Spitäler, zum Beispiel in Bezug auf Abschreibungsmodalitäten, sinngemäss auch bei den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung angewendet werden. Die Bestimmung entspricht im Grundsatz dem geltenden Art. 28e.

Art. 28i

Pflegende Angehörige sind in vielen Fällen die entscheidende Voraussetzung, dass die Pflege und Betreuung überhaupt zu Hause möglich ist und der gesundheitspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ umgesetzt werden kann. Entsprechend soll bei einer Langzeitsituation weiterhin die Möglichkeit bestehen, pflegende Angehörige anzustellen. Die Bestimmungen in diesem Artikel sind dem Reglement zur Entlastung und Anstellung pflegender Angehöriger entnommen. Die Voraussetzungen für die Anstellung von pflegenden Angehörigen werden gegenüber Art. 3 des geltenden Reglements reduziert. Als Anstellungsvervoraussetzung ist gemäss Abs. 1 lit. a als Minimalqualifikation der Pflegehelferinnenkurs beziehungsweise der Pflegehelferkurs des Schweizerischen Roten Kreuzes vorzuweisen. Im Weiteren ist die Anstellung nur bei einer Langzeitsituation, welche voraussichtlich mindestens zwei Monate beträgt, möglich. Mit dem Abbau der Einschränkungen für die Anstellung pflegender Angehöriger wird dem vom Grossen Rat überwiesenen Auftrag Cavigelli betreffend Förde-

rung der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zu Gunsten von pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige Rechnung getragen.

Titel zu Kapitel VIII

Im Sinne eines übersichtlichen Aufbaus der Verordnung werden die Bestimmungen zur Mütter- und Väterberatung aus Kapitel VII herausgelöst und neu in einem eigenen Kapitel festgeschrieben (vgl. Erläuterungen zu Titel zu Kapitel VII).

Art. 28k

Die Anerkennungsvoraussetzungen für Dienste der Mütter- und Väterberatung entsprechen denjenigen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung. Die Anforderungen bezüglich Qualifikation der Leitung des Dienstes der Mütter- und Väterberatung des geltenden Art. 28a Abs. 2 lit. b werden neu bei den Anforderungen an die Strukturqualität in Art. 28n lit. a festgeschrieben.

Art. 28l

Das System der pauschalen Entschädigung erfordert die Vorgabe von Minimalstandards zu Art und Umfang der anzubietenden Dienstleistungen.

In Abs. 1 sind die Dienstleistungen des Kernangebots festgeschrieben. Gemäss lit. a ist die Erstberatung in Form eines Hausbesuches durchzuführen. Damit kann nach der Geburt eines Kindes der Kontakt zur Familie in vertrauter Umgebung und unter Einbezug des häuslichen und sozialen Umfeldes hergestellt werden. Im Weiteren haben die beitragsberechtigten Dienste der Mütter- und Väterberatung gemäss lit. b mindestens einmal pro Monat eine Beratung in einer Beratungsstelle in der Region beziehungsweise zu Hause anzubieten. Dabei ist von den Trägerschaften der Dienste der Mütter- und Väterberatung zusammen mit den beauftragenden Gemeinden festzulegen, welche Form der Beratung in ihrem Tätigkeitsgebiet angebracht ist. Mit der täglichen Telefonsprechstunde gemäss lit. c haben die Eltern beziehungsweise elternvertretende Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit, in akuten Situationen zeitgerecht Rat einzuholen.

In Abs. 2 sind die Dienstleistungen des erweiterten Angebots festgeschrieben. Um den Kantonsbeitrag geltend zu machen, haben die Dienste der Mütter- und Väterberatung nebst den unter Abs. 1 aufgelisteten Dienstleistungen im Kernangebot mindestens zwei verschiedene Elternbildungskurse pro Jahr zu Themen rund um die Gesundheitsförderung und Prävention bei Säuglingen und Kleinkindern durchzuführen. In grossen Einzugsgebieten ist es zweckmässig, die Kurse in den Subregionen des Einzugsgebietes durchzuführen. Die Kurse kön-

nen in Zusammenarbeit mit Fachstellen wie ZEPRA Prävention und Gesundheitsförderung Graubünden organisiert und durchgeführt werden. Mögliche Themen sind: Gesundes Körpergewicht bei Säuglingen und Kleinkindern, Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch, Einführung in die Babymassage, Austauschzirkel zu Erziehungsthemen usw.

Art. 28m

Analog zur häuslichen Pflege und Betreuung ist auch bei der Mütter- und Väterberatung für eine zeitgerechte Abwicklung der Beitragsbemessung notwendig, dass die beitragsberechtigten Dienste der Mütter- und Väterberatung die notwendigen Kosten- und Leistungsdaten bis zum 31. März des Folgejahres dem Gesundheitsamt übermitteln. Da der Kantonsbeitrag pro Kind geleistet wird, haben die Leistungserbringer zusätzlich eine nach Gemeinden gegliederte Liste mit der Anzahl Kinder im ersten Lebensjahr, welche per 31. Dezember des Vorjahres im Tätigkeitsgebiet wohnhaft waren, mit den entsprechenden Bestätigungen der Gemeinden einzureichen.

Art. 28n

Lit. a entspricht dem geltenden Art. 28a Abs. 2 lit. b. Falls ein Dienst der Mütter- und Väterberatung nicht in der Lage ist, die Leitung des Dienstes mit einer entsprechend qualifizierten Person zu besetzen, ist eine vorübergehende Leitung des Dienstes durch die Leitung eines anderen Dienstes zu vereinbaren.

Das System der pauschalen Entschädigung bedingt eine Zielvorgabe, wie viele Eltern beziehungsweise elternvertretende Bezugspersonen für die Ausrichtung des vollständigen Kantonsbeitrages erreicht werden müssen. Da die Beratungstätigkeit hauptsächlich Säuglinge und Kleinkinder im ersten Lebensjahr betrifft, wird die Kennzahl entsprechend auf Basis dieser Altersgruppe gebildet. Wenn mindestens 80 Prozent der Eltern oder elternvertretenden Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern im ersten Lebensjahr einmal zu Hause oder in einer Beratungsstelle umfassend beraten wurden, ist dieser Qualitätsindikator erfüllt. Mit dieser Zielvorgabe werden Anreize geschaffen, ein bedarfsgerechtes und kundenorientiertes Angebot bereitzustellen. Mit einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit kann auf die Nachfrage nach Dienstleistungen der Mütter- und Väterberatung positiv eingewirkt werden.

Art. 31a

An Bauprojekte, für welche vor dem Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes ein ausreichend dokumentiertes Beitragsgesuch eingereicht wurde, werden gemäss Art. 49c des Gesetzes die Investitionsbeiträge des Kantons auch nach Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes nach bisherigem Recht ausgerichtet, sofern die Bauschlussabrechnungen innert sechs Jahren nach Inkrafttreten der Teilrevision eingereicht werden.

Art. 31a stellt klar, dass in diesem Zusammenhang auch Teilabrechnungen anerkannt werden.

Die vor dem Inkrafttreten der Teilrevision zugesicherten, noch nicht geleisteten Investitionsbeiträge werden nach bisherigem Recht ausgerichtet.