

Gestützt auf Art. 52 des Gesetzes vom 2. Dezember 1979¹

von der Regierung erlassen am 11. Dezember 2007

I. Beiträge an die Spitäler

Art. 1 Definitionen

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.

² Für die Ermittlung der mittleren Fallschwere der in einem Spital stationär oder teilstationär behandelten Fälle ist der Case Mix Index (CMI) der Normallieger 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 Publikation von Betriebsdaten

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.

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. Leistungsbeiträge

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. 5 3. Hospitalisationsraten

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.

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 4. Abzüge

Die Abzüge pro Fall gemäss Artikel 18 Absatz 3 Krankenpflegegesetz ² eines Spitals berechnen sich durch Multiplikation des anerkannten Fallaufwands mit den vom Grossen Rat gemäss Artikel 18a Absatz 1 Litera d Krankenpflegegesetz festgelegten Abgabesätzen.

Art. 7 5. Einzureichende Unterlagen

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

- 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;
- 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) bis spätestens am 31. März des Folgejahres die Jahresrechnung mit der Anlagebuchhaltung, die Kostenrechnung sowie die übrigen vom Gesundheitsamt verlangten Unterlagen;
- 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) ³ 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.

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

Art. 10 Investitionsbeiträge

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.

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 Festlegung Maximaltarife

¹ Als wirtschaftliche Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen gelten die Institutionen mit dem tiefsten durchschnittlichen Aufwand pro Pflgetag, die:

- a) im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen sind und
- b) zusammen in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 75 Prozent der von den beitragsberechtigten Institutionen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen ausgewiesenen Pflgetage erbracht haben.

² Der durchschnittliche Aufwand pro Pflgetag ergibt sich aus den Pensions-, Betreuungs- und Pflegekosten bei durchschnittlicher Pflegebedürftigkeit gemäss Kostenrechnung. Für die Anlagenutzung werden Kosten bis zu zehn Franken pro Pflgetag anerkannt.

³ Der Investitionsanteil an dem von den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen erhobenen Tarif ist in der Betriebsrechnung separat aufzuführen und in der Bilanz als zweckgebundene Reserve für Neuinvestitionen zu verbuchen.

⁴ Die Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen sind verpflichtet, die vom Gesundheitsamt verlangten Unterlagen bis am 31. März des Folgejahres einzureichen.

⁵ Die Maximaltarife der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen, die die vom Gesundheitsamt verlangten Unterlagen nicht einreichen, werden maximal in der Höhe des Vorjahres festgelegt.

⁶ Die Artikel 2 und Artikel 9 Absätze 1 und 2 gelten sinngemäss.

IV. Beiträge an die Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Art. 12 Betriebsbeiträge

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

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.

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 Investitionsbeiträge
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. Nichtanrechenbare 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 3. Beitragsverfahren

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.

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

Art. 17 Anerkennungsvoraussetzungen

Ein Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung wird als beitragsberechtigt anerkannt, wenn er:

- a) im Besitz eines Leistungsauftrags einer Gemeinde beziehungsweise einer Gemeindeverbindung ist;

b) alle beitragsberechtigten Leistungen im gesamten Tätigkeitsgebiet erbringt.

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 Der Dienst 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 Beitragsberechtigte Leistungen

¹ Pflegerische Leistungen gemäss Artikel 31a Absatz 2 Litera a des Gesetzes ⁴ sind die gemäss der Krankenversicherungsgesetzgebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen.

² Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen gemäss Artikel 31a Absatz 2 Litera b des Gesetzes sind:

- 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 Mahlzeitendienst gemäss Artikel 31a Absatz 2 Litera c des Gesetzes umfasst die Lieferung von Mahlzeiten nach Hause.

Art. 20 Zeitbudget

¹ Der maximale Umfang der beitragsberechtigten Leistungen umfasst:

- a) bei den pflegerischen Leistungen 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.

Art. 21 Bedarfsabklärung

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.

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

³ Die zu erbringenden Leistungen sind regelmässig dem Bedarf anzupassen.

Art. 22 Festlegung des anerkannten Aufwands

¹ Als wirtschaftliche Dienste gelten die Dienste mit dem gemäss der engeren Betriebsrechnung tiefsten Aufwand pro verrechenbare Stunde, die:

- a) im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen sind und
- b) zusammen in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 75 Prozent der von den beitragsberechtigten Diensten mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen ausgewiesenen verrechenbaren Stunden erbracht haben.

² Bei der Festlegung des pro Leistungskategorie und Leistungseinheit anerkannten Aufwands werden die gegenüber dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr durch die Teuerung und exogene Faktoren verursachten Aufwand- und Ertragsänderungen berücksichtigt.

Art. 23 Leistungsbeiträge1. Einzureichende Unterlagen

Dienste, die Anspruch auf Leistungsbeiträge erheben, haben:

- a) die statistischen Daten, die Jahresrechnung mit der Anlagebuchhaltung und die Kostenrechnung gemäss den Vorgaben des Gesundheitsamts sowie die übrigen vom Gesundheitsamt verlangten Unterlagen bis am 31. März des Folgejahres einzureichen;
- b) jeweils innert zehn Tagen nach Ende eines Semesters die Anzahl der in den beitragsberechtigten Leistungskategorien erbrachten Leistungseinheiten zu melden;
- c) bis am 31. März des Folgejahres die für die Überprüfung der Anforderungen an die Strukturqualität im Beitragsjahr erforderlichen Unterlagen einzureichen.

Art. 24 2. Auszahlung

¹ Das Gesundheitsamt richtet auf der Basis der pro beitragsberechtigte Leistungskategorie gemeldeten Leistungseinheiten jeweils bis Ende Januar beziehungsweise Juli provisorische Leistungsbeiträge aus.

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

³ Artikel 2 gilt sinngemäss.

Art. 25 3. Rechnungslegung

¹ Zur Ermittlung des engeren Ergebnisses der Betriebsrechnung sind folgende Aufwendungen und Erträge auszuschneiden:

- a) bei den Aufwendungen: Sämtliche Aufwendungen für die Erbringung von nicht beitragsberechtigten Leistungen; Spenden und Zuwendungen; Äufnung von Fonds; unverhältnismässige Aufwendungen aller Art;
- b) bei den Erträgen: Sämtliche Erträge aus den nicht beitragsberechtigten Leistungen; Subventionen; Spenden und Zuwendungen.

² Erträge aus dem Austausch von Pflege- und Betreuungskräften sowie aus Versicherungsleistungen sind aufwandmindernd zu verbuchen.

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 Die Kostenrechnung ist gemäss dem Handbuch des Spitex Verbandes Schweiz zu führen.

⁵ Die Absätze 1 und 2 von Artikel 9 gelten sinngemäss.

Art. 26 Anstellung pflegender Angehöriger

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.

VII. Beiträge an die Dienste der Mütter- und Väterberatung

Art. 27 Anerkennungsvoraussetzungen

Artikel 17 gilt sinngemäss.

Art. 28 Dienstleistungsangebot

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.

Art. 29 Beiträge

1. Einzureichende Unterlagen

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

- 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 2. Auszahlung

¹ Das Gesundheitsamt richtet jeweils bis Ende Juli auf der Basis der gemäss Artikel 30 Absatz 1 Litera b⁵ gemeldeten Kinder provisorische Beiträge aus.

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

Art. 31 3. Strukturqualität

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

- a) die Mitarbeitenden haben über ein gesamtschweizerisch anerkanntes Diplom als Pflegefachfrau beziehungsweise Pflegefachmann oder eine gleichwertige Ausbildung sowie eine vom Gesundheitsamt anerkannte Weiterbildung in Beratung zu verfügen;
- b) 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.
- c) pro Jahr sind mindestens zwei Elternbildungskurse zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention von Säuglingen und Kleinkindern durchzuführen.

VIII. Schlussbestimmungen

Art. 32 Übergangsbestimmungen

1. Spitäler

a) Abstufung bezogene Investitionsbeiträge

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 Investitionsbeiträgen 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 Investitionsbeiträge

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

Art. 35 2. Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen

Teilabrechnungen von Bauprojekten werden als Abrechnungen gemäss Artikel 49c des Gesetzes⁶ anerkannt.

Art. 36 Inkrafttreten, Aufhebung bisherigen Rechts

¹ Diese Verordnung tritt zusammen mit der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes vom 13. Juni 2007 in Kraft⁷.

² Auf diesen Zeitpunkt werden aufgehoben:

- a) Verordnung zum Krankenpflegegesetz vom 14. Dezember 2004⁸;
- b) Tarifordnung für Organisationen der häuslichen Pflege und Betreuung vom 26. September 1994⁹;
- c) Reglement für den Austausch von Pflege- und Betreuungskräften und den Einsatz von überregionalen Organisationen vom 7. Juli 1998¹⁰;
- d) Reglement zur Entlastung und Anstellung von pflegenden Angehörigen vom 7. Juli 1998¹¹.

Endnoten

- 1 BR 506.000
- 2 BR 506.000
- 3 SR 832.104
- 4 BR 506.000
- 5 recte: Artikel 29 Litera b
- 6 BR 506.000
- 7 1. Januar 2008
- 8 AGS 2004, KA 2004_4396, BR 506.060
- 9 AGS 1994, 3109 und Änderungen gemäss Register zur AGS; BR 506.095
- 10 AGS 1998, 4125, BR 506.100
- 11 AGS 1998, 4130; BR 506.110