

**DEPARTEMENT  
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

13. Juli 2026

**ANHÖRUNGSBERICHT**

---

Umsetzung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2030;  
Gesundheitsgesetz (GesG); Änderung (Paket 1)

---

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Zusammenfassung .....</b>                                                            | <b>4</b>  |
| <b>1. Ausgangslage .....</b>                                                            | <b>4</b>  |
| <b>2. Handlungsbedarf.....</b>                                                          | <b>4</b>  |
| 2.1 Rechtsetzungsbedarf infolge Umsetzung GGpl 2030 .....                               | 4         |
| 2.2 Rechtsetzungsbedarf im Gesundheitsgesetz (Paket 1) infolge Umsetzung GGpl 2030..... | 5         |
| <b>3. Umsetzung .....</b>                                                               | <b>6</b>  |
| 3.1 Bewilligungen und Aufsicht.....                                                     | 6         |
| 3.1.1 Bewilligungspflicht zur Berufsausübung .....                                      | 6         |
| 3.1.2 Bewilligungspflicht für Organisationen und Betriebe .....                         | 9         |
| 3.1.3 Entzug der Betriebsbewilligung .....                                              | 10        |
| 3.1.4 Sanktionen für ambulante Organisationen und Betriebe .....                        | 10        |
| 3.1.5 Zulassung von weiteren Leistungserbringern .....                                  | 11        |
| 3.2 Datenaustausch zwischen Krebsregister und Früherkennungsprogrammen .....            | 13        |
| 3.3 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung .....                        | 15        |
| 3.3.1 Bedeutung der Gesundheitsförderung .....                                          | 15        |
| 3.3.2 Anpassung Prozentsatz unter EFAS .....                                            | 17        |
| 3.4 Palliative Care .....                                                               | 19        |
| 3.4.1 Definition und Bedeutung.....                                                     | 19        |
| 3.4.2 Bisherige Finanzierung .....                                                      | 19        |
| 3.4.3 Geltende Regelungen.....                                                          | 20        |
| 3.4.4 Neue Grundlage im Gesundheitsgesetz.....                                          | 21        |
| 3.5 Redaktionelle Anpassung .....                                                       | 22        |
| <b>4. Verhältnis zur mittel- und langfristigen Planung .....</b>                        | <b>22</b> |
| <b>5. Erläuterungen zu einzelnen Paragraphen im Gesundheitsgesetz .....</b>             | <b>23</b> |
| <b>6. Auswirkungen .....</b>                                                            | <b>29</b> |
| 6.1 Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton.....                         | 29        |
| 6.1.1 Bewilligungen und Aufsicht .....                                                  | 29        |
| 6.1.2 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung.....                       | 29        |
| 6.2 Auswirkungen auf die Wirtschaft.....                                                | 30        |
| 6.2.1 Bewilligungen und Aufsicht .....                                                  | 30        |
| 6.2.2 Datenaustausch zwischen Krebsregister und Früherkennungsprogrammen .....          | 30        |
| 6.2.3 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung.....                       | 31        |
| 6.2.4 Palliative Care .....                                                             | 31        |
| 6.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft .....                                             | 31        |
| 6.3.1 Datenaustausch zwischen Krebsregister und Früherkennungsprogrammen .....          | 31        |
| 6.3.2 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung.....                       | 31        |
| 6.3.3 Palliative Care .....                                                             | 31        |
| 6.4 Auswirkungen auf die Umwelt und das Klima.....                                      | 32        |
| 6.5 Auswirkungen auf die Gemeinden .....                                                | 32        |
| 6.5.1 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung.....                       | 32        |
| 6.5.2 Palliative Care .....                                                             | 32        |
| 6.6 Auswirkungen auf die Beziehungen zum Bund und zu anderen Kantonen .....             | 32        |
| 6.6.1 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung.....                       | 32        |
| 6.6.2 Palliative Care .....                                                             | 32        |

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7. Wirkungsprüfung .....</b>                                  | <b>32</b> |
| 7.1 Bewilligungen und Aufsicht.....                              | 32        |
| 7.2 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung ..... | 33        |
| 7.3 Palliative Care .....                                        | 33        |
| <b>8. Weiteres Vorgehen.....</b>                                 | <b>33</b> |

## Zusammenfassung

Die vom Grossen Rat am 11. Juni 2024 beschlossene Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030 (GRB Nr. 2024-1416) weist eine übergeordnete Strategie sowie 23 Ziele und 79 Strategien zu einzelnen Themengebieten für die kantonale Gesundheitsversorgung auf. Die Ziele und Strategien der GGpl 2030 sind entsprechend umzusetzen. Ein Teil der Umsetzungsmassnahmen bedingt den Erlass oder die Änderung von Rechtsnormen. Betroffen sind das Spitalgesetz (SpiG) vom 25. Februar 2003 (SAR 331.200), das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009 (SAR 301.100) und das Pflegegesetz (PflG) vom 26. Juni 2007 (SAR 301.200). Aufgrund unterschiedlich weit fortgeschrittener Vorarbeiten erfolgt die Änderung des Gesundheitsgesetzes in zwei Paketen. Die Anhörungsvorlage zeigt den Rechtsetzungsbedarf im Gesundheitsgesetz Paket 1 auf.

Die Anhörungsvorlage setzt die GGpl-Strategien betreffend Gesundheitsförderung und Prävention sowie Massnahmen zur Kostendämpfung um (Notwendigkeit einer gesetzlichen Grundlage für den in die Gesundheitsförderung zu investierenden Mindestanteil finanzieller Mittel und die Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung für weitere Leistungserbringer). Weiter ist eine explizite gesetzliche Grundlage für Palliative Care und den Datenaustausch zwischen kantonalem Krebsregister und Früherkennungsprogrammen vorgesehen. Neu soll es eine Bewilligungspflicht für ambulante Organisationen und Betriebe von Spitälern geben. Zudem wird das Gesundheitsgesetz die Notwendigkeit von Berufsausübungsbewilligungen für Personen mit leitender Funktion in stationären Einrichtungen festhalten und den Entzug der ambulanten Betriebsbewilligung sowie die Möglichkeit von Sanktionen bei Verstössen von ambulanten Organisationen und Betrieben einführen.

---

### 1. Ausgangslage

Der Grosse Rat hat am 11. Juni 2024 die Ziele und Strategien des Planungsberichts "Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030" mit 129 zu 0 Stimmen genehmigt (GRB Nr. 2024-1416). Die GGpl 2030 umfasst eine übergeordnete Strategie, drei Ziele mit neun Strategien zu Querschnittsthemen und schliesslich 20 Ziele mit 70 Strategien zu Fachthemen.<sup>1</sup>

Die Zuständigkeit des Kantons im Gesundheitswesen ist in § 41 Verfassung des Kantons Aargau (Kantonsverfassung, KV) vom 25. Juni 1980 (SAR 110.000) verankert. Demnach trifft der Kanton im Zusammenwirken mit den Gemeinden und Privaten Vorkehren zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit (Abs. 1). Der Kanton schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung (Abs. 2). Unter anderem fördert und beaufsichtigt er die medizinischen Anstalten (Abs. 3), unterstützt die Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des Medizinalpersonals (Abs. 4) und überwacht und koordiniert das Medizinalwesen (Abs. 5). Das Gesundheitsgesetz stützt sich auf diese Bestimmung sowie Art. 35–38 und 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10) und die Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich vom 23. Juni 2021 (SR 832.107).

### 2. Handlungsbedarf

#### 2.1 Rechtsetzungsbedarf infolge Umsetzung GGpl 2030

Gemäss (23.274) Botschaft des Regierungsrats vom 6. September 2023 zur GGpl 2030 (Ziffer 9.2) sollen die Ziele und Strategien der GGpl 2030 baldmöglichst nach deren Genehmigung durch den Grossen Rat umgesetzt werden. Ein Teil der umzusetzenden Massnahmen bedingt den Erlass oder die Änderung von Rechtsnormen im Gesundheitsgesetz und in den ausführenden Verordnungen.

---

<sup>1</sup> [www.ag.ch](http://www.ag.ch) > Gesundheit > [Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2030](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

Aufgrund des umfangreichen Anpassungsbedarfs und der unterschiedlich weit fortgeschrittenen Vorbereitungen plant das Departement Gesundheit und Soziales die Änderungen im Gesundheitsgesetz in zwei Paketen (Paket 1 und Paket 2) vorzunehmen: In einigen Bereichen erarbeitet das Departement Gesundheit und Soziales zunächst Konzepte und die konkrete Ausgestaltung der Umsetzungsmassnahmen. Deshalb ist eine Gesetzesänderung dort erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Dies betrifft insbesondere die Strategien zur integrierten Versorgung, Kostendämpfung (Ausnahme: Teilgehalte der Strategie 3.2 sind bereits in Paket 1 enthalten, vgl. Ziffern 2.2, 3.1.5.2, 3.2, 3.3), ambulanten Grundversorgung, zum Rettungswesen sowie zur Aus- und Weiterbildung und Förderung von Fachkräften. In diesen Bereichen sind vorab vertiefte Vorarbeiten notwendig und eine Umsetzung erfolgt deshalb erst im Rechtsetzungsverfahren zum Gesundheitsgesetz Paket 2. Das Departement Gesundheit und Soziales nimmt neben der Umsetzung der GGpl 2030 auch weiteren Rechtssetzungsbedarf in das Gesundheitsgesetz Paket 2 auf, der sich in den letzten Jahren entwickelt hat.

Die Änderungen im Gesundheitsgesetz Paket 1 sind nachfolgend aufgeführt. Daraus ergibt sich, dass es sich hierbei grundsätzlich um punktuelle Änderungen von bereits bestehenden Normen handelt. Weiter sollen einzelne Normen neu erlassen werden.

Zudem fand vom 11. Juli 2025 bis 14. November 2025 die Anhörung zur Änderung des Gesundheitsgesetzes zur Spezifizierung mit Regelung Schadenminderung im Suchtbereich statt. Das Departement Gesundheit und Soziales hat dem Grossen Rat die Botschaft zur Beratung im April 2026 überwiesen. Mit dieser Änderung des Gesundheitsgesetzes schafft der Kanton Aargau die gesetzliche Grundlage für Massnahmen zur Schadenminderung im Suchtbereich. Diese Novelle ermöglicht es, suchtkranken Menschen gezielter zu helfen, den öffentlichen Raum zu entlasten und den gesetzlichen Auftrag des Bundes umzusetzen. Die neue Regelung stärkt das bewährte Vier-Säulen-Modell der Schweizer Suchtpolitik.<sup>2</sup> Die Gesetzesänderungen betreffend die Schadenminderung sind unabhängig von den vorliegenden Gesetzesänderungen zu betrachten.

Auf Bundesebene wurde die KVG-Änderung zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS) in der Volksabstimmung vom 24. November 2024 angenommen. Ab dem Jahr 2028 sollen ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden, ab dem Jahr 2032 auch die Pflegeleistungen. Ziel von EFAS ist es, die Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu vereinheitlichen, um Anreizverzerrungen im Gesundheitssystem zu vermeiden und die Effizienz zu steigern. Die Umsetzungsarbeiten bis zum Inkrafttreten dieser Änderung im Jahr 2028 im ambulanten und stationären Bereich und im Jahr 2032 für die Pflegeleistungen sind im Gang. Die Einführung von EFAS wird Einfluss auf die Ausgestaltung der kantonalen Gesundheitspolitik und insbesondere auf die Umsetzung der GGpl 2030 haben. Die konkreten Auswirkungen auf die Umsetzung der GGpl 2030 im Rahmen der Änderung des Gesundheitsgesetzes Paket 1 werden im vorliegenden Anhörungsbericht in Ziffer 3.3.2 detaillierter behandelt.

Das Departement Gesundheit und Soziales hat die Arbeit zur Änderung des Spitalgesetzes im Rahmen der GGpl 2030 bereits aufgenommen: Die Anhörung dauerte bis Ende April 2026. Das Departement Gesundheit und Soziales wertet derzeit die Stellungnahmen der Anhörung aus und erarbeitet die erste Botschaft. Die Änderungen zum Gesundheitsgesetz Paket 2 und im Pflegegesetz werden zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen.

## 2.2 Rechtssetzungsbedarf im Gesundheitsgesetz (Paket 1) infolge Umsetzung GGpl 2030

Im Geltungsbereich des Gesundheitsgesetzes weisen folgende Ziele und Strategien Rechtssetzungsbedarf auf:

- **Ziel 3 (Massnahmen zur Kostendämpfung):** Ein- und Weiterführung zweckmässiger Massnahmen zur Kostendämpfung

---

<sup>2</sup> Prävention, Therapie, Schadenminderung, Repression; abrufbar unter: [www.bag.ch](http://www.bag.ch) > Politik und Gesetze > Nationale Gesundheitspolitik > Politische Aufträge > Drogenpolitik > [Vier-Säulen-Politik](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

**Strategie 3.2:** Die indirekte Kostendämpfung wird durch eine integrierte, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgung, durch Früherkennung und Vorsorge, durch präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen sowie mit einem Effizienzgewinn durch Digitalisierung erreicht.

- **Ziel 4 (Gesundheitsförderung):** Stärkung der Kompetenz der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichem Handeln

**Strategie 4.2:** Der Kanton strebt an, sich an der Gesundheitsförderung mit mindestens 0,25 % der Ausgaben für die Spitalfinanzierung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zu beteiligen (ohne Berücksichtigung der Bundesbeiträge).

- **Ziel 5 (Prävention):** Vermeidung und Verringerung von gesundheitlichen Schäden und Erkrankungen

**Strategie 5.1:** Der Fokus liegt auf der Primärprävention. Weiter unterstützt der Kanton Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung und Programme zur Früherkennung definierter Krankheiten.

- **Ziel 15 (Palliative Care):** Sicherstellung des niederschweligen, flächendeckenden Zugangs zu ganzheitlichen Palliative Care-Angeboten
- **Ziel 21 (Bewilligungen und Aufsicht):** Sicherstellung der Versorgungsqualität dank sachgerechter Kriterien für die Erteilung einer Bewilligung sowie Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion

**Strategie 21.1:** Jede räumlich eigenständige Gesundheitseinrichtung verfügt über eine eigene gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung, die auf sachgerechten Anforderungen beruht. Pro Standort ist nur eine einzige Betriebsbewilligung erforderlich.

**Strategie 21.2:** Der Kanton nimmt seine Pflicht zur gesundheitspolizeilichen Aufsicht über die universitären und nicht universitären Gesundheitsberufe sowie die bewilligungspflichtigen Gesundheitseinrichtungen und -organisationen sachgerecht wahr und stellt die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen sicher.

### 3. Umsetzung

Die nachfolgenden Ziffern zeigen die Umsetzung des soeben beschriebenen Handlungs- beziehungsweise Rechtsetzungsbedarfs in den jeweiligen Bereichen auf. Die Reihenfolge der Ziffern orientiert sich dabei an der Gliederung des Gesundheitsgesetzes.

#### 3.1 Bewilligungen und Aufsicht

##### 3.1.1 Bewilligungspflicht zur Berufsausübung

Laut der Strategie 21.2 der GGpl 2030 stellt der Kanton insbesondere die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen sicher. Gemäss geltendem § 4 Abs. 2 GesG sind sämtliche Personen, die ihre Tätigkeit in stationären Einrichtungen gemäss den Bestimmungen der Pflegegesetzgebung und der Spitalgesetzgebung ausüben, ohne eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) zur Berufsausübung berechtigt. Diese absolute Befreiung von der Bewilligungspflicht aller medizinischen Fachpersonen in stationären Einrichtungen widerspricht dem zwischenzeitlich geänderten Bundesrecht. Es besteht folglich Handlungsbedarf.

Mit § 4 des totalrevidierten Gesundheitsgesetzes vom 20. Januar 2009 wurde das sogenannte tätigkeitsspezifische Berufszulassungsmodell eingeführt. Das Modell war so konzipiert, dass im Gesundheitsgesetz nicht mehr einzelne bewilligungspflichtige Berufe bestimmt, sondern die Tätigkeiten definiert wurden, die aus gesundheitspolizeilicher Sicht eine kantonale Bewilligung benötigen.<sup>3</sup>

Das neue Gesundheitsgesetz umschrieb dabei nicht nur die bewilligungspflichtigen Tätigkeiten, sondern legte in abstrakter Weise auch die Voraussetzungen der Bewilligungserteilung fest (fachliche und persönliche Qualifikationen). Auf Verordnungsstufe bezeichnete der Regierungsrat sodann die einzelnen bewilligungspflichtigen Berufe und Tätigkeiten und deren Bewilligungsvoraussetzungen im Detail.<sup>4</sup> Der Gesetzgeber hat damit dem Regierungsrat schon seit dem Jahr 2009 die umfassende Kompetenz erteilt, alle in § 4 GesG generell der Bewilligungspflicht unterstellten Tätigkeiten zu definieren. Dies umfasst auch die Kompetenz, mittels Verordnung festzulegen, welcher eigenverantwortlich tätige leitende Beruf gemäss Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) vom 23. Juni 2006 (SR 811.11), Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) vom 18. März 2011 (SR 935.81), sowie Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) vom 30. September 2016 (SR 811.21) ab welcher Funktionsstufe zur Bewilligungspflicht führt. Durch diese klare regierungsrätliche Abgrenzung werden gleichzeitig alle anderen Berufe von der Bewilligungspflicht befreit.

Aufgrund der nachfolgend dargestellten Änderungen der Bewilligungsvoraussetzungen im MedBG, GesBG und im PsyG ist eine Anpassung der entsprechenden gesetzlichen Bewilligungsvoraussetzungen im Gesundheitsgesetz notwendig.

Am 1. Januar 2018 trat die Änderung von Art. 34 Abs. 1 MedBG mit folgendem Wortlaut in Kraft: "Für die Ausübung eines universitären Medizinalberufs in eigener fachlicher Verantwortung<sup>5</sup> bedarf es einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Medizinalberuf ausgeübt wird." Die nachstehende Tabelle 1 listet unter anderem die Medizinalberufe auf. Laut Art. 67a Abs. 1 MedBG dürfen Personen, die vor Inkrafttreten dieser Änderung ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausübten, nach bisherigem Recht nicht selbstständig tätig waren und zu dieser Berufsausübung nach kantonalem Recht keine Bewilligung brauchten, ihren Beruf nach Inkrafttreten dieser Änderung noch während längstens fünf Jahren ohne Bewilligung nach diesem Gesetz ausüben. Somit benötigen alle Personen, die fachlich selbstständig einen Medizinalberuf<sup>6</sup> ausüben, seit dem 1. Januar 2023 eine BAB der zuständigen kantonalen Behörde.

Am 1. Februar 2020 trat die letzte Änderung des GesBG in Kraft. Nach Art. 11 GesBG bedarf es für die Ausübung eines Gesundheitsberufs (siehe Tabelle 1 für eine Auflistung der Gesundheitsberufe) in eigener fachlicher Verantwortung einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird. Gemäss Art. 34 Abs. 2 GesBG müssen Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes für die Ausübung ihres Gesundheitsberufs in eigener fachlicher Verantwortung nach kantonalem Recht keine Bewilligung brauchten, spätestens fünf Jahre nach dessen Inkrafttreten über eine Bewilligung nach Art. 11 GesBG verfügen. Somit benötigen alle fachlich selbstständig tätigen Gesundheitsfachpersonen seit 1. Februar 2025 eine BAB der zuständigen kantonalen Behörde.

Gemäss Art. 22 Abs. 1 PsyG bedarf es für die Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird. Am 1. Februar 2020 trat Art. 49a Abs. 2 PsyG wie folgt in Kraft: "Personen, die vor Inkrafttreten dieser Änderung ihren Beruf im öffentlichen Dienst<sup>7</sup> von Kantonen und Gemeinden in eigener fachlicher

<sup>3</sup> Begleitbericht vom 22. August 2007 zur Vernehmlassungsvorlage zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes vom 10. November 1987, S. 18, Rz. 3.1.3 b).

<sup>4</sup> Begleitbericht vom 22. August 2007 zur Vernehmlassungsvorlage zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes vom 10. November 1987, S. 18, Rz. 3.1.3 b).

<sup>5</sup> Die im Bundesrecht (MedBG, GesBG und PsyG) verwendete Formulierung "unter eigener fachlicher Verantwortung tätig" entspricht der insbesondere im Gesundheitsgesetz verwendeten Formulierung "fachlich selbstständig tätig". Beide Begriffe erfassen denselben Sachverhalt.

<sup>6</sup> Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, aber auch Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker, Chiropraktikerinnen/Chiropraktiker und Tierärztinnen/Tierärzte.

<sup>7</sup> Art. 49a PsyG wurde als Fremdänderung durch Anhang Ziffer 6 zum GesBG eingefügt (AS 2020 57). Gemäss der entsprechenden Botschaft des Bundesrats vom 18. November 2015 zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (BBl 2015 8715 ff., Rz. 1.2 und 1.3, S. 8727 ff.) wurde

Verantwortung ausübten und zu dieser Berufsausübung nach kantonalem Recht keine Bewilligung brauchten, müssen spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung über eine Bewilligung nach diesem Gesetz verfügen." Die betroffenen Berufe sind in Tabelle 1 aufgelistet. Auch fachlich eigenverantwortliche Psychologinnen und Psychologen benötigen somit seit dem 1. Februar 2025 eine BAB der zuständigen kantonalen Behörde.

Die Bewilligungspflicht für fachlich selbstständige Tätigkeiten im ambulanten Bereich, die sich aus den eben genannten Bundesgesetzen ergibt, ist im Kanton Aargau in Anwendung von § 4 Abs. 1 sowie §§ 7 und 8 GesG bereits für die nach Bundesrecht bewilligungspflichtigen Berufe (siehe Tabelle 1) umgesetzt.

Tabelle 1: Auflistung der Berufe, für die gemäss Bundesrecht eine kantonale Berufsausübungsbewilligung notwendig ist.

| MedBG                                                                                                                                                                                                     | GesBG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PsyG <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztin/Arzt</li> <li>• Zahnärztin/Zahnarzt</li> <li>• Chiropraktikerin/Chiropraktiker</li> <li>• Apothekerin/Apotheker</li> <li>• Tierärztin/Tierarzt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachpersonen</li> <li>• Physiotherapeutin/Physiotherapeut</li> <li>• Ergotherapeutin/Ergotherapeut</li> <li>• Hebamme/Geburtshelfer</li> <li>• Ernährungsberaterin/Ernährungsberater</li> <li>• Optometristin/Optometrist</li> <li>• Osteopathin/Osteopath</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeutin/Psychotherapeut</li> <li>• Kinder-/Jugend- Psychologin/Psychologe</li> <li>• Klinische Psychologin/Klinischer Psychologe</li> <li>• Neuropsychologin/Neuropsychologe</li> <li>• Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe</li> </ul> |

Im stationären Bereich befreit der geltende § 4 Abs. 2 GesG Personen, die ihre Tätigkeit in stationären Einrichtungen gemäss den Bestimmungen der Pflegegesetzgebung und der Spitalgesetzgebung ausüben, von der Berufsbewilligungspflicht. Diese Bestimmung ist somit, wie bereits erwähnt, nicht mehr mit dem geltenden Bundesrecht vereinbar. Die auf Bundesrecht basierende Bewilligungspflicht lässt damit nicht mehr zu, dass die Berufsausübung in ambulanten Betrieben und stationären Einrichtungen (Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime) unterschiedlich ausgestaltet ist. Bis zur Umsetzung der GGpl 2030 und der damit zusammenhängenden vorliegenden Änderung des Gesundheitsgesetzes hat das Departement Gesundheit und Soziales zusammen mit den Spitälern, Pflegeheimen und mit dem Verein vaka - Gesundheitsverband Aargau (vaka)<sup>9</sup> die im Folgenden dargestellte Rechtspraxis umgesetzt. Ziel dabei war es, im stationären Bereich so viele Fachpersonen wie nötig und so wenige wie möglich als fachlich selbstständig tätig und damit als bewilligungspflichtig zu definieren:

- Als fachlich eigenverantwortlich werden demnach im stationären Bereich jene Personen in Berufen nach Medizinalberufegesetz (siehe Tabelle 1) angesehen, die in der jeweiligen Berufsgruppe eine Leitungsfunktion innehaben und fachliche Entscheide ihres Berufs selbstständig treffen können. Nach ständiger und den betroffenen Stakeholdern kommunizierter Praxis gilt im Kanton Aargau für Ärztinnen und Ärzte in stationären Einrichtungen seit dem 1. Januar 2023 folglich die Bewilligungspflicht für die Kaderstufen leitende Ärztin/leitender Arzt, stellvertretende Chefärztin/stellvertretender

der Geltungsbereich der Bewilligungspflicht des MedBG (Art. 67b Abs. 2; BBl 2015 8715, 8764 f.) und des PsyG (Art. 49a Abs. 2, BBl 2015 8715, 8766 f.) vom privatwirtschaftlichen Sektor auf die öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisse ausgedehnt. Die PsyG-Berufe arbeiteten vor dem 1. Februar 2020 oft in den (psychiatrisch-psychologischen) stationären Einrichtungen im Staatsdienst. Damals waren die Kantone und die Gemeinden die Arbeitgeber, heute sind die stationären Einrichtungen unabhängige juristische Personen.

<sup>8</sup> Aufgrund der teleologischen, systematischen und historischen Auslegung der Art. 8 Abs. 1, 22 und 24 PsyG sowie der Botschaft zum Psychologieberufegesetz vom 30. September 2009, BBl 2009 6897 ff., in Verbindung mit Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG sowie Art. 50b und 50c KVV umfasst die in Art. 22 Abs. 1 PsyG statuierte Bewilligungspflicht zur Ausübung des Berufsbilds der nichtärztlichen Psychotherapie sämtliche in Art. 8 Abs. 1 PsyG genannten Weiterbildungstitel (Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie).

<sup>9</sup> Verband der Spitäler, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen im Kanton Aargau.



Chefarzt sowie Chefärztin/Chefarzt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sowohl Assistenz- als auch Oberärztinnen und -ärzte einer stationären Einrichtung über keine BAB verfügen müssen.

- In den anderen Berufsgruppen im stationären Bereich gilt gemäss Gesundheitsberufegesetz und Psychologieberufegesetz seit dem 1. Februar 2025 die Bewilligungspflicht für sämtliche Mitarbeitenden, die in der jeweiligen Berufsgruppe in eigener fachlicher Verantwortung ihren Beruf ausüben. Gemäss etablierter Praxis liegt diese bei einer Leitungsfunktion auf oberster Ebene mit fachlicher Entscheidungskompetenz vor (zum Beispiel die Abteilungs-, Stations-, Team-, oder Gruppenleitung und deren Stellvertretung).

§ 4 Abs. 2 GesG ist also hinsichtlich der Bewilligungspflicht für Personen in leitender Funktion in einer stationären Einrichtung anzupassen.

### **3.1.2 Bewilligungspflicht für Organisationen und Betriebe**

Die Strategie 21.1 der GGpl 2030 lautet: "Jede räumlich eigenständige Gesundheitseinrichtung verfügt über eine eigene gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung, die auf sachgerechten Anforderungen beruht. Pro Standort ist nur eine einzige Betriebsbewilligung erforderlich."

Mit der Umsetzung von Strategie 21.1 der GGpl 2030 sorgt der Kanton dafür, dass alle Leistungserbringer sachdienlich und zweckmässig für den ambulanten oder den stationären Bereich eingerichtet sind, den allgemeinen Standards entsprechend arbeiten und über das erforderliche medizinische, pflegerische, therapeutische und pharmazeutische Personal verfügen. Durch die gesundheitspolizeiliche Bewilligungspflicht sorgt der Kanton für die Patientensicherheit.

Art. 35 Abs. 2 KVG definiert verschiedene Arten von Leistungserbringern. Bei den folgenden handelt es sich um Organisationen oder Betriebe, die als ambulante Leistungserbringer tätig sind:

- Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen (lit. d<sup>bis</sup>),
- Organisationen, die Personen beschäftigen, welche auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (lit. e),
- Laboratorien (lit. f),
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (lit. g),
- Heilbäder (lit. l),
- Transport- und Rettungsunternehmen (lit. m),
- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (lit. n).

Folgende stationäre Einrichtungen sind ebenfalls Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 KVG:

- Spitäler (lit. h),
- Geburtshäuser (lit. i),
- und Pflegeheime (lit. k).

Stationäre Leistungserbringer sind insbesondere in Bezug auf die Voraussetzungen für die Betriebsbewilligung und die Zulassung zur Abrechnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) von den ambulanten Leistungserbringern abzugrenzen:

- Die Bewilligung und die Zulassung für ambulante Leistungserbringer stützen sich auf §§ 25, 26 und 27a GesG, §§ 33 ff. der Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen (VBOB) vom 11. November 2009 (SAR 311.121) in Verbindung mit Art. 36 ff. KVG und Art. 38 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102).
- Die Bewilligung und die Zulassung eines stationären Leistungserbringers richten sich nach § 8a SpiG, § 6 PflG sowie Art. 39 Abs. 1 lit. a–c und Art. 39 Abs. 3 KVG.

Gemäss § 25 Abs. 1 lit. c GesG benötigen Organisationen und Betriebe, die in der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der ambulant tätigen Leistungserbringer gehören (Art. 35 Abs. 2 lit. a–g, m und n KVG), eine Betriebsbewilligung, damit sie im Kanton Aargau tätig sein können. Die

Bewilligung für ambulante Leistungserbringer erteilt das Departement Gesundheit und Soziales gestützt auf § 26 GesG in Verbindung mit § 33 VBOB.

Der Geltungsbereich der VBOB umfasst rein ambulant tätige Leistungserbringer und unterstellt diese bereits heute im Sinne der Strategie 21.1 der GGpl 2030 einzeln einer Bewilligungspflicht: Gemäss § 34 Abs. 1 VBOB sind für verschiedene Betriebsstandorte separate Betriebsbewilligungen notwendig.

Häufig betreiben stationäre Leistungserbringer (Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime) zusätzlich Organisationen oder Betriebe, die ausschliesslich ambulante Leistungen erbringen. Diese stehen in direkter Konkurrenz zu den vollkommen eigenständigen ambulanten Leistungserbringern. Es handelt sich dabei meist um Organisationen und Betriebe, die bis auf wenige organisatorische oder personelle Aspekte unabhängig von der stationären Einrichtung geführt werden. Mit dem Grundsatz der Rechtsgleichheit wäre es nicht vereinbar, Organisationen und Betriebe, die sich nicht auf demselben Areal wie der stationäre Leistungserbringer selbst befinden (fehlende räumliche Kontinuität), derselben Bewilligung der stationären Einrichtung zu unterstellen. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit, Versorgungsqualität, Transparenz und der wirtschaftlichen Gleichbehandlung der sich konkurrierenden ambulanten Leistungserbringer unterstellt das Departement Gesundheit und Soziales deshalb bereits seit 2022 jeden ausschliesslich ambulant tätigen Leistungserbringer der Betriebsbewilligungspflicht, auch wenn eine gewisse organisatorische oder personelle Angliederung zu einem stationären Leistungserbringer besteht. Das Departement Gesundheit und Soziales hat die Leistungserbringer über diese Bewilligungspflicht informiert und die Praxis seither etabliert.

Es gilt nun die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen für diese bereits bestehende Praxis zu schaffen. Ein Teilgehalt davon ist die Definition der betroffenen Organisationen und Betriebe. Im Rahmen der laufenden Änderung zum Spitalgesetz wird deshalb mit einem neuen § 8b E-SpiG<sup>10</sup> eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die den Standort eines Spitals definiert und ihn im Fall einer ausschliesslich ambulanten Tätigkeit der Bewilligungspflicht gemäss § 25 GesG unterstellt (§ 8b Abs. 5 E-SpiG).

Im Gesundheitsgesetz ist in einem neuen § 25 Abs. 1 lit. c<sup>bis</sup> GesG zur Bewilligungspflicht ebenfalls explizit zu normieren, dass Organisationen und Betriebe gemäss § 8b Abs. 5 E-SpiG eine Betriebsbewilligung der zuständigen Behörde benötigen.

### **3.1.3 Entzug der Betriebsbewilligung**

Mit der Strategie 21.2 der GGpl 2030 soll insbesondere die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen sichergestellt werden. Der Gesetzgeber hat mit § 8a Abs. 3 SpiG für Spitäler sowie mit § 6 Abs. 3 PflG für Pflegeheime eine klare Rechtsgrundlage für den Entzug der Betriebsbewilligung normiert. Für den Entzug der Betriebsbewilligung von ambulanten Organisationen und Betrieben besteht im Gesundheitsgesetz zurzeit noch keine Grundlage.

In der Praxis ergibt sich oftmals die Problematik, dass die Organisationen und Betriebe die Grundlage eines Bewilligungsentzugs in Frage stellen. Damit das Ziel der Strategie 21.2 erreicht werden kann, benötigt das Departement Gesundheit und Soziales eine formell rechtliche Grundlage für den Entzug von Betriebsbewilligungen. Dies soll in drei neuen Absätzen des § 26 GesG entsprechend den Regelungen im Spitalgesetz und im Pflegegesetz erfolgen.

### **3.1.4 Sanktionen für ambulante Organisationen und Betriebe**

Wie bereits erwähnt, nimmt der Kanton gemäss Strategie 21.2 der GGpl 2030 seine Pflicht zur gesundheitspolizeilichen Aufsicht über die Gesundheitsberufe sowie die bewilligungspflichtigen Gesundheitsorganisationen und -betriebe sachgerecht wahr und stellt die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen sicher.

---

<sup>10</sup> E-SpiG: Entwurf Spitalgesetz gemäss Anhörungsbericht vom 10. Dezember 2025.

Teil der gesundheitspolizeilichen Aufsicht ist es, Rechtsverstösse sowohl durch behandelnde Personen als auch durch ambulante Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen wirksam sanktionieren zu können. Damit sollen einerseits Widerhandlungen gegen Bundes- und kantonales Recht gesundheitspolizeilich geahndet werden können und andererseits entfalten mögliche Sanktionen aufgrund ihrer abschreckenden Wirkung eine gewisse Präventionswirkung. Zurzeit hält das Gesundheitsgesetz keine wirksamen Sanktionen bereit, auf die das Departement Gesundheit und Soziales zur Durchsetzung seiner Aufsichtspflicht gegenüber ambulanten Organisationen und Betrieben zurückgreifen kann. Mit § 24 GesG besteht lediglich die Möglichkeit, gegenüber Personen in Berufen des Gesundheitswesens Sanktionen zu ergreifen.

Handlungsbedarf besteht folglich darin, eine Grundlage für Sanktionen gegenüber ambulanten Organisationen und Betrieben zu schaffen. Verstossen diese zum Beispiel gegen strafrechtliche, betäubungs- und heilmittelrechtliche Normen, KVG-Vorgaben und/oder weitere gesundheitsbezogene Normen, muss es der gesundheitspolizeilichen Aufsicht möglich sein, solche Verstösse zu sanktionieren: Ein neuer § 26a GesG soll eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für Sanktionen bei Widerhandlungen gegen Bundes- und kantonales Recht durch ambulante Organisationen und Betriebe des Gesundheitswesens vorsehen.

Im Rahmen der laufenden Änderung des Spitalgesetzes ist die Einführung eines neuen § 8c E-SpiG geplant. Darin sind folgende Sanktionen für Spitäler vorgesehen: Verwarnung, Rückforderung oder Zurückhaltung von Leistungen des Kantons, Busse oder Entzug eines oder mehrerer Leistungsaufträge. Im Sinne einer kongruenten und gesetzübergreifenden Rechtsordnung ist eine neue Norm zur Einführung von Sanktionen für ambulante Organisationen und Betriebe im Geltungsbereich des Gesundheitsgesetzes entsprechend dem neuen, für stationäre Spitäler geltenden § 8c E-SpiG einzuführen.

### **3.1.5 Zulassung von weiteren Leistungserbringern**

Im Rahmen der Strategien des Ziels 3 der GGpl 2030 sollen zweckmässige Massnahmen zur Kostendämpfung ein- und weitergeführt werden. Das Ziel soll durch die Ein- und Weiterführung von direkten und indirekten Massnahmen erreicht werden. Indirekte Massnahmen tragen zu Kostendämpfung bei, indem der Kanton günstige Rahmenbedingungen für deren Umsetzung schafft. Direkt heisst, dass die Massnahme explizit auf eine Kostendämpfung gerichtet ist und eine solche bewirkt. Mit der Umsetzung von Art. 55a KVG in § 27b GesG hat der Kanton direkte Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss Bundesrecht bereits eingeführt. Diese sollen im Rahmen der kantonalen Einführung der Massnahme gemäss Art. 55b KVG (Fassung vom 22. Dezember 2023) ergänzt werden.

#### **3.1.5.1 Umsetzung von Art. 55a KVG**

Der Bundesgesetzgeber hat als ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Vorschriften erlassen (Art. 54–55b KVG). Art. 55a KVG regelt in seiner per 1. Juli 2021 geänderten Fassung die Beschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen. Art. 55a Abs. 6 KVG erlaubt den Kantonen, bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung über die OKP einzuschränken. Die Bestimmung lautet wie folgt: "Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet an, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann."

Zur Umsetzung von Art. 55a KVG hat der Kanton Aargau per 1. Juli 2025 in einem neuen Kapitel 4<sup>bis</sup> (Zulassung zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) im Gesund-

heitsgesetz Bestimmungen betreffend die Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP in Kraft gesetzt (§§ 27a und 27b GesG). Die Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung gemäss Art. 55a Abs. 6 KVG hat er in § 27b Abs. 4 GesG umgesetzt.

Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 waren die kantonalen Regelungen zur Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten von Art. 55a KVG (spätestens per 1. Juli 2023) anzupassen. Weil das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die Festlegung der Methoden und Kriterien gemäss Art. 55a KVG längere Zeit benötigte und das Departement Gesundheit und Soziales die Auffassung vertrat, dass für den Grundrechtseingriff eine kantonale gesetzliche Grundlage erforderlich ist, blieb aufgrund der langen Dauer des kantonalen Gesetzgebungsverfahrens zunächst nur der Weg über den Erlass einer auf maximal zwei Jahre befristeten Übergangsverordnung des Regierungsrats zur Umsetzung von Bundesrecht (§ 91 Abs. 2<sup>bis</sup> lit. b KV). Der Regierungsrat erliess in der Folge die Verordnung über Höchstzahlen bei der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (HZV) vom 31. Mai 2023 (SAR 311.416). Während der laufenden Gesetzgebungsarbeiten zur Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben beurteilte das Verwaltungsgericht am 22. Mai 2024<sup>11</sup> die Übergangsverordnung im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens als bundesrechtskonform. Kurz vor Abschluss des laufenden Gesetzgebungsprozesses hat das Bundesgericht schliesslich in zwei Entscheiden<sup>12</sup> betreffend die Kantone Freiburg und Bern festgehalten, dass Art. 55a KVG eine direkt anwendbare Regelung darstellt, die bereits den Grundsatz und die wesentlichen Elemente der Bedürfnisklausel enthält. Diese müsste deshalb nurmehr durch eine kantonale Ausführungsverordnung konkretisiert werden, soweit die jeweilige Kantonsverfassung sein Exekutivorgan zu deren Erlass ermächtigt. Weil der Kanton Aargau in § 91 Abs. 2<sup>bis</sup> lit. a KV eine solche Ermächtigung vorsieht, wäre im Nachhinein betrachtet eine gesetzliche Grundlage für die Umsetzung der bundesrechtlichen Bestimmungen nicht notwendig gewesen und eine Verordnungsregelung hätte genügt. Aufgrund der Überschneidung des kantonalen Rechtsetzungsprozesses mit den Urteilen des Bundesgerichts sind die bundesrechtlichen Vorgaben gemäss Art. 55a KVG im Kanton Aargau deshalb auf Gesetzesebene geregelt.

### **3.1.5.2 Umsetzung von Art. 55b KVG (Fassung vom 22. Dezember 2023)**

Art. 55b KVG ist seit dem 1. Juli 2024 in Kraft und regelt die Kostenentwicklung bei Pflegeleistungen. Er bietet den Kantonen die Möglichkeit, analoge Zulassungsbeschränkungen wie bei der Ärzteschaft nach Art. 55a Abs. 6 KVG in Bezug auf Leistungserbringer von Pflegeleistungen einzuführen. Im Zusammenhang mit EFAS stimmte die Schweizer Stimmbevölkerung am 24. November 2024 der Erweiterung von Art. 55b KVG<sup>13</sup> zu. Künftig (voraussichtlich per 1. Januar 2028) werden die Kantone kostendämpfende Massnahmen nicht nur in Bezug auf ärztliche Leistungen und Pflegeleistungen ergreifen können, sondern auch bezüglich Leistungen von weiteren Leistungserbringern. Absatz 1 des geänderten Art. 55b KVG lautet entsprechend: "Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in der Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die jährlichen Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann." Gemäss Art. 55b Abs. 2 KVG können die Kantone die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1 bezeichnen.

Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. b–g und m KVG sind:

---

<sup>11</sup> Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Aargau vom 22. Mai 2024 (WNO.2023.2).

<sup>12</sup> Urteil des Bundesgerichts 9C\_538/2023 vom 16. September 2024, Urteil des Bundesgerichts 9C\_38/2024 vom 15. Januar 2025 und BGE 151 V 100.

<sup>13</sup> Art. 55b KVG in der Fassung vom 22. Dezember 2023 wird voraussichtlich per 1. Januar 2028 in Kraft treten (AS 2025 107).

- Apotheker und Apothekerinnen (lit. b),
- Chiropraktoren und Chiropraktorinnen (lit. c),
- Hebammen (lit. d),
- Pflegefachpersonen und Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen (lit. d<sup>bis</sup>),
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (lit. e),
- Laboratorien (lit. f),
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (lit. g), und
- Transport- und Rettungsunternehmen (lit. m).

Die Zulassungsbeschränkungen für Pflegeleistungen gemäss dem per 1. Juli 2024 in Kraft getretenen Art. 55b KVG fanden im Zuge der kantonalen Gesetzesanpassungen zu Art. 55a KVG noch keinen Eingang ins Gesundheitsgesetz. Wie bereits erwähnt, erweiterte der Bund im Rahmen von EFAS (KVG-Änderung vom 22. Dezember 2023) die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone auf zusätzliche Leistungserbringer im nichtärztlichen Bereich. Aufgrund der zunehmenden Kostenentwicklung auch auf dem Gebiet der nichtärztlichen Leistungserbringer könnten diese Zulassungsbeschränkungen zukünftig notwendig werden.

Aus Gründen der Einheitlichkeit erweist sich eine kantonale Regelung in Umsetzung von Art. 55b KVG analog zu § 27b Abs. 4 GesG als angezeigt. Wie die Bestimmung betreffend Ärztinnen und Ärzten ist die neue Norm als Kann-Vorschrift zu formulieren. Um im Falle einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung flexibel reagieren zu können, soll die Bestimmung für alle Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. b–g und m KVG gelten. Die entsprechende Bestimmung ist in Kapitel 4<sup>bis</sup> als § 27c GesG einzufügen.

### 3.2 Datenaustausch zwischen Krebsregister und Früherkennungsprogrammen

Die Strategie 5.1 der GGpl 2030 lautet wie folgt: "Der Fokus liegt auf der Primärprävention. Weiter unterstützt der Kanton Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung und Programme zur Früherkennung definierter Krankheiten." Mit der Umsetzung von Strategie 5.1 wird auch ein Teilgehalt der Strategie 3.2 verwirklicht. Diese verfolgt das Ziel, eine indirekte Kostendämpfung unter anderem durch Früherkennung und Vorsorge sowie weitere präventive Massnahmen zu erreichen.

Die rechtliche Umsetzung der Strategie 5.1 ist mit dem geltenden Gesundheitsgesetz bereits möglich. Die zur Gesundheitsvorsorge zählenden Massnahmen sind in § 34 GesG geregelt. Dazu gehören neben der Gesundheitsförderung (Primärprävention) gemäss § 34 Abs. 1 lit. a GesG auch die Prävention von Krankheiten und Unfällen (§ 34 Abs. 1 lit. b GesG) sowie der Gesundheitsschutz bezüglich Gefährdungen durch Umwelt- und Umfeldbelastungen (§ 34 Abs. 1 lit. c GesG).

Die Prävention umfasst neben Projekten zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (Tertiärprävention) auch die Früherkennungsprogramme (Sekundärprävention). Im Kanton Aargau bestehen derzeit zwar noch keine solche Programme. Gestützt auf den vom Grossen Rat im September 2023 beschlossenen Verpflichtungskredit für den Aufbau und Betrieb eines kantonalen Brustkrebsscreenings gründete die Krebsliga Aargau am 21. August 2024 die Stiftung Krebscreening Aargau. Diese erhielt Mitte 2025 vom Kanton den Leistungsauftrag zur Führung eines kantonalen Brustkrebsscreening-Programms. Der Start dieses Früherkennungsprogramms ist im 2. Quartal im Jahr 2026 geplant.<sup>14</sup>

Im Bereich der Früherkennungsprogramme besteht noch Regelungsbedarf: Ein zentraler Anspruch an ein Früherkennungsprogramm ist die Überprüfung und die Sicherung der Qualität seiner Leistungen. Beim Brustkrebsscreening-Programm ist dies etwa die Qualität der Bildgebung (Mammographie) und die Qualität der Befundung (Lesung). Damit die Qualität beurteilt werden kann, benötigt

<sup>14</sup> [www.aargau.krebsliga.ch](http://www.aargau.krebsliga.ch) > Prävention > [Brustkrebsscreening](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

das Früherkennungsprogramm die entsprechenden Daten. Das Programm muss im Wesentlichen die richtig und falsch positiven sowie die richtig und falsch negativen Beurteilungen identifizieren können. Die richtig und falsch positiven Beurteilungen werden durch Rückmeldungen der weiterführenden Diagnostik (Biopsie und weitere Bildgebungen) in den Brustzentren erkannt. Die falsch negativen Beurteilungen benötigen Kenntnisse über das Auftreten einer manifesten Krebserkrankung im Intervall zwischen den im Zweijahresrhythmus stattfindenden Screening-Mammographien (sog. genannter Intervall-Krebs). Über diese Daten verfügt das kantonale Krebsregister (Stiftung Krebsregister Aargau), das gemäss Vorgaben des nationalen Krebsregistrierungsgesetzes Daten zu Krebserkrankungen in der Aargauer Wohnbevölkerung erhebt und für die Krebsprävention, Früherkennung und verbesserte Versorgung von Krebspatienten dem nationalen Krebsregister meldet.

Die Früherkennungsprogramme (wie beispielsweise die Brustkrebsscreening-Programme) sind zur Qualitätssicherung darauf angewiesen, dass ihnen das zuständige Krebsregister alle Krebserkrankungen von den Teilnehmenden meldet. Der Bundesgesetzgeber hat eine Grundlage geschaffen, damit die kantonalen Krebsregister die für die Qualitätssicherung notwendigen Daten an die Früherkennungsprogramme übermitteln können. Gemäss Art. 13 des Bundesgesetzes über die Registrierung von Krebserkrankungen (Krebsregistrierungsgesetz, KRG) vom 18. März 2016 (SR 818.33) können die kantonalen Krebsregister den Früherkennungsprogrammen die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten zusammen mit der Versichertennummer zur korrekten Personenzuordnung bekanntgeben, sofern das kantonale Gesetz dies vorsieht und die Patientin oder der Patient am entsprechenden Früherkennungsprogramm teilgenommen hat. Laut (14.074) Botschaft vom 29. Oktober 2014 zum KRG (BBI 2014 8786) bestimmen die Kantone den Umfang und den genauen Inhalt der Daten selbst. Der Bundesgesetzgeber geht allerdings davon aus, dass insbesondere die diagnostischen Daten zur Krebserkrankung (Art. 3 Abs. 1 lit. f KRG) und die Angaben zur Erstbehandlung (Art. 3 Abs. 1 lit. g KRG) dazu gehören. Für die Qualitätssicherung von Früherkennungsprogrammen sind insbesondere jene Krebserkrankungen von Bedeutung, bei denen das Screening keine Verdachtsmomente ergeben hat, die jedoch in der Zeitspanne zwischen zwei Screening-Zeitpunkten diagnostiziert wurden (so genannte Intervallkrebse).

Gestützt auf § 2 Abs. 1 der Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (EV KRG) vom 18. September 2019 (SAR 301.517) hat das Departement Gesundheit und Soziales der Stiftung Krebsregister Aargau die Führung des kantonalen Krebsregisters durch Abschluss eines Vertrags übertragen. Im Kanton Aargau wird wie erwähnt die Stiftung Krebscreening Aargau das Brustkrebsscreening durchführen. Die Stiftung Krebscreening Aargau sowie die Stiftung Krebsregister Aargau erachten die Weitergabe der Daten des Krebsregisters an das Krebscreening als unerlässlich, um eine angemessene Qualitätskontrolle der Früherkennungsprogramme sicherzustellen.

Das Gesundheitsgesetz nimmt im Rahmen der Patientenrechte (§ 28 Abs. 2 lit. d und e GesG) Bezug auf den Datenschutz und verweist auf die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundes und des Kantons (§ 28 Abs. 4 GesG). Der Kanton Aargau verfügt jedoch noch über keine ausreichende gesetzliche Grundlage, welche die Datenweitergabe vom Krebsregister an Früherkennungsprogramme erlauben würde. Es ist folglich auf kantonaler Gesetzesstufe neu eine solche Regelung gemäss Vorgabe von Art. 13 lit. a KRG zu schaffen.

Daten über die Gesundheit gehören zu den besonders schützenswerten Personendaten, deren Bearbeitung und Bekanntgabe strenger Vorschriften unterliegen als jene anderer Personendaten. Für die Datenbearbeitung und -bekanntgabe gilt zudem das Prinzip der Datenvermeidung und Datensparsamkeit (§ 9 Gesetz über die Information der Öffentlichkeit, den Datenschutz und das Archivwesen [IDAG] vom 24. Oktober 2006 [SAR 150.700]). Die Datenbearbeitung ist auf das für den Verwendungszweck notwendige Mindestmass zu beschränken und muss verhältnismässig sein. Im KRG und in der zugehörigen Verordnung über die Registrierung von Krebserkrankungen (Krebsregisterverordnung, KRV) vom 11. April 2018 (SR 818.331) ist festgelegt, welche Daten wie und unter welchen Voraussetzungen im Bereich der Krebsregisterführung erhoben und insbesondere im Rahmen

von Früherkennungsprogrammen weitergegeben werden dürfen (vgl. insbesondere Art. 3 und 4 sowie 25–30 KRG, Art. 12 und 28–30 KRV).

Welche Daten für die Qualitätssicherung der Früherkennungsprogramme notwendig sind, hat das Departement Gesundheit und Soziales mittels Bedarfsabklärung bei den Stakeholdern (Stiftung Krebsregister Aargau und Stiftung Krebscreening Aargau) ermittelt. Damit das kantonale Krebsregister Kenntnis darüber erhält, welche Patientin oder welcher Patient im Sinn von Art. 13 Abs. 1 lit. b KRG an den Früherkennungsprogrammen teilgenommen hat, ist gestützt auf Art. 30 KRG zuerst die entsprechende Datenbekanntgabe durch die Früherkennungsprogramme an das kantonale Krebsregister erforderlich. Diese Bestimmung erlaubt den zuständigen Stellen von Bund und Kantonen sowie Organisationen und Personen des öffentlichen oder des privaten Rechts die Datenbekanntgabe, wenn dies für die Erfüllung der ihnen nach dem KRG übertragenen Aufgaben erforderlich ist. Anschliessend folgt die Bekanntgabe der für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten in umgekehrter Richtung vom kantonalen Krebsregister an die Früherkennungsprogramme.

Als eigentliche Datenschutzbestimmung wird die neue gesetzliche Grundlage für die Übermittlung der Daten in § 28 GesG eingefügt. In dieser Norm ist das Recht der Patientinnen und Patienten auf den Schutz ihrer Daten verankert (§ 28 Abs. 2 lit. e GesG).

### **3.3 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung**

Die Strategie 4.2 der GGpl 2030 lautet wie folgt: "Der Kanton strebt an, sich an der Gesundheitsförderung mit mindestens 0,25 % der Ausgaben für die Spitalfinanzierung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zu beteiligen (ohne Berücksichtigung der Bundesbeiträge)."

Mit der Umsetzung von Strategie 4.2 wird gleichzeitig ein Teilgehalt der Strategie 3.2 der GGpl 2030 verwirklicht. Diese verfolgt das Ziel, eine indirekte Kostendämpfung unter anderem durch gesundheitsfördernde Massnahmen zu erreichen.

#### **3.3.1 Bedeutung der Gesundheitsförderung**

Bund<sup>15</sup> und Kantone engagieren sich aktiv dafür, die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu stärken, indem sie das Bewusstsein für ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung sowie für die Bedeutung der psychischen und sexuellen Gesundheit fördern. Der Kanton Aargau setzt die gesundheitsfördernden Massnahmen im Rahmen von Schwerpunktprogrammen um. Die von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanzierten Programme sind seit dem 1. Januar 2025 auf die Lebensphasen Kindheit, Jugend und Alter ausgerichtet und entsprechen damit der Strategie 4.3 der GGpl 2030 ("Die Schwerpunktprogramme der Gesundheitsförderung orientieren sich an den Lebensabschnitten."). Ein mögliches Schwerpunktprogramm für die Lebensphase "Erwachsene" ist ab dem Jahr 2029 vorgesehen. Derzeit prüft die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz eine Mitfinanzierung kantonaler Programme für die Lebensphase "Erwachsene". Der Kanton erarbeitet die Schwerpunktprogramme im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz entsprechend deren Rahmenbedingungen für kantonale Aktionsprogramme (KAP).<sup>16</sup> Ergänzend zu den von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanzierten Schwerpunktprogrammen führt der Kanton Aargau auch Programme in den Bereichen "Betriebliches Gesundheitsmanagement" und "Gesundheitsförderung in der Schule".

Sämtliche Schwerpunktprogramme orientieren sich an der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie),<sup>17</sup> die Teil der Gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrats 2020–2030<sup>18</sup> ist. Ein übergeordnetes Ziel der Strategie ist es, den durch nichtübertragbare

<sup>15</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Krankheiten > Nichtübertragbare Krankheiten > [Gesundheit & Prävention](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>16</sup> [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch) > Über uns > [Auftrag, Ziele und Strategie](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>17</sup> Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, verlängert bis 2028, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Politik und Gesetze > Nationale Gesundheitspolitik > Nationale Gesundheitsstrategien > [Nichtübertragbare Krankheiten](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>18</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Politik & Gesetze > Nationale Gesundheitspolitik > Gesundheitspolitische Strategien > Gesundheit 2030 >

Krankheiten (Non-Communicable Diseases, NCD) bedingten Anstieg der Krankheitslast und der damit verbundenen Kostensteigerung zu dämpfen. Diese Krankheiten entwickeln sich oft langsam und verlaufen chronisch. Zu den fünf häufigsten NCD gehören Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und Erkrankungen des Bewegungsapparats.<sup>19</sup> Die möglichst frühe Förderung eines gesunden und eigenverantwortlichen Lebensstils kann die Wahrscheinlichkeit der Entstehung nicht übertragbarer Krankheiten um mehr als die Hälfte verringern oder zumindest verzögern.<sup>20</sup> Ein gesunder Lebensstil wirkt zudem vorbeugend hinsichtlich psychischer Erkrankungen, die durch verschiedenste Faktoren, wie beispielsweise kritische Lebensereignisse, schwierige Lebensumstände oder psychische und soziale Belastungen beeinflusst werden und in sämtlichen Alters- und Gesellschaftsschichten vorkommen.<sup>21</sup> Klimabedingte Gesundheitsrisiken wie zunehmende Hitzeperioden können zudem bestehende Erkrankungen verschlimmern. Durch eine rechtzeitige und verständliche Information der Bevölkerung lassen sich negative Gesundheitsfolgen durch angepasstes Verhalten minimieren.<sup>22</sup>

NCD verursachten im Jahr 2022 rund 72 % (65,7 Milliarden Franken) der gesamten direkten<sup>23</sup> Gesundheitskosten in der Schweiz. Allein die Ausgaben für die vorstehend aufgeführten häufigsten NCD sowie psychische Erkrankungen, Demenz und Adipositas betrugen 48,0 Milliarden Franken und damit rund 52 % der gesamten direkten Gesundheitskosten. Neben diesen Kosten entstehen durch krankheitsbedingte Fehlzeiten, eingeschränkte Leistungsfähigkeit und lang andauernde Abwesenheiten auch hohe indirekte Kosten für die Gesellschaft. Im Jahr 2022 beliefen sich diese auf 70,5 Milliarden Franken.<sup>24</sup>

Wie bereits ausgeführt, verhindert beziehungsweise reduziert eine möglichst frühe gesunde Lebensweise das Risiko, an einer NCD zu erkranken, und wirkt damit den steigenden Gesundheitskosten entgegen. Eine umfassende Datenlage belegt, dass sich ein gesunder Start ins Leben sowie eine gesunde Entwicklung bis ins Erwachsenenleben langfristig positiv auswirken.<sup>25</sup> Investitionen in die Gesundheit und in gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen, insbesondere von Kindern, zahlen sich dementsprechend für die Gesellschaft aus. Je früher eine Unterstützung erfolgt, desto grösser ist der "Social Return of Investment" (SROI). Das heisst, desto besser ist das Verhältnis zwischen investiertem und später eingespartem Geld. Wenngleich es vielerorts an Evidenz zur Kosteneffizienz von Massnahmen zur Gesundheitsförderung fehlt, weisen einige jüngere Studien darauf hin.<sup>26</sup>

Gesundheitsförderung ist insbesondere auch aufgrund der demografischen Entwicklung von grosser Bedeutung, weil die Bevölkerung immer älter wird und damit der Anteil an Personen mit chronischen Erkrankungen zunimmt. Es ist davon auszugehen, dass die Gesundheitskosten dementsprechend

---

[Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>19</sup> [www.bag.admin.ch](#) > Services > Zahlen und Statistiken > [Nichtübertragbare Krankheiten: Zahlen und Fakten](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>20</sup> BRUMANA L. et al. (2017): Maternal and child health services and an integrated, live-cycle approach to the prevention of non-communicable diseases; BMJ Global Health 2: e000295, World Bank (2011): The Growing Danger of Non-Communicable Diseases, Acting Now to Reverse Course.

<sup>21</sup> [www.gesundheitsförderung.ch](#) > Publikationen > Psychische Gesundheit > [Konzept der psychischen Gesundheit](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>22</sup> Siehe umfassend dazu "Klimakompass" Teil der Klimastrategie des Kantons Aargau, abrufbar unter [www.ag.ch](#) > Themen > Klimawandel > [Klimakompass](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

<sup>23</sup> Direkte Kosten entsprechen in dieser Analyse den monetären Ausgaben für die Behandlung einer Krankheit wie beispielsweise Medikamentenkosten und Krankenhausaufenthalte. Indirekte Kosten entstehen durch Produktivitätsverluste, zum Beispiel durch krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

<sup>24</sup> Zum Ganzen: WIESER et al. (2025): Die Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz, Schlussbericht – Version 2.0, Seite 14 ff.

<sup>25</sup> Zum Beispiel: MARKS E., STEFFEN W. (Hrsg., 2015): Prävention rechnet sich. Zur Ökonomie der Kriminalprävention, Ausgewählte Beiträge des 20. Deutschen Präventionstages 8. und 9. Juni 2015 in Frankfurt am Main; AMSTAD, F., SURIS, J., BARRENESE-DIAS, Y., DRATVA, J., MEYER, M., NORDSTRÖM, K., WEBER, D., BERNATH, J., SÜSS, D., SUGGS, S., BUCHER DELLA TORRE, S., WIEBER, F., VON WYL, A., ZYSSET, A., SCHIFTAN, R. & WITTEGENSTEIN MANI, A.-F. (2022): Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis, Bericht 9, Gesundheitsförderung Schweiz (nachfolgend AMSTAD F. et al. [2022]).

<sup>26</sup> AMSTAD F. et al. (2022).



steigen werden.<sup>27</sup> Hinzu kommen Pflegekosten, die aufgrund chronischer Erkrankungen wie beispielsweise Demenz ebenfalls steigen.<sup>28</sup> Massnahmen zur Gesundheitsförderung können dieser Entwicklung entgegenwirken, indem sie die Bevölkerung bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils unterstützen und dadurch die Entstehung von NCD möglichst verhindern oder zumindest reduzieren. Der Gesundheitsförderung kommt folglich eine signifikante Bedeutung im Gesundheitswesen zu. Die dadurch potenziell entstehenden Kosteneinsparungen sind ein Teilaspekt der indirekten Kostendämpfung der eingangs erwähnten Strategie 3.2 der GGpl 2030.

### 3.3.2 Anpassung Prozentsatz unter EFAS

In Umsetzung der Strategie 4.2 der GGpl 2030 soll das Gesundheitsgesetz kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung vorsehen und damit ihrer in Ziffer 3.3.1 aufgezeigten Relevanz Rechnung tragen. Die Mindestausgaben sollen dabei einen bestimmten Prozentsatz der Ausgaben für die Spitalfinanzierung ausmachen. Der Planungsbericht der GGpl 2030 vom 5. März 2025 hält unter Ziel 4 fest, dass der Kanton Aargau im Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2023–2026 für das Jahr 2023 rund 1,9 Millionen Franken netto<sup>29</sup> für die Gesundheitsförderung budgetiert hat. Demgegenüber sind die budgetierten Kantonsausgaben für die stationären Spitalleistungskosten mit 745,5 Millionen Franken ausgewiesen. Damit machten die Nettoausgaben für die Gesundheitsförderung im Jahr 2023 schätzungsweise 0,25 % der gesamten kantonalen Ausgaben für die Spitalfinanzierung gemäss KVG aus.

Die nachstehenden Tabellen 2 und 3 zeigen die budgetierten Ausgaben für die Jahre 2023–2029 in den Bereichen Gesundheitsförderung und Spitalfinanzierung auf. Der Kanton Aargau budgetierte in den Jahren 2028 und 2029 deutlich tiefere kantonale Ausgaben für die Spitalfinanzierung (farblich hervorgehoben) als in den Jahren 2023–2027 (Tabelle 3). Grund dafür ist die Einführung von EFAS per 1. Januar 2028. Der kantonale Anteil an der stationären Spitalfinanzierung beträgt in den hervorgehobenen Jahren 2028 und 2029 unter EFAS 24,5 % und nicht wie in den vorangehenden Jahren 55 %.

Dementsprechend erhöht sich der prozentuale Anteil der Ausgaben für die Gesundheitsförderung (Tabelle 4) im Verhältnis zur kantonalen Spitalfinanzierung in diesen Jahren deutlich (farblich hervorgehoben). In Umsetzung der Strategie 4.2 der GGpl 2030 ist der Prozentsatz für Ausgaben im Bereich der Gesundheitsförderung deshalb anhand dieser neuen Rahmenbedingungen anzupassen (siehe dazu die nachstehenden Ausführungen).

Tabelle 2: Budgetierte Ausgaben für den Bereich der Gesundheitsförderung in den Jahren 2023–2029

| Jahr       | B 2023    | B 2024    | B 2025    | B 2026    | P 2027    | P 2028    | P 2029    |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| In Franken | 1'810'325 | 1'859'225 | 1'755'000 | 1'857'000 | 1'859'000 | 1'861'000 | 1'863'000 |

<sup>27</sup> ANDERES M., GERSBACH H. (2024): KOF-Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2024 (Nr. 180, 11 / 2024), Zürich, Konjunkturforschungsstelle ETH Zürich (KOF).

<sup>28</sup> PAHUD O., PELLEGRINI S., DORN M., DUTOIT L., ZUFFEREY J., (2025): Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050 (Obsan Bericht 09/2025), Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.), Seite 81.

<sup>29</sup> Ohne die jährliche Beteiligung durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Umfang von 0,6 Millionen Franken.

Tabelle 3: Budgetierte Ausgaben für den Bereich der Spitalfinanzierung in den Jahren 2023–2029

| Jahr       | B 2023      | B 2024      | B 2025      | B 2026      | P 2027      | P 2028      | P 2029      |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| In Franken | 745'394'000 | 754'330'000 | 787'119'000 | 831'078'000 | 858'764'000 | 355'400'000 | 365'300'000 |

Tabelle 4: Prozentualer Anteil Gesundheitsförderung an Spitalfinanzierung gemäss Tabelle 2 und Tabelle 3

| Jahr       | B 2023 | B 2024 | B 2025 | B 2026 | P 2027 | P 2028 | P 2029 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| In Prozent | 0,243  | 0,246  | 0,223  | 0,223  | 0,216  | 0,524  | 0,510  |

Die in der Strategie 4.2 genannten Ausgaben der Spitalfinanzierung beziehen sich auf die vom Kanton getragenen 55 % der Kosten der stationären OKP-Leistungen gemäss Art. 49a Abs. 1 und 2<sup>ter</sup> KVG. Die ambulanten OKP-Leistungen werden bis anhin vollständig von den Krankenversicherern vergütet. Mit Inkrafttreten von EFAS ab 1. Januar 2028 ändert sich die Beteiligung der Kantone an den Kosten der ambulanten und stationären OKP-Leistungen. Künftig müssen die Kantone für alle ambulanten sowie stationären OKP-Leistungen (ohne Leistungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege) einen Kantonsbeitrag von 24,5 %<sup>30</sup> und ab 1. Januar 2032, mit Integration der Pflegeleistungen, einen Kantonsbeitrag von 26,9 %<sup>31</sup> der OKP-Kosten leisten.

Damit der Einsatz finanzieller Mittel für die Gesundheitsförderung auch nach Inkrafttreten von EFAS (insbesondere mit den erneuten Veränderungen ab dem Jahr 2032) der Strategie 4.2 der GGpl 2030 entspricht, erfolgt eine Umrechnung unter Einbezug des gesamten Kantonsbeitrags für ambulante und stationäre OKP-Leistungen. Eine Umrechnung, die sich ausschliesslich am Kantonsbeitrag für die stationären OKP-Leistungen orientiert (wie dies in der Strategie 4.2 genannt ist) hätte zur Folge, dass die Ausgaben für die Gesundheitsförderung unter EFAS sinken würden. Weiter nimmt mit der zunehmenden Ambulantisierung medizinischer Behandlungen der Anteil stationärer Behandlungen ab beziehungsweise deren Gesamtkosten nehmen weniger stark zu als die der ambulanten Behandlungen.

Ausgangspunkt für die Berechnungen sind, wie bereits erwähnt, die im Planungsbericht der GGpl 2030 vom 5. März 2025 unter Ziel 4 festgehaltenen Nettoausgaben<sup>32</sup> für die Gesundheitsförderung im Jahr 2023 in Höhe von rund 1,9 Millionen Franken. Dies entsprach 0,25 % der budgetierten Kantonsausgaben für die stationären OKP-Leistungen von 745,5 Millionen Franken. Setzt man diese 1,9 Millionen Franken ins Verhältnis zum hypothetischen Kantonsbeitrag gemäss Berechnungen EFAS (24,5 % der ambulanten und stationären OKP-Kosten ohne Pflegeleistungen), so entspricht dies einem Prozentsatz von 0,24 %. Bezogen auf den hypothetischen Kantonsbeitrag gemäss Berechnungen EFAS mit Einbezug der Pflegeleistungen (26,9 % der ambulanten und stationären OKP-Kosten) ergibt dies einen Prozentsatz von 0,20 %. Anhand der Zahlen aus dem Jahr 2023 stellt die folgende Tabelle 5 dar, welche Anteile des Kantonsbeitrags für die Gesundheitsförderung (GF) unter EFAS aufzuwenden gewesen wären. Massgebende Berechnungsgrundlage dafür sind die Gesamtkosten netto für ambulante und stationäre OKP-Leistungen (ohne Pflegeleistungen)<sup>33</sup> in Höhe von 3'199,7 Millionen Franken (beziehungsweise in Höhe von 3'543,2 Millionen Franken ab dem Jahr 2032, mit Einbezug der Kosten für Pflegeleistungen).

<sup>30</sup> Abs. 1 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 22. Dezember 2023 (BBI 2024 31).

<sup>31</sup> Art. 60 Abs. 4 der KVG-Änderung (nKVG) vom 22. Dezember 2023 (BBI 2024 31).

<sup>32</sup> Ohne die jährliche Beteiligung durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Umfang von 0,6 Millionen Franken.

<sup>33</sup> Gesamtkosten der ambulanten und stationären OKP-Leistungen, abzüglich der Patientenbeteiligungen.

Tabelle 5: Berechnung Anteil Ausgaben für die GF bezogen auf den Kantonsbeitrag für OKP-Leistungen gemäss Art. 60 nKVG

|                                                            | Hypothetischer Kantonsbeitrag 2023 (in Millionen Franken) | Ausgaben GF 2023 (in Millionen Franken) | Anteil Ausgaben GF an Kantonsbeitrag |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| Kantonsbeitrag Spitalfinanzierung 55 %                     | 745,5                                                     | 1,9                                     | 0,25 %                               |
| Kantonsbeitrag EFAS 24,5 % (ohne Pflegeleistungen) ab 2028 | 783,9                                                     | 1,9                                     | 0,24 %                               |
| Kantonsbeitrag EFAS 26,9 % (mit Pflegeleistungen) ab 2032  | 953,1                                                     | 1,9                                     | 0,20 %                               |

Die vorstehend in Tabelle 5 errechneten Prozentsätze (0,24 % ab 1. Januar 2028 beziehungsweise 0,20 % ab 1. Januar 2032) für die Mindestausgaben der Gesundheitsförderung unter den Bedingungen von EFAS (farblich hervorgehoben) sollen entsprechend im Gesundheitsgesetz verankert werden. Gemäss thematischer Zuordnung soll dies in einem neuen Absatz 2 des § 34 GesG erfolgen.

### 3.4 Palliative Care

#### 3.4.1 Definition und Bedeutung

Das Ziel 15 der GGpl 2030 lautet wie folgt: "Sicherstellung des niederschweligen, flächendeckenden Zugangs zu ganzheitlichen Palliative Care-Angeboten."

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende.<sup>34</sup> Die Behandlung und Betreuung von sterbenden Menschen und von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten stellt besondere Anforderungen in medizinischer, pflegerischer, sozialer sowie geistig-seelsorgerischer Hinsicht. Das Ziel jeder palliativen Behandlung und Betreuung ist es, den Patientinnen und Patienten eine gute Lebensqualität zu ermöglichen und die Angehörigen angemessen zu begleiten. Die Autonomie schwerstkranker und sterbender Menschen so lange und so umfangreich wie möglich zu erhalten und ihre Bedürfnisse zu respektieren, ist ein zentrales Anliegen der Palliative Care. Das bedeutet, dass die betroffenen Personen – soweit möglich – selbst entscheiden, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen möchten. Demzufolge muss in allen Versorgungssettings (akutstationäre Versorgung, stationäre und ambulante Langzeitversorgung) Palliative Care möglich sein.

#### 3.4.2 Bisherige Finanzierung

Der Kanton Aargau hat im Jahr 2015 begonnen, verschiedene Leistungen im Bereich der Palliative Care zu finanzieren. Darunter fallen eine Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige, die Unterstützung der Weiterbildung im Bereich der Palliative Care sowie eine Fachstelle für ambulante spezialisierte Palliative Care, anfänglich finanziert durch den Swisslos-Fonds (2015–2018). Anschliessend hat der Kanton die gleichen Leistungen über einen Verpflichtungskredit (2019–2021), einen Zusatz-

<sup>34</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Politik & Gesetze > Nationale Gesundheitspolitik > Stakeholder-Plattformen > [Palliative Care](#) (zuletzt eingesehen am 19. Juni 2026).

kredit (2022) und erneut mittels eines Verpflichtungskredits (2023–2026) finanziert. Der derzeit laufende Verpflichtungskredit für die Jahre 2023–2026 beinhaltet die nachfolgend in Tabelle 6 aufgeführten Leistungen. Gestützt auf diesen Verpflichtungskredit hat der Kanton Aargau mit zwei Leistungserbringern Verträge abgeschlossen.

Tabelle 6: Verpflichtungskredit 535-001050-02 "Palliative Care" 2023–2026

| in Franken                     | 2023             | 2024             | 2025             | 2026             | Total              |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Anlaufstelle und Weiterbildung | 350'000.–        | 380'000.–        | 380'000.–        | 380'000.–        | 1'490'000.–        |
| Fachstelle ambulante SPC       | 200'000.–        | 300'000.–        | 300'000.–        | 300'000.–        | 1'100'000.–        |
| <b>Total</b>                   | <b>550'000.–</b> | <b>680'000.–</b> | <b>680'000.–</b> | <b>680'000.–</b> | <b>2'590'000.–</b> |

Zusätzlich unterstützt der Kanton vier neue Leistungen im Bereich der Palliative Care. Diese sind im Konzept Palliative Care 2022 des Kantons Aargau definiert und werden auf Basis eines zusätzlichen Verpflichtungskredits (Verpflichtungskredit "Palliative Care – Neue Leistungen" 2024–2027) unterstützt. Im Rahmen dieses Verpflichtungskredits erbringen vier Leistungserbringer gestützt auf einen Vertrag mit dem Kanton Aargau die in Tabelle 7 genannten Leistungen.

Tabelle 7: Verpflichtungskredit 535-001050-01 "Palliative Care Neue Leistungen" 2024–2027

| in Franken                                          | 2024             | 2025             | 2026             | 2027             | Total              |
|-----------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Öffentlichkeitsarbeit                               | 100'000.–        | 100'000.–        | 100'000.–        | 100'000.–        | 400'000.–          |
| Spezialisierte Seelsorge                            | 60'000.–         | 90'000.–         | 120'000.–        | 150'000.–        | 420'000.–          |
| Palliative Spitex in grundversorgenden Pflegeheimen | 120'000.–        | 160'000.–        | 200'000.–        | 240'000.–        | 720'000.–          |
| Begleitsdienst durch Freiwillige                    | 50'000.–         | 50'000.–         | 50'000.–         | 50'000.–         | 200'000.–          |
| <b>Total</b>                                        | <b>330'000.–</b> | <b>400'000.–</b> | <b>470'000.–</b> | <b>540'000.–</b> | <b>1'740'000.–</b> |

Diese beiden zurzeit laufenden Verpflichtungskredite enden im Jahr 2026 respektive 2027.

### 3.4.3 Geltende Regelungen

Bisher bildete § 25 Abs. 1 SpiG die gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der Leistungen. Diese Bestimmung lautet: "Der Kanton kann Institutionen des Spital- und Gesundheitswesens, die der Forschung, Grundlagenbeschaffung, Beratung und Zusammenarbeit sowie der Ausbildung von Personal des Gesundheitswesens dienen, mit Beiträgen unterstützen." Weder das Gesundheitsgesetz noch das Spitalgesetz greifen das Thema Palliative Care jedoch spezifisch auf. Explizit wird Palliative Care lediglich im Rahmen des Pflegegesetzes erwähnt. Darin hat der kantonale Gesetzgeber die Grundlage für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Pflege und Betreuung im stationären und ambulanten Langzeitpflegebereich geschaffen. Dabei wird zwischen der Grundversorgung Palliative Care und der spezialisierten Palliative Care unterschieden<sup>35</sup>: § 4 Abs. 4 PflG ermöglicht dem Regierungsrat, geeigneten stationären Leistungserbringern einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care zu erteilen. Gemäss § 11 Abs. 1 und 3 PflG muss das Angebot der Gemeinden im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege auch die Grundversorgung Palliative Care umfassen.

<sup>35</sup> Vgl. Konzept Palliative Care 2022, Seite 9.

Auf Verordnungsstufe bestehen Regelungen zur spezialisierten Palliative Care sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Personen in ihrer letzten Lebensphase, die eine weit fortgeschrittene, unheilbare und fortschreitende Erkrankung mit komplexer, aber mehrheitlich stabiler Symptomatik aufweisen, werden gemäss § 12 Abs. 3 Pflegeverordnung (PflV) vom 21. November 2012 (SAR 301.215) in Institutionen beziehungsweise Abteilungen der spezialisierten Palliative Care gepflegt. Gestützt auf § 28 Abs. 3 PflV muss das Angebot der Gemeinden im Bereich Krankenpflege und Hilfe zu Hause spezialisierte Pflegeangebote insbesondere im Bereich Palliative Care umfassen. Dabei ergänzt die spezialisierte Palliative Care zu Hause die grundversorgende Palliative Care und gewährleistet die pflegerische und medizinische Versorgung von Personen ausserhalb von stationären Strukturen, die sich aufgrund einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren und progredienten Erkrankung mit komplexer und mehrheitlich stabiler Symptomatik in ihrer letzten Lebensphase befinden (§ 28 Abs. 3<sup>bis</sup> PflV). Das Mindestangebot im Bereich der spezialisierten Palliative Care zu Hause umfasst die palliativpflegerische und palliativärztliche Versorgung durch spezialisiertes Personal, die Beratung der Betroffenen, ihrer Bezugspersonen sowie der Fachpersonen der Grundversorgung und die Koordination der notwendigen Versorgungsleistungen (§ 29 Abs. 3 PflV). Die Leistungen der spezialisierten Palliative Care zu Hause sind während 24 Stunden an allen Wochentagen anzubieten (§ 30 Abs. 3 PflV).

Andere Bestimmungen, die das Thema Palliative Care explizit aufgreifen, kennt der Kanton Aargau nicht. So ist für die weiteren Angebote der Palliative Care ausserhalb der stationären und ambulanten Langzeitversorgung keine gesetzliche Verankerung von Palliative Care als öffentliche Aufgabe respektive keine rechtliche Konkretisierung vorhanden.

#### **3.4.4 Neue Grundlage im Gesundheitsgesetz**

Palliative Care betrifft als Querschnittsthema alle Bereiche der Gesundheitsversorgung. Im Hinblick auf das eigenständige Fachthema "Palliative Care" innerhalb der GGpl 2030 (mit dem Ziel der Sicherstellung des niederschweligen, flächendeckenden Zugangs zu ganzheitlichen Palliative-Care-Angeboten) und der mit der GGpl 2030 verbundenen Änderung des Gesundheitsgesetzes soll eine explizite gesetzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz geschaffen werden. Damit stellt der kantonale Gesetzgeber sicher, dass Palliative Care in allen Versorgungssettings eine spezifische gesetzliche Grundlage erhält. Die bestehenden Regelungen im Pflegegesetz und in der Pflegeverordnung bleiben trotz der vorgeschlagenen Änderung in Kraft. Sie beschränken sich jedoch auf den Bereich der Langzeitpflege und decken zentrale Aspekte der Palliative Care nicht ab (namentlich Beratung, Sensibilisierung, Weiterbildung sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure). Das Pflegegesetz und die Pflegeverordnung regeln die ambulante und stationäre Palliativversorgung in Pflegeheimen sowie im Rahmen der Spitex in differenzierter und detaillierter Weise. Gemäss diesen Regelungen wird zum Beispiel den Gemeinden im Kanton Aargau die Zuständigkeit im ambulanten Bereich zugewiesen, die allgemeine und spezialisierte Palliative Care sicherzustellen. Zudem wird aufgrund des Pflegegesetzes und der Pflegeverordnung das Angebot der spezialisierten Palliative Care in beiden Versorgungssettings so weit wie möglich definiert. Ein Verzicht auf die Regelungen zu Palliative Care im Pflegegesetz oder in der Pflegeverordnung hätte negative Konsequenzen für die Versorgung im Langzeitpflegebereich.

Neben dem Handlungsfeld der Versorgung sind die Handlungsfelder Sensibilisierung und Information (Öffentlichkeitsarbeit und Anlaufstelle), Qualitätssicherung sowie Weiterbildung weitere Bereiche der Palliative Care. Diese muss der Kanton Aargau – gestützt auf die durch den Grossen Rat im Rahmen der GGpl 2030 verabschiedeten Ziele – als öffentliche Aufgaben umsetzen.

Auch ein Vergleich mit den anderen Kantonen zeigt den Handlungsbedarf auf. In der Schweiz besitzen 15 der 26 Kantone eine explizite rechtliche Grundlage zu Palliative Care.<sup>36</sup> Die meisten davon legen die Grundlagen zur Palliative Care als öffentliche Aufgabe in ihren Gesundheitsgesetzen fest.<sup>37</sup>

Angesichts der Bedeutung von Palliative Care, die der Grosse Rat mit der eigenständigen Strategie 15 in der GGpl 2030 anerkennt, erscheint die bisher verwendete rechtliche Grundlage im Spitalgesetz für künftig zu tätigende Leistungen ausserhalb der akutstationären Versorgung als ungenügend und nicht sachgerecht. Eine explizite Normierung im Gesundheitsgesetz dagegen trägt dem Stellenwert, den die Palliative Care in den vergangenen Jahren gewonnen hat, Rechnung.

Grundlage für das Ergreifen des Kantons von Massnahmen im Bereich Palliative Care ist § 41 Abs. 1, 2, 4 und 5 KV. Weil sich die Thematik unter keinem der bisherigen Kapitel systematisch optimal einordnen lässt, wird die Bestimmung in einem neuen Kapitel 6<sup>bis</sup> mit dem Titel "Palliative Care" im Gesundheitsgesetz eingefügt.

### 3.5 Redaktionelle Anpassung

Der Begriff Leistungserbringer bezeichnet alle Organisationen, Betriebe und Berufe, die im Bereich der Gesundheitsversorgung Leistungen erbringen und wird im schweizerischen Gesundheitswesen nicht für die einzelne natürliche Person verwendet. Aus diesem Grund wird er sowohl auf Bundesebene (beispielsweise im Krankenversicherungs-, Medizinberufe-, oder Gesundheitsberufegesetz etc.) als auch in den Kantonen als stehender Begriff nur in der männlichen Form verwendet. Der geltende § 27a GesG spricht versehentlich von der Leistungserbringerin und dem Leistungserbringer. Im Rahmen einer rein redaktionellen Anpassung von § 27a Abs. 1 GesG ist diese Bezeichnung zu korrigieren.

## 4. Verhältnis zur mittel- und langfristigen Planung

Damit die Ziele der GGpl 2030 erreicht werden können, hat der Grosse Rat mit deren Verabschiedung (GRB Nr. 2024-1416) den Regierungsrat beauftragt, die entsprechenden Rechtsgrundlagen zu schaffen. Der Regierungsrat hat die Umsetzung der GGpl 2030 mit entsprechender Er- und Überarbeitung der notwendigen Rechtsgrundlagen als Entwicklungsschwerpunkt in den AFP 2026–2029 aufgenommen.

Mit der vorliegenden Änderung des Gesundheitsgesetzes wird die gestaffelte rechtliche Umsetzung der GGpl 2030 fortgeführt (vgl. Ziffer 2.1). Wie bereits erwähnt, erarbeitet das Departement Gesundheit und Soziales derzeit die Änderung des Spitalgesetzes. Es folgt die Änderung des Gesundheitsgesetzes im Paket 2. Die Änderung des Pflegegesetzes bildet den Abschluss der rechtlichen Umsetzung der GGpl 2030. Die gestaffelte Umsetzung aller Gesetzesänderungen dauert voraussichtlich bis 2030.

---

<sup>36</sup> Ecoplan (2023): Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergebnisse der Befragung der Kantone und regionalen Sektionen von palliative.ch 2023, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern.

<sup>37</sup> Beispielsweise: Kanton Thurgau § 31 Abs. 1 Gesundheitsgesetz (GG) vom 3. Dezember 2014 (RB 810.1), Kanton St. Gallen Art. 21a d<sup>bis</sup> Gesundheitsgesetz (GesG) vom 28. Juni 1979 (sGS 311.1), Kanton Luzern § 44b Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. September 2005 (SRL Nr. 800), Kanton Zug § 54 Abs. 1 Gesundheitsgesetz (GesG) vom 30. Oktober 2008 (BGS 821.1).

## 5. Erläuterungen zu einzelnen Paragrafen im Gesundheitsgesetz

### Zu § 4 Abs. 2

#### § 4 Bewilligungspflicht zur Berufsausübung (Abs. 2 geändert)

<sup>2</sup> Personen, die ihre Tätigkeit in stationären Einrichtungen ausüben, benötigen eine Berufsausübungsbewilligung, sofern sie in leitender Funktion tätig sind.

Personen, die in der jeweiligen Berufsgruppe eine Leitungsfunktion innehaben und fachliche Entscheide ihres Berufs selbstständig treffen können, gelten als fachlich eigenverantwortlich. Sie müssen beim zuständigen Departement Gesundheit und Soziales, eine BAB beantragen (siehe die in Tabelle 1 unter Ziffer 3.1.1 aufgeführten Berufe).

Der neu formulierte § 4 Abs. 2 GesG übernimmt diese bestehende und bundeskonforme Rechtspraxis für den stationären Bereich.<sup>38</sup> Die fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit und damit die BAB-Pflicht ist im stationären Bereich wie folgt festgelegt:

- Auf der Kaderstufe von Berufen gemäss MedBG gelten die Positionen leitende Ärztin/leitender Arzt, stellvertretende Chefärztin/stellvertretender Chefarzt sowie Chefärztin/Chefarzt als fachlich eigenverantwortlich. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sowohl Assistenz- als auch Oberärztinnen und -ärzte einer stationären Einrichtung über keine BAB verfügen müssen.
- Für Gesundheitsfachberufe gilt die hierarchisch höchste leitende Person ihrer Berufsgruppe als in fachlich eigener Verantwortung tätig. Sofern vorhanden, umfasst dies auch deren Stellvertretung mit der gleichen beruflichen Ausbildung. Beide benötigen eine kantonale Berufsausübungsbewilligung im Sinne von Art. 11 GesBG.
- In stationären Einrichtungen mit bis zu 300 Betten ist die leitende Pflegefachperson in eigener fachlicher Verantwortung tätig und somit bewilligungspflichtig. In Einrichtungen mit mehr als 300 Betten gelten sowohl die hierarchisch höchste leitende Pflegefachperson als auch deren hierarchisch unterstellte Stellvertretung als in eigener fachlicher Verantwortung tätig und benötigen eine BAB. Im Spital sind dies Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen sowie deren Stellvertretungen. Gestützt auf die Praxiserfahrung der Spitäler und der vaka orientiert sich die Definition der fachlichen Selbstständigkeit hier daran, dass noch eine einzelne Pflegefachperson eine stationäre Einrichtung mit bis zu 300 Betten leiten kann. Einrichtungen mit mehr Betten benötigen mehrere Personen in Leitungsfunktion.
- Für stationäre Pflegeeinrichtungen gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG ist die Rekrutierung von leitendem Fachpersonal, dessen Ausbildung den BAB-Voraussetzungen entspricht, aufgrund der Arbeitsmarktsituation um einiges schwieriger als für die Spitäler. Deshalb müssen in der Pflegeeinrichtung nach Art. 39 Abs. 3 KVG folgende Personen nicht in eigener fachlicher Verantwortung tätig sein:
  - die pflegerische Stellvertretung der ranghöchsten Pflegefachperson;
  - die ranghöchste Pflegefachperson, wenn diese bei Ablauf der Übergangsbestimmungen von Art. 34 Abs. 2 GesBG oder danach nicht über die entsprechenden fachlichen Voraussetzungen verfügt. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass in der stationären Pflegeeinrichtung mindestens eine andere Person im Pflegeberuf über eine kantonale BAB verfügt. Dies kann zum Beispiel die pflegerische Stellvertretung der ranghöchsten Pflegefachperson sein, sofern sie die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt.
- Auch für Fachpersonen nach Psychologieberufegesetz ist in stationären Einrichtungen für die fachverantwortlich leitende Person sowie deren Stellvertretung eine BAB erforderlich.

---

<sup>38</sup> Der stationäre Bereich ist gemäss Art. 39 KVG abschliessend auf die Spitäler (Art. 39 Abs. 1 KVG), Geburtshäuser sowie auf Einrichtungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim), festgelegt.

Gemäss § 5 Abs. 2 GesG bezeichnet der Regierungsrat, unter Vorbehalt des Bundesrechts, die gemäss § 4 GesG bewilligungspflichtigen Berufe und regelt die für die einzelnen Bewilligungen erforderlichen Voraussetzungen.

#### **Zu § 25 Abs. 1 lit. c<sup>bis</sup>**

##### **§ 25 Betriebsbewilligungspflicht (Abs. 1 lit. c<sup>bis</sup> neu)**

<sup>1</sup> Eine Betriebsbewilligung der zuständigen Behörde benötigen

c<sup>bis</sup>) Organisationen und Betriebe gemäss § 8b Abs. 5 des Spitalgesetzes (SpiG) vom 25. Februar 2003<sup>FN</sup>,

Nach geltendem Recht (§ 25 Abs. 1 lit. c GesG und § 34 Abs 1 VBOB in Verbindung mit Art. 35 Abs. 2 lit. d<sup>bis</sup>, e, f, g, l, m und n sowie Art. 36 KVG) muss die Betriebsbewilligung sowie die OKP-Zulassung<sup>39</sup> für jeden einzelnen Betrieb und jede einzelne Organisation im ambulanten Bereich separat beantragt werden. Das Departement Gesundheit und Soziales erteilt jedem Betrieb und jeder Organisation eine eigenständige gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung. Wenn die OKP-Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind, wird die Zulassung zur OKP-Abrechnung zusammen mit der Betriebsbewilligung erteilt.

Wenn eine stationäre Einrichtung (Spital, Geburtshaus, Pflegeheim) eine ambulante Organisation oder einen ambulanten Betrieb ausserhalb des Spitalareals betreibt, brauchen diese eine eigene ambulante Betriebsbewilligung und eine separate OKP-Zulassung (Art. 35 Abs. 2 und 36 KVG in Verbindung mit § 27a Abs. 1 GesG). Diese ambulante Organisation beziehungsweise dieser ambulante Betrieb ist ambulanter Leistungserbringer und rechnet Leistungen selbstständig über die OKP ab. Dies ist seit dem Jahr 2022 Praxis im Kanton Aargau. Entsprechend sieht der Entwurf vom 10. Dezember 2025 des geänderten Spitalgesetzes, der sich zurzeit in der Anhörung befindet, die Bewilligungspflicht für Standorte von Spitälern wie folgt vor (§ 8b Abs. 5 E-SpiG): "Erbringt ein Standort ausschliesslich ambulante Leistungen, beantragt er eine Bewilligung gemäss dem Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009." Als Gegenstück zu dieser Bestimmung hält ein neuer § 25 Abs. 1 lit c<sup>bis</sup> GesG fest, dass Organisationen und Betriebe gemäss § 8b Abs. 5 E-SpiG eine Betriebsbewilligung der zuständigen Behörde benötigen.

#### **Zu § 26 Abs. 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> und 2<sup>quater</sup>**

##### **§ 26 Bewilligungsvoraussetzungen (Abs. 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> und 2<sup>quater</sup> neu)**

<sup>2bis</sup> Die Betriebsbewilligung wird vorübergehend oder dauernd entzogen, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

<sup>2ter</sup> Sie kann ebenfalls vorübergehend oder dauernd entzogen werden, wenn Auflagen und Bedingungen nicht eingehalten oder gesetzliche Bestimmungen verletzt werden.

<sup>2quater</sup> Vor dem Entzug ergeht in der Regel eine Verwarnung unter Ansetzung einer angemessenen Frist zur Behebung der festgestellten Mängel.

Die Bewilligungspflicht und die Voraussetzungen zur Erteilung einer Betriebsbewilligung sind im Gesundheitsgesetz für ambulante Organisationen und Betriebe (§§ 25 und 26 GesG), im Spitalgesetz für Spitäler (§ 8a SpiG) und im Pflegegesetz für Pflegeheime (§ 6 PflG) festgehalten. Im Gegensatz zu § 8a Abs. 3 SpiG und § 6 Abs. 3 PflG fehlt im Gesundheitsgesetz allerdings eine Bestimmung zum Entzug der Bewilligung von ambulanten Organisationen und Betrieben.

Die neuen Absätze 2<sup>bis</sup> und 2<sup>ter</sup> in § 26 GesG schliessen diese Lücke. Sie sind entsprechend den §§ 8a Abs. 3 SpiG und 6 Abs. 3 PflG formuliert.

---

<sup>FN</sup> SAR 331.200.

<sup>39</sup> SASIS AG, Merkblatt für die Erteilung der ZSR-Nummer, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, Solothurn, 2025, Seite 1.



§ 26 Abs. 2<sup>bis</sup> GesG stellt der zum Bewilligungsentzug umstrittenen Aufsichtspraxis eine klare, im Gesundheitsrecht bereits bekannte Rechtsnorm gegenüber und liefert der Aufsichtsbehörde die entscheidende Verfügungsgrundlage für den Entzug der Betriebsbewilligung, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

§ 26 Abs. 2<sup>ter</sup> GesG bietet die Grundlage für einen vorübergehenden oder dauernden Entzug der Betriebsbewilligung bei der Verletzung von Bewilligungs- oder Zulassungsvoraussetzungen, von Rechtsvorschriften oder von Bewilligungs- und Zulassungsaufgaben, die für das Erteilen und den Fortbestand der Betriebsbewilligung erfüllt sein müssen. Der Bewilligungsentzug unterscheidet sich in diesem Sinn von der Sanktion nach dem neuen § 26a GesG. Darunter fallen zum Beispiel die mehrfache, klar nachweisbare Schädigung von Patientinnen und Patienten oder die wissentliche, systematische Benutzung einer fremden ZSR-Nummer zur Abrechnung zulasten der OKP.

§ 26 Abs. 2<sup>quater</sup> GesG hält in Anlehnung an § 8a Abs. 3 SpiG und § 6 Abs. 3 PflG fest, dass das Departement Gesundheit und Soziales die betroffene ambulante Organisation oder den betroffenen ambulanten Betrieb verwarnet und eine Frist zur Mangelbehebung ansetzt, bevor es allenfalls die Betriebsbewilligung begründet entziehen muss.

## **Zu § 26a**

### **§ 26a Sanktionen (neu)**

<sup>1</sup> Bei Verletzung einer Pflicht gemäss Bundes- und/oder kantonalem Recht kann das zuständige Departement gegenüber der Organisation oder dem Betrieb folgende Massnahmen anordnen:

- a) Verwarnung, oder
- b) Busse bis Fr. 50'000.–.

Grundsätzliche Voraussetzung für den Erlass einer Sanktion ist, dass die betreffende ambulante Organisation oder der betreffende ambulante Betrieb eine Pflicht gemäss Medizinalberufegesetz, Gesundheitsberufegesetz, Psychologieberufegesetz, Krankenversicherungsgesetzgebung, kantonalem Gesundheitsgesetz oder dessen Ausführungsbestimmungen (insbesondere der VBOB) verletzt.

Eine Pflichtverletzung wäre beispielsweise die versäumte oder unvollständige Übermittlung der für das Departement Gesundheit und Soziales zu dessen Aufgabenerfüllung notwendigen Unterlagen und Daten (§ 48 Abs. 1 lit. a GesG in Verbindung mit den §§ 3–6 VBOB und § 6 der Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [VZOK] vom 18. Juni 2025 [SAR 301.114]).

Die zu erlassende Massnahme muss grundsätzlich der Schwere der Pflichtverletzung entsprechen. Zudem muss sie im Sinn der Verhältnismässigkeit geeignet, erforderlich und zumutbar sein. Schliesslich ist auf ein vernünftiges Verhältnis zwischen dem mit der Massnahme angestrebten Ziel im öffentlichen Interesse und dem damit verbundenen Eingriff in die privaten Rechte der betroffenen ambulanten Organisationen oder Betriebe zu achten.

Im Vergleich mit den umliegenden Kantonen erweist sich eine maximale Busse von Fr. 50'000.– als gut mit der Praxis vereinbar. Die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich kennen beispielsweise eine Busse in Höhe von Fr. 50'000.–.<sup>40</sup> Der Kanton Basel-Landschaft setzt die Obergrenze bei gewerbmässigem Handeln auf Fr. 100'000.– fest. In anderen Fällen sieht der Kanton Basel-Landschaft eine Busse ohne Angabe der maximalen Höhe vor.<sup>41</sup>

Ein neuer § 26a GesG soll eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für Sanktionen (Verwarnung, Busse) bei Widerhandlungen gegen die Rechtsvorschriften für ambulante Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen sein.

<sup>40</sup> § 63 Abs. 1 GesG BS (SG 300.100), Art. 47 GesG BE (BSG 811.01), § 61 Abs. 1 GesG ZH (LS 810.1).

<sup>41</sup> § 82 Abs. 1 GesG BL (SGS 901).

## **Zu § 27a**

### **§ 27a Zulassungsverfahren (Abs. 1 geändert)**

<sup>1</sup> Wer als Leistungserbringer im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sein will, bedarf einer Zulassung des zuständigen Departements und untersteht dessen Aufsicht.

Rein redaktionelle Anpassung (vgl. Ziffer 3.5).

## **Zu § 27c**

### **§ 27c Zulassung von weiteren Leistungserbringern (neu)**

<sup>1</sup> Der Regierungsrat kann bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 55b KVG anordnen, dass kein Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. b–g und m KVG eine Tätigkeit zulasten der OKP neu aufnehmen kann.

Steigen in einem Kanton die jährlichen OKP-Kosten pro versicherte Person für Leistungen bestimmter Leistungserbringerkategorien (Art. 35 Abs. 2 lit. b–g und m KVG) stärker als im Schweizer Durchschnitt oder liegen sie über diesem Durchschnitt, kann der Kanton gemäss Art. 55b Abs. 1 KVG (Fassung vom 22. Dezember 2023) einen Zulassungsstopp verhängen und neue Tätigkeiten zulasten der OKP in dieser Kategorie untersagen. Gemäss Art. 55b Abs. 2 KVG können die Kantone die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1 bezeichnen.

Aufgrund der im Rahmen von EFAS (KVG-Änderung vom 22. Dezember 2023, Inkrafttreten voraussichtlich per 1. Januar 2028) durch den Bund erweiterte Steuerungsmöglichkeit kann der Kanton im Falle einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung im Sinne von Art. 55b KVG auch auf dem Gebiet der nichtärztlichen Leistungserbringer reagieren und die Zulassung einschränken. Für die Zulassungsbeschränkung gelten die Bestimmungen der Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung, die im Ingress bereits auf Art. 55b KVG verweist.

## **Zu § 28 Abs. 4<sup>bis</sup> und 4<sup>ter</sup>**

### **§ 28 Grundsätze (Abs. 4<sup>bis</sup> und 4<sup>ter</sup> neu)**

<sup>4bis</sup> Die Früherkennungsprogramme gemäss Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (Krebsregistrierungsgesetz, KRG) vom 18. März 2016<sup>FN</sup> übermitteln dem Krebsregister bis spätestens 31. Mai des Folgejahrs folgende Daten über Personen, die während eines Kalenderjahrs an einem Programm teilgenommen haben:

a) zur Person:

1. Name und Vorname,
2. Wohnadresse,
3. AHV-Nummer,
4. Geschlecht,
5. Geburtsdatum.

b) Datum der Früherkennungsuntersuchung.

<sup>4ter</sup> Das kantonale Krebsregister gibt den Früherkennungsprogrammen für die Qualitätssicherung folgende Daten bekannt:

a) zur Person:

1. Name und Vorname,
2. Wohnadresse,
3. AHV-Nummer,
4. Geschlecht,
5. Geburtsdatum,

b) zur Diagnose:

1. Datum,

2. Angabe der Haupt- und Nebendiagnosen nach der ICD<sup>FN</sup>.

c) Kontaktdaten der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

Gestützt auf Art. 118 Abs. 2 lit. b der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (SR 101) hat der Bundesgesetzgeber das KRG und die KRV erlassen. Mit den Erlassen sollen die nötigen Datengrundlagen geschaffen werden, um,

- die Entwicklung insbesondere von Krebskrankheiten zu beobachten,
- Präventions- und Früherkennungsmassnahmen zu erarbeiten, umzusetzen und deren Wirksamkeit zu überprüfen,
- die Versorgungs-, Diagnose- und Behandlungsqualität zu evaluieren und
- die Versorgungsplanung sowie die Forschung zu unterstützen.

Im KRG und KRV ist festgelegt, welche Daten wie und unter welchen Voraussetzungen im Bereich der Krebsregisterführung erhoben und weitergegeben werden dürfen (vgl. insbesondere Art. 3 und 4 sowie 25–30 KRG, Art. 12 und 28–30 KRV). Art. 13 KRG sieht vor, dass die kantonalen Krebsregister den Früherkennungsprogrammen die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten zusammen mit der Versichertennummer bekannt geben, sofern das kantonale Gesetz dies vorsieht und die Patientin oder der Patient am Früherkennungsprogramm teilgenommen hat. Die Kantone bestimmen dabei den Umfang und den genauen Inhalt der Daten, die für die Qualitätssicherung notwendig sind. Mit § 28 Abs. 4<sup>bis</sup> und 4<sup>ter</sup> wird diese kantonale gesetzliche Grundlage geschaffen.

Absatz 4<sup>bis</sup>: Damit das Krebsregister die Angaben zu den Intervall-Krebsfällen dem Früherkennungsprogramm bekannt geben kann, benötigt es die Identifikationsdaten und das Datum der Früherkennungsuntersuchung der am Früherkennungsprogramm teilnehmenden Personen.

Absatz 4<sup>ter</sup>: Das Krebsregister gleicht die Liste der teilnehmenden Personen mit den ihm gemeldeten Krebsfällen ab, verifiziert die Daten und identifiziert Krebsfälle, die nicht durch eine Früherkennungsuntersuchung im Programm gefunden wurden. Von diesen Intervall-Krebsfällen gibt das Krebsregister dem Früherkennungsprogramm die Identifikationsdaten der Person (Name und Vorname, Wohnadresse, AHV-Nummer, Geschlecht, Geburtsdatum), das Datum der Diagnose, Angabe der Haupt- und Nebendiagnosen nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) und die Kontaktdaten der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

## **Zu § 34 Abs. 2**

### **§ 34 Gesundheitsvorsorge (Abs. 2 neu)**

<sup>2</sup> Die kantonalen Ausgaben für die Gesundheitsförderung betragen ab 1. Oktober 2028 mindestens 0,24 % und ab 1. Januar 2032 mindestens 0,20 % des jährlich budgetierten Kantonsbeitrags gemäss Art. 60 KVG.

Gemäss dem neuen Absatz 2 von § 34 GesG soll der Kanton jährliche Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung vorsehen. Diese betragen einen gewissen Prozentsatz der jährlich budgetierten Kantonsausgaben gemäss Art. 60 KVG (Fassung vom 22. Dezember 2023, AS 2025 107 [EFAS]). Der Kanton beteiligt sich derzeit mit 55 % an den stationären OKP-Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2<sup>ter</sup> KVG. Mit Inkrafttreten von EFAS am 1. Januar 2028 beträgt die Kantonsbeteiligung 24,5 % an sämtlichen ambulanten und stationären OKP-Leistungen (ohne Leistungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege). Ab dem Jahr 2032 beträgt die Kantonsbeteiligung 26,9 % und gilt zudem für Pflegeleistungen (ambulante und stationäre OKP-Leistungen der Langzeitpflege). Damit der Einsatz finanzieller Mittel ab dem Jahr 2032 (mit Einschluss der Kantonsbeteiligung an Pflegeleistungen) gleichbleibt, ist der Prozentsatz ab diesem Zeitpunkt anzupassen (vgl. Ziffer 3.3.2 zu den Berechnungen der Prozentsätze).

---

<sup>FN</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Der Begriff "Gesundheitsförderung" umfasst verschiedene Massnahmen (Projekte, Angebote und Anlässe), die in der Regel im Rahmen der Schwerpunktprogramme (vgl. Ziffer 3.3.1) umgesetzt werden. Ziel ist es, einen gesunden Lebensstil in der gesamten Bevölkerung zu fördern. Dazu soll das Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Bewegung sowie für die Bedeutung der psychischen und sexuellen Gesundheit gestärkt werden. Im Kanton Aargau bestehen beispielsweise in folgenden Bereichen Massnahmen der Gesundheitsförderung:

- Organisation von Weiterbildungsangeboten und Veranstaltungen für Fachpersonen zu verschiedenen Themen (beispielsweise Forum Betriebliches Gesundheitsmanagement [BGM], Forum "gesund und zwäg i dä Schuel")
- Unterstützung von Angeboten für die Bevölkerung in den Gemeinden (beispielsweise offene Turnhallen, Active City, Referate zur Gesundheitsförderung im Alter)
- Unterstützung von Kindertagesstätten, Betrieben und Schulen rund um das Thema Gesundheitsförderung (beispielsweise Standortgespräche Forum BGM, Projekt Fourchette verte, Purzelbaum)
- Vernetzen von Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung (beispielsweise Netzwerk Psychische Gesundheit, Fachnetzwerk Familienstart)
- Verbreitung von Sensibilisierungsmaterialien und Empfehlungen zu verschiedenen Themen (beispielsweise Empfehlungen betreffend Ernährung oder Bewegung)
- Organisation von Aktionstagen oder Teilnahme an nationalen Kampagnen zu verschiedenen Themen (beispielsweise "Wie geht's dir?", Aktionstage Psychische Gesundheit)

## **Zu Kapitel 6<sup>bis</sup>**

### **6<sup>bis</sup>. Palliative Care**

Die Thematik Palliative Care lässt sich systematisch unter keinem der anderen Kapitel im Gesundheitsgesetz optimal einordnen. Die neue Bestimmung wird deshalb in einem neuen Kapitel 6<sup>bis</sup> mit dem Titel "Palliative Care" eingefügt.

## **Zu § 37a**

### **§ 37a Massnahmen (neu)**

<sup>1</sup> Der Kanton trifft in sämtlichen Gesundheitsbereichen Massnahmen der Palliative Care insbesondere hinsichtlich:

- a) medizinischer Versorgung,
- b) Pflegeversorgung,
- c) Beratung,
- d) Sensibilisierung und Information,
- e) Weiterbildung,
- f) Zusammenarbeit der Leistungserbringer.

<sup>2</sup> Das zuständige Departement kann dazu mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens zusammenarbeiten und mit ihnen Verträge abschliessen.

Neben der medizinischen Versorgung und der Pflegeversorgung sind in Absatz 1 die Handlungsfelder Beratung, Sensibilisierung und Information (Öffentlichkeitsarbeit und Anlaufstelle), Weiterbildung und Zusammenarbeit der Leistungserbringer als Bereiche der Palliative Care definiert, in denen Massnahmen zu ergreifen sind.

Als mögliche Massnahmen im Sinne von § 37a Abs. 1 GesG kommen dabei beispielsweise folgende in Frage: Im Bereich der medizinischen Versorgung könnte eine Massnahme sein, einen ärztlichen Hintergrunddienst (Bereitschaftsdienst bestehend aus Palliativmediziner/innen) zum ambulanten Palliativdienst (bestehend aus Pflegefachpersonen) bei den Spitälern mit Palliativbetten anzusiedeln. Im Bereich der Pflegeversorgung könnte das Ziel verfolgt werden, dass ein mobiler Palliativdienst auch

in grundversorgenden Pflegeheimen Leistungen erbringen kann, wenn es zu Situationen mit Bedarf einer spezialisierten Versorgung kommt. Eine mögliche Massnahme im Bereich der Beratung wäre eine zentrale Anlaufstelle, die betroffene Personen dem für sie passenden Versorgungssetting zuweist. Im Bereich der Sensibilisierung und Information könnten zielgruppenspezifische Angebote unterstützt werden, zum Beispiel für Personen mit Migrationshintergrund oder auch altersgerechte Informationsangebote für Kinder und Jugendliche. Im Bereich der Weiterbildung könnten spezifische Weiterbildungen speziell gefördert werden, falls es zu wenig Fachpersonal mit der entsprechenden Qualifikation geben würde. Im Bereich der Zusammenarbeit der Leistungserbringer könnten Angebote gefördert werden, die eine vernetzte Versorgungsstruktur und die multiprofessionelle Zusammenarbeit in den Versorgungsteams fördert.

Grundsätzlich erfolgt die Planung, die Finanzierung und auch die Qualitätssicherung über die Verträge mit den Leistungserbringern gemäss Absatz 2 und über die Reportingpflicht, die das zuständige Departement mit den Leistungserbringern in diesen Verträgen vereinbart.

Der neue § 37a GesG nennt bewusst zwei verschiedene Zuständigkeiten. Absatz 1 nennt als zuständige Behörde den Kanton, weil das Ergreifen von Massnahmen eine Grundaufgabe darstellt. Hier ist die generelle Zuständigkeit gemeint. Gemäss Absatz 2 ist das zuständige Departement dafür verantwortlich, mit den Leistungserbringern zusammenzuarbeiten und mit ihnen Verträge abzuschliessen. Es ist für den operativen Vollzug der Massnahmen und die konkrete Anwendung der Normvorgaben zuständig.

## **6. Auswirkungen**

### **6.1 Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton**

#### **6.1.1 Bewilligungen und Aufsicht**

Der konkrete Ressourcenbedarf für den Vollzug der Bewilligung und OKP-Zulassung, die Aufsicht und die entsprechend noch benötigte Rechtsetzung auf Verordnungsstufe ist derzeit nicht abschliessend abschätzbar und wird sich insbesondere aus den Vollzugserfahrungen nach Inkrafttreten der vorliegend erarbeiteten Rechtsgrundlagen ergeben. Der Ressourcenbedarf wird laufend evaluiert. Sollte sich ein zwingender und nachvollziehbarer Mehrbedarf anhand eines Kosten-Mengengerüsts ergeben, wird das Departement Gesundheit und Soziales diesen im Rahmen des AFP 2028–2031 beantragen.

#### **6.1.2 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung**

Die Kosten für die Spitalfinanzierung haben in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. Im Gegensatz dazu ist das Budget für die Gesundheitsförderung nicht in gleichem Masse gestiegen. Die Abteilung Gesundheit hat im Rahmen des AFP 2026–2029 erstmals die Ausgaben für die Leistungskosten nach KVG und dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (SR 831.20) mit EFAS budgetiert, jedoch das Budget für die Gesundheitsförderung nicht in gleicher Höhe angehoben. Um den kantonalen Mindestausgaben für Gesundheitsförderung ab dem Jahr 2028 gerecht zu werden, müssen im AFP 2028–2031 die zusätzlichen finanziellen Mittel entsprechend eingestellt werden. Für die Zukunft bedeutet dies, dass die Kosten für die Gesundheitsförderung stets an die Steigung des Kantonsbeitrags für ambulante und stationäre OKP-Leistungen anzupassen sind.

Tabelle 8: Gegenüberstellung der im AFP 2026–2029 eingestellten Mittel mit dem derzeitigen Mehrbedarf

| in Franken                                                | Bu 2026     | P 2027      | P 2028      | P 2029      | Total       |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aufgaben- und Finanzplan 2026–2029; Globalbudget (FB 150) | 1'857'000.– | 1'859'000.– | 1'861'000.– | 1'863'000.– | 7'440'000.– |
| Derzeitiger Finanzbedarf; Globalbudget (FB 150)           | 1'857'000.– | 1'859'000.– | 2'310'000.– | 2'410'000.– | 8'436'000.– |
| Abweichung; Globalbudget (FB 150)                         | 0.–         | 0.–         | 449'000.–   | 547'000.–   | 996'000.–   |

Anmerkung: (+) Aufwand/Verschlechterung; (-) Ertrag/Verbesserung

Die vorgeschlagenen Änderungen des Gesundheitsgesetzes treten voraussichtlich im Jahr 2028 in Kraft. Tabelle 8 zeigt die für die Gesundheitsförderung eingestellten Mittel im AFP 2026–2029 und den Mehrbedarf.<sup>42</sup> Der angepasste Finanzbedarf der Jahre 2028 und 2029 basiert auf den im AFP 2026–2029 ausgewiesenen Kantonsbeiträgen für die ambulanten und stationären OKP-Leistungen. Wie unter Ziffer 3.3.2 ausgeführt, soll der Aufwand für die Gesundheitsförderung mindestens 0,24 % dieser Kosten<sup>43</sup> betragen. Für den AFP 2028–2031 prüft das Departement Gesundheit und Soziales die Kompensation der durch die Änderung entstehenden Mehrbelastungen. Mit den allenfalls zusätzlich zur Verfügung stehenden Mitteln könnten ab dem Jahr 2029 neu Massnahmen für die erwachsene Bevölkerung umgesetzt werden. Diese Zielgruppe wird mit den derzeitigen Schwerpunktprogrammen noch zu wenig erreicht.

Aufgrund der steigenden Bevölkerungszahlen ist zudem davon auszugehen, dass auch die Beiträge der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz für die Zielgruppen Kinder und ältere Menschen ab dem Jahr 2029 ansteigen werden. Um denselben Betrag müsste dann auch der Kantonsbeitrag erhöht werden, um alle Gelder bei Gesundheitsförderung Schweiz in Anspruch nehmen zu können. Dies könnte mit den Mitteln abgedeckt werden, die durch die gesetzliche Grundlage zusätzlich zur Verfügung stehen.

## 6.2 Auswirkungen auf die Wirtschaft

### 6.2.1 Bewilligungen und Aufsicht

Zusammen mit den am 1. Juli 2025 eingeführten §§ 27a (Zulassungsverfahren) und 27b (Höchstzahlen bei der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten) strebt das Departement Gesundheit und Soziales durch die Erfassung der Bewilligungen und OKP-Zulassungen über die neue Software "Sirona" mittelfristig eine Dämpfung des Kostenwachstums für die bewilligungspflichtigen Gesundheitsberufe an. Durch wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich erbrachte Leistungen zulasten der OKP (Art. 32 Abs. 1 KVG) erwartet das Departement Gesundheit und Soziales positive Auswirkungen auf die Qualität der leistungserbringenden Berufsfelder gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. b–g und m KVG.

### 6.2.2 Datenaustausch zwischen Krebsregister und Früherkennungsprogrammen

Die hohe Qualität von Früherkennungsprogrammen kann eine effizientere Versorgung der Betroffenen und damit dämpfende Effekte auf die Gesundheitskosten haben.

<sup>42</sup> Der finanzielle Mehrbedarf im Zusammenhang mit erforderlichen Gesetzesänderungen ist grundsätzlich erst in den AFP aufzunehmen, wenn der Regierungsrat die Anhörungsvorlage verabschiedet hat, was vorliegend im August 2026 erfolgen soll. Demnach ist der Mehrbedarf im AFP 2028–2031 zu beantragen. Das Budgetjahr 2026 sowie das Planjahr 2027 sind deshalb nur der Vollständigkeit halber aufgeführt und sind beim Mehrbedarf nicht zu berücksichtigen.

<sup>43</sup> Diese betragen gemäss AFP 2026–2029 962,8 Millionen Franken für das Jahr 2028 und 1'005,6 Millionen Franken für das Jahr 2029.

### **6.2.3 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung**

Wie im Ziffer 3.3.1 ausgeführt, verursachen NCD rund 80 % der schweizerischen Gesundheitskosten. Gezielte Gesundheitsförderung trägt dazu bei, diese Kosten zu dämpfen. Indem sie die Krankheitslast von NCD verringert, reduziert sie Arbeitsausfälle und steigert gleichzeitig Produktivität und Wirtschaftskraft. Gesunde Menschen sind leistungsfähiger und motivierter. Die Chronifizierung psychischer Erkrankungen verursacht beispielsweise – neben dem persönlichen Leiden – erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Gründe dafür sind Erwerbsausfall sowie eine erschwerte (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Die Förderung der psychischen Gesundheit kann das Risiko chronischer Verläufe verhindern und somit langfristige Folgekosten für die Wirtschaft reduzieren.<sup>44</sup> Ein gesundheitsförderndes Umfeld erhöht zudem die Attraktivität eines Standorts für Unternehmen und Fachkräfte und kann so die Wirtschaftsentwicklung im Kanton Aargau positiv beeinflussen. Auch Übergewicht und Adipositas verursachen hohe wirtschaftliche Folgen: Gemäss dem McKinsey Global Institute betragen die weltweiten Folgekosten rund 2,0 Billionen US-Dollar pro Jahr, was 2,8 % des globalen Bruttoinlandprodukts entspricht. Etwa 70 % dieser Summe gehen auf den Verlust produktiver Lebensjahre zurück. In der genannten Schätzung zählen Übergewicht und Adipositas damit – zusammen mit Rauchen und bewaffneten Konflikten (je 2,1 Billionen Dollar) – zu den drei wichtigsten "global social burdens". Für die Schweiz berechneten SCHNEIDER und VENETZ die direkten und indirekten Kosten von übergewichts- und adipositasbedingten Erkrankungen im Jahr 2012 auf rund 8 Milliarden Franken.<sup>45</sup>

### **6.2.4 Palliative Care**

Palliative Care hilft, hohe Gesundheitskosten am Lebensende zu reduzieren, indem weniger Notfallaufenthalte und teure Intensivbehandlungen notwendig werden. Bei der Förderung von Angeboten im Bereich der ambulanten spezialisierten Palliative Care, wie etwa dem ärztlichen Hintergrunddienst zur Palliative Spitex, kommt es zu einer Verschiebung von teuren akutstationären Aufenthalten hin zu einer kosteneffektiven Pflege und Betreuung zu Hause oder in Pflegeheimen. Palliative Care-Angebote können zudem über die Entlastung von Angehörigen zu einem Produktivitätsgewinn beitragen, indem Arbeitsausfälle oder eine verminderte Arbeitsleistung reduziert werden können.

## **6.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft**

### **6.3.1 Datenaustausch zwischen Krebsregister und Früherkennungsprogrammen**

Durch Früherkennungsprogramme in hoher Qualität und die dadurch verbesserte Datengrundlage können Massnahmen erarbeitet und umgesetzt werden, die dazu beitragen, den Gesundheitszustand der Aargauer Bevölkerung zu verbessern (Prävention), Krebserkrankungen früher zu erkennen und gezielter zu behandeln sowie die Qualität in den Bereichen Diagnose und Behandlung weiterzuentwickeln.

### **6.3.2 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung**

Gesundheitsfördernde Massnahmen haben eine positive Auswirkung auf die Gesellschaft, indem sie zur Förderung und dem Erhalt der Lebensqualität beitragen. Besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden durch die Massnahmen der Gesundheitsförderung unterstützt, ihre Ressourcen zu stärken, was zu mehr sozialer Gerechtigkeit führt. Die Förderung und Verbesserung der psychischen Gesundheit ist eine effektive Massnahme zur Prävention von Suchterkrankungen und Gewalt. Gesundheitsförderung motiviert Menschen zudem dazu, ihre Lebensumwelt aktiv mitzugestalten und stärkt so die soziale Teilhabe und die Gemeinschaft.

### **6.3.3 Palliative Care**

Für die Aargauer Bevölkerung ist ein optimales und flächendeckendes Angebot an Palliative-Care-

---

<sup>44</sup> AMSTAD F. et al. (2022), Seite 71.

<sup>45</sup> SCHNEIDER, H., VENETZ, W. (2014): Cost of Obesity in Switzerland in 2012. Studie im Auftrag des BAG, Seite 8.

Leistungen von grosser Bedeutung, weil es das Verständnis eines würdevollen Sterbens fördert und mithilft, Sterben und Tod zu enttabuisieren. Zudem trägt ein ganzheitliches Palliative Care-Angebot dazu bei, beispielsweise anhand von Palliative Care-Netzwerken die Solidarität und Gemeinschaft zu stärken. Projekte der integrierten Versorgung im Bereich der Palliative Care tragen zusätzlich zu einem effizienteren Gesundheitssystem bei, indem zum Beispiel unnötige Hospitalisationen reduziert werden.

## **6.4 Auswirkungen auf die Umwelt und das Klima**

Im Hinblick auf die Umwelt und das Klima sind keine Auswirkungen zu erwarten.

## **6.5 Auswirkungen auf die Gemeinden**

### **6.5.1 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung**

Der Kanton unterstützt Gemeinden fachlich und finanziell bei der Planung, Konzeption und Durchführung von Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Der Kanton stellt den Gemeinden Fachwissen bereit und organisiert Weiterbildungen für Fachpersonen. Gemeinden profitieren ausserdem von kantonalen Netzwerken, die den Austausch und die gemeinsame Entwicklung von Projekten fördern.

### **6.5.2 Palliative Care**

Der Kanton kann Massnahmen im Bereich der Palliative Care überregional planen und koordinieren, wodurch eine bessere Effizienz und eine höhere Qualität möglich sind. Die Gemeinden profitieren von einem professionellen und homogenen Angebot in Bezug auf eine ganzheitliche Palliative Care.

## **6.6 Auswirkungen auf die Beziehungen zum Bund und zu anderen Kantonen**

### **6.6.1 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung**

Mit den Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention trägt der Kanton Aargau zur Umsetzung der nationalen NCD-Strategie und somit der nationalen gesundheitspolitischen Strategie "Gesundheit 2030" bei.

Die Mitarbeit in nationalen Fachkonferenzen, wie der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF), ermöglicht es dem Kanton, seine Interessen einzubringen und die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen mitzugestalten. Ein weiteres Gremium stellt die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) dar, das unter anderem die Früherkennungsprogramme thematisiert. Durch die interkantonale Zusammenarbeit kann der Kanton die Qualität und Wirksamkeit seiner Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention laufend verbessern.

### **6.6.2 Palliative Care**

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage über Palliative Care entspricht der Umsetzung der "Nationale Strategie Palliative Care" des Bundesamts für Gesundheit und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Deren Ziel ist, dass Bund und Kantone Palliative Care gemeinsam verankern und dass schwer kranke und sterbende Menschen somit eine ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care erhalten.

## **7. Wirkungsprüfung**

### **7.1 Bewilligungen und Aufsicht**

Die Sektion Bewilligungen und Aufsicht der Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales hat die vaka über die geplanten Gesetzesänderungen, die in § 4 Abs. 2 GesG, in § 25



Abs. 1 lit. c<sup>bis</sup> GesG, in § 26 Abs. 2<sup>bis</sup> und 2<sup>ter</sup> GesG und im neuen § 26a GesG geplant sind, vorinformiert. Am 19. Februar 2026 hat die Sektion Bewilligungen und Aufsicht diese Änderungen mit der vaka besprochen. Insbesondere zur Umsetzung der geplanten Normen in die Praxis und zu einer allfälligen Verordnungsregelung wird die Sektion Bewilligungen und Aufsicht mit der vaka in Kontakt treten. Die Sektion Bewilligungen und Aufsicht plant ausserdem, weitere Stakeholder in die Verordnungsgebung und den Umsetzungsprozess zu involvieren.

Gestützt auf die jährliche Berichterstattung über die erzielten Bewilligungen, OKP-Zulassungen und Aufsichtsergebnisse wird die Sektion Bewilligungen und Aufsicht die Wirkung der in § 4 Abs. 2, § 25 Abs. 1 lit. c<sup>bis</sup>, § 26 Abs. 2<sup>bis</sup> und 2<sup>ter</sup> und § 26a GesG eingeführten Massnahmen periodisch überprüfen, analysieren, beurteilen und anpassen.

## 7.2 Kantonale Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung

Die Programme der Gesundheitsförderung verfügen über ein eigenes Wirkungsmanagement. Das Departement Gesundheit und Soziales hat für jedes Programm ein Konzept, ein Wirkungsmodell sowie ein Evaluationskonzept erarbeitet. Weil die Umsetzung der Massnahmen teilweise durch externe Partnerorganisationen erfolgt, sind auch in den Verträgen mit den Leistungserbringern Wirkungsziele definiert, die über die Programmlaufzeit erreicht werden müssen. Weil ein grosser Anteil der Massnahmen in der Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz<sup>46</sup> enthalten ist, besteht bereits ein hohes Wirkungspotential. Die Überprüfung der Ziele erfolgt jährlich mittels standardisierter Jahresberichte durch die Partnerorganisationen. Nach Programmabschluss fasst das Departement Gesundheit und Soziales einen Evaluationsbericht, der die Ergebnisse aller Massnahmen abbildet. Zusätzlich erstellt Gesundheitsförderung Schweiz nationale Evaluationen<sup>47</sup> aller Programme in den Kantonen und weist deren Wirksamkeit aus.

## 7.3 Palliative Care

In Bezug auf den neuen § 37a GesG sieht das Departement Gesundheit und Soziales in erster Linie eine rein intern erstellte Wirkungsprüfung vor. Jeder abgeschlossene Vertrag beinhaltet zur vereinbarten Leistung die Erstellung eines Evaluationskonzepts und die Durchführung der darin skizzierten Evaluation. Mit den Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer sind zudem standardmässig jährliche Reportinggespräche vorgesehen, in denen die Wirkung der Massnahmen überwacht wird. Eine weitere Wirkungsprüfung findet bei den regelmässig stattfindenden Gesprächen mit den Branchenverbänden statt, falls die jeweiligen Leistungserbringer zu einem solchen gehören.

## 8. Weiteres Vorgehen

|                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Anhörung                         | 21. August 2026 – 27. November 2026 |
| 1. Beratung Grosser Rat          | Juni 2027                           |
| 2. Beratung Grosser Rat          | März 2028                           |
| Referendumsfrist                 | 1. Mai 2028 – 31. Juli 2028         |
| Inkraftsetzung (voraussichtlich) | 1. Oktober 2028                     |

### Beilage

- Entwurf Synopse GesG

<sup>46</sup> [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch) > [Orientierungsliste KAP](#) (zuletzt eingesehen am 23. April 2026).

<sup>47</sup> [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch) > Kantonale Aktionsprogramme > Evaluation und Monitoring > [Evaluation der Programme](#) (zuletzt eingesehen am 23. April 2026).