

21. August 2026

FRAGEBOGEN ZUR ANHÖRUNG

Umsetzung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2030; Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009; Änderung (Paket 1)

Fragen zur Anhörung

Frage 1:

Das Gesundheitsgesetz soll neu im geänderten § 4 Abs. 2 präzisieren, dass Personen, die ihre Tätigkeit in einer stationären Einrichtung ausüben, nur eine Berufsausübungsbewilligung benötigen, sofern sie in leitender Funktion tätig sind. Damit werden die bundesrechtlichen Bestimmungen umgesetzt und die bisher etablierte Praxis im Kanton Aargau normiert (vgl. Kapitel 3.1.1 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der Regelung der Bewilligungspflicht für stationär tätige Personen einverstanden (§ 4 Abs. 2 GesG)?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☒ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☐ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Die vaka ist mit der vorgeschlagenen Regelung im Grundsatz einverstanden. Die Ausgestaltung erscheint uns pragmatisch. Die Unterscheidung zwischen Einrichtungen mit bis zu 300 Betten und solchen mit mehr als 300 Betten wurde in Zusammenarbeit mit der vaka ausgearbeitet und berücksichtigt die unterschiedlichen betrieblichen Führungsstrukturen.

Für die vaka ist zentral, dass keine zusätzlichen bürokratische Hürden aufgebaut werden und die fachliche Eigenverantwortung im Sinne der Bewilligungspflicht auf die obersten weisungsbefugten Führungsebenen der jeweiligen Berufsgruppe beschränkt bleibt. Massgebend sind die tatsächliche fachliche Führungsverantwortung und die entsprechenden Weisungsbefugnisse.

Daraus darf keine pauschale Ausweitung der Bewilligungspflicht auf nachgeordnete Stations-, Team- oder Gruppenleitungen abgeleitet werden. Bei Stellvertretungen ist ebenfalls auf die tatsächlich übertragene fachliche Führungsverantwortung abzustellen.

In diesem Verständnis akzeptiert die vaka die Bestimmung. Dieses Verständnis ist auch bei der Konkretisierung und im Vollzug konsequent zugrunde zu legen.

Ergänzend fordert die vaka, ein vergleichbares Bewilligungsregime auch für ambulante Standorte zu ermöglichen. Analog zu den stationären Standorten soll die Berufsausübungsbewilligungspflicht bei entsprechend geführten ambulanten Einheiten auf die oberste fachlich verantwortliche und weisungsbefugte Führungsebene beschränkt werden.

Spitäler müssen aus unterschiedlichen Gründen ihr Fachpersonal flexibel an stationären und ambulanten Standorten einsetzen können, ohne dass allein der Wechsel des Einsatzorts jeweils eine zusätzliche Berufsausübungsbewilligung erfordert. Die fachliche Aufsicht und die erforderlichen Qualifikationen sind an jedem Standort sicherzustellen. So können vorhandene Personalressourcen bedarfsgerecht genutzt, die Folgen des Fachkräftemangels gemildert und die Versorgungssicherheit verbessert werden.

Frage 2:

Das Gesundheitsgesetz soll neu in § 25 Abs. 1 lit. cbis eine Bewilligungspflicht für Organisationen und Betriebe vorsehen, die von einer stationären Einrichtung betrieben werden. Die neue Norm verweist dafür auf Organisationen und Betriebe gemäss § 8b Abs. 5 Entwurf des Spitalgesetzes (SpiG) vom 25. Februar 2003 (SAR 331.200). Das Departement Gesundheit und Soziales erarbeitet derzeit die erste Botschaft zur Änderung des SpiG. Die Anhörung fand vom 26. Januar bis am 30. April 2026 statt. Damit wird die im Kanton Aargau bereits etablierte Praxis der Betriebsbewilligungspflicht normiert (vgl. Kapitel 3.1.2 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der Regelung der Betriebsbewilligungspflicht für Organisationen und Betriebe in einem neuen § 25 Abs. 1 lit. cbis GesG einverstanden?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☐ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☒ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Die vaka lehnt die Regelung in der vorliegenden Ausgestaltung entschieden ab. Betriebsbewilligungen gehören an Rechtseinheit des Betreibers und die rechtliche Einheit der Unternehmung ist für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Auflagen zuständig. Die vaka verlangt daher ein Konzept mit Haupt- und Nebenstandorten. Organisatorisch, fachlich und personell integrierte Nebenstandorte müssen weiterhin über die ZSR-Nummer des Hauptstandorts abrechnen können und dürfen keine zusätzliche eigene OKP-Zulassung benötigen. Eine blossere Vereinfachung der Betriebsbewilligung genügt dafür nicht.

Als Beispiel aus einer anderen Branche kann die FINMA herangezogen werden, die Betriebsbewilligungen nicht an einzelne Bankfilialen, sondern an das jeweilige Mutterhaus verteilt. Bewilligung sind in Analogie in jedem Falle an die Rechtseinheit der Unternehmung und nicht an geographische Betriebsstätten zu binden.

Das Kurzgutachten von Vischer vom 28. April 2026 zeigt einen erheblichen kantonalen Gestaltungsspielraum bei der gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung auf. Die vaka beantragt deshalb eine abgestimmte Regelung in GesG und SpiG: Gemeinsame Konzepte und Nachweise werden am Hauptstandort geprüft. Am Nebenstandort werden die standortspezifischen Voraussetzungen und die tatsächliche Einbindung überprüft. Qualität, Patientensicherheit und Verantwortlichkeiten müssen an jedem Standort sichergestellt sein.

Als Kriterien eignen sich eine gemeinsame Führung, Weisungsbefugnisse, gemeinsame Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben sowie eine abgestimmte Personalorganisation. Vergleichbare Vereinfachungen sollen auch anderen ambulanten Organisationen mit entsprechend integrierten Standorten offenstehen.

Eine Verselbstständigung der Nebenstandorte bei Zulassung und Abrechnung bläht den

administrativen Aufwand erheblich auf. Sie kann separate Tarifverhandlungen und eigene Kostenrechnungen je Standort auslösen, obwohl die Leistungen innerhalb eines integrierten Betriebs erbracht werden. Die vaka verlangt deshalb, dass das Standortkonzept die gemeinsame Abrechnung sowie die Einbindung in die Tarifverträge und Kostenrechnung des Hauptstandorts ermöglicht. Erforderliche standortbezogene Nachweise müssen innerhalb dieser gemeinsamen Strukturen erbracht werden können.

Betriebsbewilligung, OKP-Zulassung und ZSR-Abrechnung sind rechtlich aufeinander abzustimmen. Nach dem Vischer-Gutachten können externe Ambulatorien bei hinreichendem sachlichem Bezug zu den stationären Spitalstrukturen unter die OKP-Zulassung des Spitals fallen. Die vaka verlangt, diesen Spielraum anhand der tatsächlichen Integration zu nutzen. Eine räumliche Trennung allein darf nicht ausschlaggebend sein. Die gemeinsame ZSR-Abrechnung ist dabei ausdrücklich sicherzustellen; sie folgt nicht automatisch aus einer vereinfachten Betriebsbewilligung.

Im Grundsatz sind modernen Formen der Medizin zu ermöglichen:

- Die Verknüpfung der Bewilligungsvoraussetzung von Standort und Berufsstand bewirkt, dass der Einsatz von modernen Formen der Medien wie Telemedizin/Telepharmazie/Hospital @ Home, etc. unnötig begrenzt werden. Beispielsweise erhält eine Apotheke nur eine Betriebsbewilligung, wenn jederzeit ein dipl. Apotheker physisch vor Ort ist.
- Der Wechsel zum Prinzip der Rechtseinheit als Empfänger der Bewilligung ermöglicht den Einsatz moderner Medien (Telemedizin, Tele-pharmazie, Hospital @ Home, etc.): Nur wenn statt der Einzel-Standort die Rechtseinheit als Bewilligungsnehmer gilt, ist bspw. möglich, dass ein Dipl. Apotheker oder Arzt an einem Aussenstandort via Telemedizin eine Diagnose / Therapieanweisung erteilt, ohne physisch vor Ort zu sein.
- Dieses Vorgehen erspart insgesamt Kosten, ohne die Qualität der Versorgung zu mindern.

Die Bewilligungen sind aus den oben aufgeführten Gründen generell und prinzipiell nicht mehr an Einzelstandorte in Verknüpfung mit Berufsbewilligungen (bspw. Arzt, Apotheker) sondern an die Rechtseinheit, welche die Gesundheitseinrichtung betreibt, zu erteilen.

Antrag auf Neufassung des Paragraphen:

«Die gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung wird an die Rechtseinheit der Unternehmung erteilt, die sie betreibt. Die Gesundheitseinrichtungen verantworten die Einhaltung der damit verbundenen Auflagen an all ihren Standorten.»

Frage 3:

Der Entzug der Betriebsbewilligung infolge fehlender (oder nicht mehr erfüllter) Bewilligungsvoraussetzungen, wegen Verstößen gegen Auflagen und Bedingungen sowie aufgrund von Verletzungen gesetzlicher Bestimmungen soll in den neuen Absätzen 2bis, 2ter und 2quater des § 26 GesG normiert werden. Die Norm ist entsprechend den Regelungen bezüglich Bewilligungsentzug im SpiG und Pflegegesetz (PflG) vom 26. Juni 2007 (SAR 301.200) ausgestaltet (vgl. Kapitel 3.1.3 Anhörungsbericht). Der Bewilligungsentzug ist von der Sanktion nach dem neuen § 26a GesG abzugrenzen (siehe Frage 4).

Sind Sie mit der Einführung einer expliziten Norm (§ 26 Abs. 2bis, 2ter und 2quater GesG) zum Bewilligungsentzug von ambulanten Organisationen und Betrieben einverstanden?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☐ eher einverstanden
- ☒ eher dagegen
- ☐ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Eine klare gesetzliche Grundlage für den Entzug einer Betriebsbewilligung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Der Entzug ist vor allem dann zu prüfen, wenn die Patientensicherheit gefährdet ist. Der Eingriff muss auf das zur Wiederherstellung eines rechtmässigen und sicheren Betriebs notwendige Mass beschränkt bleiben.

Die Formulierung von Absatz 2ter ist zu präzisieren. Nicht jede Verletzung einer beliebigen gesetzlichen Bestimmung rechtfertigt einen Bewilligungsentzug. Der Verstoss muss für die Bewilligung oder den sicheren Betrieb relevant sein. Schwere, Dauer und Behebbarkeit des Mangels sind zu berücksichtigen.

Vor einem Entzug sind mildere Massnahmen zu prüfen. Dazu zählen eine gezielte Auflage, eine Einschränkung betroffener Tätigkeiten oder ein vorübergehender Teilentzug, soweit rechtlich und betrieblich möglich. Die vorgesehene Verwarnung mit angemessener Verbesserungsfrist unterstützen wir. Ein Abweichen davon muss insbesondere bei dringlicher Gefährdung nachvollziehbar begründet werden.

Der Entzug ist von einer Busse nach § 26a abzugrenzen. Schutzmassnahmen können auch ohne schuldhaftes Verhalten notwendig sein. Sie dürfen jedoch nicht zur zusätzlichen Bestrafung eingesetzt werden.

Bei Einschränkungen oder Schliessungen sind die Folgen für laufende Behandlungen und die Anschlussversorgung einzubeziehen. Erforderliche Sofortmassnahmen zum Patientenschutz dürfen dadurch nicht verzögert werden. Die Verfahrensrechte der betroffenen Organisation sind zu gewährleisten.

Frage 4:

In einem neuen § 26a GesG sollen Sanktionen für ambulant tätige Organisationen und Betriebe vorgesehen werden (Verwarnung oder Busse bis Fr. 50'000.-). Die Bestimmung ist der neuen Sanktionsnorm in § 8c SpiG entsprechend ausgestaltet (vgl. Kapitel 3.1.4 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der Einführung von Sanktionen für Organisationen und Betriebe in einem neuen § 26a GesG einverstanden?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☐ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☒ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Die vaka lehnt den vorgeschlagenen Wortlaut ab. Die allgemeine Bezugnahme auf die Verletzung einer Pflicht nach Bundes- oder kantonalem Recht ist zu weit und löst einen grossen administrativen Aufwand aus mit Personalressourcen von Seite Kanton und Leistungserbringern. Der Bericht nennt auch versäumte oder unvollständige Datenlieferungen. Rein administrative Versäumnisse ohne gravierende Gefährdung der Patientensicherheit dürfen keine Busse auslösen.

Wir sind bereit, eine klar eingegrenzte Sanktionsregelung mitzutragen. Bussen dürfen nur zulässig sein, wenn die Patientensicherheit durch einen zurechenbaren, schuldhaften Verstoss in gravierender Weise gefährdet wurde. Diese Voraussetzung ist ausdrücklich im Gesetz zu verankern. Die sanktionierbaren Pflichten müssen hinreichend bestimmt sein. Bei geringfügigen und behebbaren

Administrativmängeln ist eine Korrektur mit angemessener Frist zu verlangen. Auch eine Wiederholung solcher Mängel rechtfertigt ohne gravierende Patientengefährdung keine Busse.

Das Gesetz muss die wesentlichen Bemessungskriterien festhalten. Dazu gehören Schwere und Dauer des Verstosses, Verschulden, Wiederholung und wirtschaftliche Verhältnisse. Verantwortlichkeit und Zurechnung bei Organisationen sowie das Verhältnis zu weiteren Straf- oder Aufsichtsmaßnahmen sind zu klären. Dringliche Massnahmen zur Abwehr von Patientengefährdungen bleiben vorbehalten.

Der Höchstbetrag von CHF 50'000 ist nicht der einzige Massstab für Verhältnismässigkeit. Entscheidend sind präzise Voraussetzungen und ein abgestufter Vollzug. Eine bloss tiefere Obergrenze behebt die Unbestimmtheit nicht.

Frage 5:

Das Gesundheitsgesetz soll mit einem neuen § 27c die Kompetenz des Regierungsrats vorsehen, bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 55b KVG einen Zulassungsstopp für Leistungserbringer gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b–g und m KVG anzuordnen. Die Bestimmung ergänzt den bereits in Kraft getretenen § 27b Abs. 4 GesG, wonach der Regierungsrat einen Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte vorsehen kann (vgl. Kapitel 3.1.5 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der Regelung eines möglichen Zulassungsstopps weiterer Leistungserbringer einverstanden (§ 27c GesG)?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☐ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☒ völlig dagegen
- ☐ keine Angabe

Bemerkungen:

Die vaka lehnt die vorgeschlagene Erweiterung des Zulassungsstopps auf weitere Berufe und Leistungserbringer ab. Der Kanton Aargau würde eine Planwirtschaft betreiben und dadurch sowohl den administrativen Aufwand als auch die Meldepflichten erheblich erhöhen. Für die im Bericht genannten Fachpersonen und Organisationen müssten fachliche Ausrichtung und Tätigkeitsvolumen erfasst und überwacht werden, ähnlich wie bereits bei der ambulant tätigen Ärzteschaft. Diese zusätzlichen Aufgaben binden Personalressourcen, die für die Versorgung benötigt werden.

Überdurchschnittliche Kosten oder Kostensteigerungen belegen für sich allein keine Überversorgung. Sie können auch auf Versorgungsbedarf, Tarifänderungen oder die erwünschte Verlagerung aus dem stationären Bereich zurückgehen. Kostenwachstum darf deshalb nicht als einziges Kriterium für eine Einschränkung des Angebots herangezogen werden. Regionale Unterschiede, Fachbereiche, Wartezeiten, Erreichbarkeit und notwendige Anschlussangebote sind einzubeziehen.

Fachkräftemangel und demografische Entwicklung gefährden die flächendeckende Versorgung. Der Kanton muss seine Politik auf diese Situation ausrichten und vorrangig unterversorgte Fachgebiete fördern. Wir beantragen einen ergänzenden gesetzlichen Auftrag, wonach der Kanton im Rahmen seiner Zuständigkeiten bestehende und drohende Versorgungslücken ermittelt und geeignete Massnahmen zu deren Behebung trifft.

Dazu gehören die Erleichterung notwendiger Angebote, die dringende Förderung von Kooperationen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge mit geregelter Finanzierung. Bestehende Gemeindeaufgaben sind klar abzugrenzen. Die betroffenen Leistungserbringer und Verbände sind

einzu beziehen. Für die Versorgungsbeurteilung sind bestehende Daten vorrangig zu nutzen und zusätzliche Meldepflichten auf das notwendige Minimum zu beschränken.

Der Auftrag zur Bekämpfung von Unterversorgung soll eine eigenständige gesetzliche Grundlage erhalten, soweit er über Art. 55b KVG hinausgeht. Art. 55b wird damit nicht als Finanzierungsgrundlage behandelt.

Frage 6:

In § 28 GesG sind zwei neue Abschnitte vorgesehen: Abs. 4bis soll die Übermittlung von Daten von Früherkennungsprogrammen an das Krebsregister normieren. Davon betroffen sind Daten über Personen, die während eines Kalenderjahres an einem Programm teilgenommen haben. Ein neuer Absatz 4ter soll jene Daten aufzählen, die das Krebsregister den Früherkennungsprogrammen zu Qualitätssicherungszwecken bekanntgeben darf (vgl. Kapitel 3.2 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit den Regelungen zum Datenaustausch zwischen Früherkennungsprogrammen und Krebsregister (§ 28 Abs. 4bis und 4ter GesG) einverstanden?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☒ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☐ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Ein gezielter Datenaustausch zur Qualitätssicherung von Früherkennungsprogrammen ist fachlich nachvollziehbar. Insbesondere die Erkennung von Intervallkarzinomen kann zur Beurteilung der Programmqualität beitragen. Die rechtliche Grundlage muss den Zweck und die zulässige Datenverwendung eng begrenzen.

Wir beantragen, in Absatz 4ter ausdrücklich festzuhalten, dass die Bekanntgabe ausschliesslich Personen betrifft, die am jeweiligen Früherkennungsprogramm teilgenommen haben. Der Umfang ist auf die für dessen Qualitätssicherung erforderlichen Daten zu beschränken. Haupt- und Nebendiagnosen sind nur insoweit einzubeziehen, als sie für diesen Zweck relevant sind. Die Notwendigkeit der einzelnen Identifikationsmerkmale und der ärztlichen Kontaktdaten ist darzulegen.

Die Identifikation für den Datenabgleich ist von der anschliessenden Auswertung zu trennen. Soweit der Zweck es zulässt, sollen Auswertungen mit pseudonymisierten oder anonymisierten Daten erfolgen. Zugriffsberechtigungen, sichere Übermittlung, Aufbewahrung, Löschung und die Wahrung der bundesrechtlichen Patientenrechte sind verbindlich zu regeln.

Die neuen Absätze betreffen den Austausch zwischen Programm und Krebsregister. Zusätzliche parallele Meldeprozesse für Spitäler oder andere Leistungserbringer sind zu vermeiden. Falls Schnittstellenanpassungen erforderlich werden, sind Aufwand, Verantwortlichkeiten und Finanzierung vorgängig festzulegen.

Die kritische Haltung der vaka zu umfassenden kantonalen Datenzugriffen in der SpiG-Revision bleibt bestehen. Hier liegt jedoch ein spezifischer Qualitätssicherungszweck mit einem besonderen bundesrechtlichen Rahmen vor. Eine pauschale Übertragung der damaligen Ablehnung wäre deshalb nicht sachgerecht.

Frage 7:

Das Gesundheitsgesetz soll mit der vorliegenden Änderung einen jährlichen kantonalen Mindestbeitrag für die Gesundheitsförderung festhalten (vgl. Kapitel 3.3 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der Regelung über den jährlichen Mindestbeitrag für die Gesundheitsförderung (§ 34 Abs. 2 GesG) einverstanden?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☒ völlig einverstanden
- ☐ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☐ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheiten sind wichtige Ziele. Die vorgeschlagene gesetzliche Bindung eines Mindestbudgets an die kantonalen OKP-Ausgaben bedarf jedoch einer gesonderten politischen Beurteilung.

Der Entwurf sieht ab 1. Oktober 2028 mindestens 0,24 % und ab 1. Januar 2032 mindestens 0,20 % des jährlich budgetierten Kantonsbeitrags nach Art. 60 KVG vor. Die unterschiedlichen Prozentsätze sind im Zusammenhang mit der veränderten Bemessungsgrundlage unter EFAS zu beurteilen. Der tiefere Satz ab 2032 bedeutet daher nicht automatisch eine Kürzung des absoluten Beitrags.

Für eine abschliessende Beurteilung erwarten wir transparente Angaben zu den anrechenbaren Ausgaben, den finanzierten Massnahmen und deren Wirkungszielen. Die Anwendung im Übergangsjahr 2028 und die Abgrenzung zu Drittmitteln sind zu erläutern. Ebenso ist darzulegen, wo allfällige Kompensationen im kantonalen Budget erfolgen sollen und welche Folgen dies für die Gesundheitsversorgung hat.

Die Mittel sollen nachvollziehbar nach Bedarf und Wirksamkeit eingesetzt werden. Zusätzliche Aufgaben für Leistungserbringer benötigen eine klare Vereinbarung und Finanzierung. Doppelspurigkeiten zu bestehenden Programmen sind zu vermeiden. Bestehende Angebote im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention sollen besser vernetzt und sichtbar gemacht werden (z.B. Zusammenarbeit mit Fachstellen der Gesundheitsförderung, Budget- und Schuldenberatung, etc.).

Frage 8:

Das Gesundheitsgesetz soll unter einem neuen Kapitel 6bis Regelungen im Bereich der Palliative Care festhalten. In einem neuen § 37a sollen jene Bereiche aufgezählt werden, in denen der Kanton Massnahmen der Palliative Care trifft (Absatz 1). Zudem wird das zuständige Departement in Absatz 2 zum Abschluss entsprechender Verträge ermächtigt (vgl. Kapitel 3.4 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der Einführung einer Palliative Care Norm unter eigenem Kapitel einverstanden (§ 37a GesG)?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☐ völlig einverstanden
- ☒ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen

- ☐ völlig dagegen
- ☐ keine Stellungnahme

Bemerkungen:

Die vaka unterstützt die ausdrückliche Verankerung von Palliative Care im Gesundheitsgesetz. Eine sektorenübergreifende Grundlage trägt dem Bedarf an koordinierter medizinischer, pflegerischer und weiterer Unterstützung Rechnung. Sie entspricht auch unserem Anliegen, gemeinwirtschaftliche Leistungen ausserhalb des stationären Spitalbereichs angemessen berücksichtigen zu können.

Der Auftrag muss mit klaren Zuständigkeiten verbunden werden. Die Aufgaben des Kantons, der Gemeinden und der Leistungserbringer sind aufeinander abzustimmen. Der neue § 37a ersetzt nicht ohne Weiteres die bestehenden pflegerechtlichen Aufgaben der Gemeinden.

Wir beantragen eine gesetzliche Ergänzung zur angemessenen Abgeltung zusätzlich vereinbarter Leistungen, soweit diese nicht bereits durch andere Vergütungen gedeckt sind. Dabei sind auch notwendige Bereitschaft, Koordination und Weiterbildung zu berücksichtigen. Mehrjährige Leistungsvereinbarungen zwischen Kanton und den Leistungserbringern sollen Aufgaben, Finanzierung, Qualität und eine verhältnismässige Berichterstattung festhalten.

Bestehende Angebote und Netzwerke sind einzubeziehen. Akutspitäler, Pflegeheime und Spitex sowie bei entsprechendem Bedarf Rehabilitation und Psychiatrie sollen nach ihrer jeweiligen Rolle beteiligt werden.

Die Berichterstattung ist auf notwendige Angaben zu begrenzen und soweit möglich mit bestehenden, aggregierten Daten zu erfüllen. Unnötige parallele Kontrollen sind zu vermeiden.

Schliesslich ist die Anschlussfinanzierung der bestehenden Angebote zu klären. Die im Bericht genannten Verpflichtungskredite enden 2026 beziehungsweise 2027. Die vorgesehene Gesetzesänderung darf nicht zu einem Unterbruch notwendiger Leistungen führen.

Frage 9:

§ 27a GesG soll in Absatz 1 eine rein redaktionelle Änderung erfahren, indem der Begriff "Leistungserbringer" an die im restlichen Gesetz verwendete Form angepasst wird (vgl. Kapitel 3.5 Anhörungsbericht).

Sind Sie mit der redaktionellen Anpassung von § 27a Abs. 1 GesG einverstanden?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- ☒ völlig einverstanden
- ☐ eher einverstanden
- ☐ eher dagegen
- ☐ völlig dagegen
- ☐ keine Angabe

Bemerkungen:

Die vaka hat gegen die einheitliche Verwendung des Begriffs «Leistungserbringer» in § 27a Abs. 1 keine Einwände. Wir verstehen die Änderung als rein redaktionell. Damit sind weder eine Ausweitung des Adressatenkreises noch zusätzliche Bewilligungs-, Aufsichts- oder Meldepflichten verbunden.

Schlussbemerkungen:

Die vaka setzt sich für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung ein. Neue Vorgaben müssen einen nachvollziehbaren Nutzen aufweisen und verhältnismässig umsetzbar sein. Der Vollzug soll bestehende Nachweise und Daten nutzen und zusätzliche administrative und bürokratische Belastungen begrenzen.

Die Revisionen von GesG, SpiG und Pflegegesetz sind aufeinander abzustimmen. Dies gilt insbesondere für die Standortdefinition, Bewilligungen, Aufsicht, Versorgungssicherheit und Finanzierung zusätzlicher Aufgaben. Widersprüchliche Anforderungen und mehrfach durchzuführende Verfahren sind zu vermeiden.

Wir verlangen den frühzeitigen Einbezug der betroffenen Leistungserbringer und Verbände in die Verordnungsgebung. Wesentliche Eingriffsvoraussetzungen, Zuständigkeiten und Finanzierungsgrundsätze gehören ins Gesetz. Die Verordnung soll den praxistauglichen Vollzug konkretisieren.