

# GESUNDHEIT BL 2030

## RAHMENKONZEPT



INHALT

1. Zusammenfassung ..... 3

2. Ausgangslage ..... 6

3. Absichten des Regierungsrats und Vorgehen ..... 13

4. Projekt Strategieüberprüfung KSBL..... 15

5. Projekt Evaluation Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR) ..... 22

6. Exkurs – Drei Fallbeispiele für Fehlwirkungen im Gesundheitssystem..... 25

7. Gesundheit BL 2030 ..... 27

8. Massnahmenprogramm..... 30

9. Exkurs – Gesundheitsversorgung heute und in der Zukunft ..... 38

A Übersicht der geprüften strategischen Varianten für das Kantonsspital Baselland ..... 40

IMPRESSUM

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL  
Bahnhofstrasse 5  
4410 Liestal

[www.GesundheitBL2030.ch](http://www.GesundheitBL2030.ch)



## «MAN KANN EIN PUZZLE NUR LÖSEN, WENN MAN DAS GANZE BILD VOR AUGEN HAT.»

Thomi Jourdan, Vorsteher der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

### LIEBE LESERIN, LIEBER LESER

Vor dem Hintergrund der Diskussion über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, der Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene, den regionalen Diskussionen zur Gesundheitsregion sowie den Herausforderungen für die Spitäler und damit auch für das Kantonsspital Baselland, hat der Regierungsrat eine umfangreiche Auslegeordnung und Analyse zur Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Landschaft und einzelner Themenfelder vorgenommen.

Im Dialog mit Akteuren der Gesundheitsversorgung und -politik wurden die Analyseergebnisse und Erkenntnisse diskutiert, hinterfragt und justiert.

Anlässlich meiner 100 Tage im Amt sowie mit den «Fünf Punkten für die Gesundheitsversorgung» im Juni 2024 konnten erste Erkenntnisse und Stossrichtungen gegenüber der Öffentlichkeit kommuniziert werden. Nachfolgend galt es die kantonalen

Gestaltungspotentiale zu identifizieren und die Eckpfeiler für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung in unserem Kanton zu definieren. Das daraus entstandene Zielbild wiederum bildet die Grundlage für ein Massnahmenprogramm.

Mit «Gesundheit BL 2030» legt der Regierungsrat zusammengefasst die Analyseergebnisse, die daraus abgeleiteten Handlungsgrundsätze und Stossrichtungen, das Zielbild sowie ein ganzes Bündel an konkreten Vorhaben vor. Damit richtet er die Gesundheitsversorgung unseres Kantons für die Zukunft aus.

Ich freue mich, mit «Gesundheit BL 2030» den Startpunkt für einen Entwicklungsprozess zu setzen, und das nächste Kapitel für die Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Landschaft aufzuschlagen.

# 1. ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030» beschreibt der Regierungsrat Basel-Landschaft, wie sich das kantonale Gesundheitssystem im nächsten Jahrzehnt weiterentwickeln und welche Schritte die kantonale Politik dafür gehen soll.

Die zentralen Prinzipien des Gesundheitssystems Basel-Landschaft in der Zukunft sind auf einen Blick:

- die **Ambulantisierung** als oberstes Versorgungsprinzip,
- die engmaschige und digital unterstützte **Vernetzung** der Leistungserbringer als vorherrschendes Zusammenarbeitsmodell und
- die differenzierte, aufeinander **abgestimmte Ausgestaltung von Versorgungsmix und Infrastruktur** auf dem Kantonsgebiet als primäres Investitionsprinzip.

Die konkreten Handlungsgrundsätze und Stossrichtungen für die kantonale Politik schliessen daran an:

- **Die Patientin, der Patient im Zentrum**  
Der wohnortsnahe Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt. Patientinnen und Patienten werden in den jeweils geeignetsten Infrastrukturen behandelt.
- **Gesundheit im Netzwerk**  
Die medizinische Versorgung geschieht als gemeinschaftliche sowie räumlich und inhaltlich gestufte Netzwerkaufgabe unterschiedlicher Leistungserbringer.
- **Digitalisierung als gemeinsame Aufgabe**  
Die netzwerkartige Gesundheitsversorgung wird begleitet von einer gemeinsamen Digitalisierungsstrategie mit dem Ziel einer zentralen, für alle Leistungserbringer durchgängig nutzbaren, gemeinsamen Datenplattform.
- **Ambulantisierung forcieren**  
Mit der Stärkung der Ambulantisierung werden unnötige stationäre Spitalaufenthalte vermieden. Dies stärkt die Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten und senkt die Gesundheitskosten.
- **Transparenz schaffen, Kostensenkungspotentiale nutzen**  
Ineffizienzen in der Leistungserbringung sind zu vermeiden, Kostensenkungspotentiale zu nutzen. Kostendifferenzen für gleiche Leistungen werden durch geeignete Anreizsysteme minimiert. Dies ermöglicht Kostentransparenz und Leistungsgerechtigkeit.

Für das Angebot stationärer Leistungen gibt es auch im zukünftigen Versorgungsnetz kantonal wie regional keine Alternative zum **Kantonsspital Baselland (KSBL)**, sowohl aus Sicht der Versorgung als auch der Prämiens- und Steuerzahlenden. Für die Weiterentwicklung des KSBL präsentiert das Rahmenkonzept zwei Varianten: eine Variante mit einer Weiterentwicklung an den bisherigen Standorten Liestal und Bruderholz sowie eine Variante mit einem neuen Spitalstandort auf der «grünen Wiese» im mittleren Baselbiet. Die notwendigen Mittel für die Sicherung und Weiterentwicklung liegen in der Grössenordnung von 150 Millionen Franken direkt und in einer Kreditsicherungsgarantie von rund 730 bis rund 870 Millionen Franken. Unabhängig von der Variantenwahl, die aus heutiger Sicht 2026 erfolgen kann, sind auf Seiten KSBL in den nächsten Jahren erhebliche Ergebnisverbesserungen notwendig.

Die dafür notwendigen Entscheide sind ein Teil des politischen Wegs für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Kanton. «Gesundheit BL 2030» präsentiert dazu ein **Massnahmenprogramm** auf inhaltlicher, organisatorischer und regulativer Ebene.

Eine wichtige Fragestellung ist die Zukunft der **Gemeinsamen Gesundheitsregion GGR**. Das vorliegende Rahmenkonzept beinhaltet das Mandat für die Weiterentwicklung des GGR-Regimes. Der Fokus liegt darauf, das vorhandene Kostensenkungspotential durch geeignete Anreizsysteme zu nutzen.

Die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems im Kanton Basel-Landschaft hat gleichzeitig das Potential für eine erweiterte Zusammenarbeit. Diese Kooperationsfähigkeit nach aussen und innen findet seine Entsprechung in der Art und Weise, wie der Kanton Basel-Landschaft den Weg, den das Rahmenkonzept aufzeigt, weitergehen möchte: gemeinsam und im **Dialog** mit den Akteuren des Gesundheitswesens.

## 2. AUSGANGSLAGE

Das Schweizer Gesundheitswesen besticht durch eine von allen Seiten anerkannte hohe Qualität und Zugänglichkeit, steht jedoch auch vor erheblichen Herausforderungen, wie ungenügende Digitalisierung, hoher Kostendruck, komplexes Finanzierungssystem, steigende Fachkräfteknappeheit sowie der hohen Anspruchshaltung von Leistungserbringenden und -beziehenden. Die steigenden Gesundheitskosten belasten sowohl die Bevölkerung durch höhere Krankenkassenprämien, die Kantone als auch das Gesundheitssystem selbst. Die übergeordneten Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig: der medizinische Fortschritt, eine zunehmend ältere Bevölkerung sowie höhere Ansprüche an die Gesundheitsversorgung sind ein Teil der Ursachen. Dazu leistet sich die Schweiz ein in Teilen ineffizientes Versorgungssystem, welches in einer – je nach Thematik – bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung der Bevölkerung resultiert.<sup>1</sup>

Eine der grössten Herausforderungen sind die hohen Hospitalisierungsraten, die sich daraus ergeben, dass in der Schweiz und in noch höherem Umfang im Kanton Basel-Landschaft, das Potential von stationär-ersetzenden Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft wird: Viele Behandlungen finden weiterhin stationär im Spital statt, obwohl diese in mindestens gleicher Qualität auch ambulant und damit kostengünstiger durchgeführt werden können. Verschärft wird die Ineffizienz für den Kanton Basel-Landschaft in all jenen Fällen zusätzlich, in denen stationäre Behandlungen der Grundversorgung unnötigerweise z. B. in einem teuren universitätsklinischen Setting erbracht werden.

Im Hinblick auf die Bestrebung, das Kostenwachstum zu dämpfen, gilt zu beachten, dass sich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in Zukunft aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen quantitativ und qualitativ noch stärker verändern wird – nicht zuletzt aufgrund der im Baselpbiet besonders starken Erhöhung der Anzahl hochaltriger Menschen in den kommenden 25 Jahren<sup>2</sup>, aber auch aufgrund neuer gesellschaftlicher Trends und der zunehmenden Individualisierung sowie der Vielfalt der Familien- und Lebensformen.

Gleichzeitig stehen den Herausforderungen grosse Chancen u. a. durch Fortschritte in der Medizin und Digitalisierung von Daten und Prozessen gegenüber. Hier sind insbesondere die Möglichkeit, medizinische Eingriffe vorzunehmen, ohne dass längere stationäre Aufenthalte notwendig sind und die bessere Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern zu nennen.

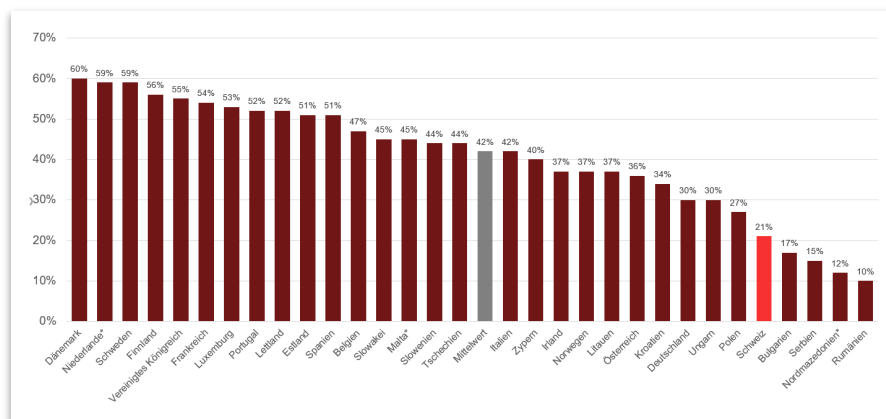


Abbildung 1: Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern, internationaler Vergleich (Quelle: OECD, 2022)

### 2.1. GESUNDHEITSKOSTEN SCHWEIZ

Die Gesundheitskosten in der Schweiz sind in den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen. Der durchschnittliche jährliche Anstieg der nominalen Gesundheitskosten pro Kopf liegt für die letzten zwanzig Jahre (2002–2022) bei 2,4%, der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt stieg im selben Zeitraum von 9,9% auf 11,7%.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Für den Kanton Basel-Landschaft geben die [Versorgungsplanungsberichte](https://chance-gesundheit.ch/de/heute) Hinweise hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Region. Siehe dazu: <https://chance-gesundheit.ch/de/heute>

<sup>2</sup> <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/finanz-und-kirchendirektion/daten-statistik/abteilung-statistik/schwerpunkt-demografie/altersprognose-bl>

<sup>3</sup> Bundesamt für Statistik BFS: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/31505220/master>

Diese Entwicklung schlägt sich in steigenden Krankenkassenprämien nieder und führt dazu, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben in den kantonalen Budgets zu Lasten anderer Aufgabengebiete stetig zunimmt.

## 2.2. DIE SCHWEIZER SPITÄLER

Gemäss Bundesverfassung sind die Kantone für die Gewährleistung und Steuerung der Gesundheitsversorgung zuständig. Dazu gehört auch die stationäre Versorgung durch die Spitäler.

Im spitalstationären Bereich sind die Kosten in den letzten Jahren zwar schweizweit nur um 1 bis 2 Prozent pro Jahr gestiegen, was unterhalb der jährlichen Gesamtwachstumsrate im Gesundheitswesen liegt. Durch den hohen Anteil der stationären Kosten an den Gesamtkosten (rund ein Drittel) hat jedoch jede Kostensteigerung in der stationären Versorgung erhebliche Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung.

Die Strukturbereinigung in der Spitallandschaft der letzten 20 Jahre führte zu einer Reduktion von 85 Spitälern und 6'000 Betten (-13.6%) bei gleichzeitigem Bevölkerungsanstieg in der Schweiz um 22%.

### 2.2.1. SPITALPLANUNG IN DER SCHWEIZ

Die Mehrfachrolle der Kantone als Planer, Regulatoren und Eigentümer ist durch Verfassung und Gesetze legitimiert. Der Rahmen hat sich mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), die 2009 in Kraft trat, stark verändert: Die dual-fixe Finanzierung der stationären Spitalleistungen durch die Kantone (mind. 55%) und die Krankenversicherer (max. 45%) wurde eingeführt, stationäre Spitalleistungen werden für private wie öffentliche Spitäler seit 2012 mittels leistungsbezogener Fallpauschalen gemäss einheitlicher Tarifstrukturen abgegolten, die kantonale Spitalplanung wurde an schweizweit einheitlichen bedarfsorientierten Kriterien ausgerichtet, und für die Versicherten wurde die erweiterte Spitalwahl bei ausserkantonalen Hospitalisationen ermöglicht (Patientenfreizügigkeit).

### 2.2.2. FINANZIELLE SITUATION DER SPITÄLER

In jüngster Vergangenheit mehrt sich die Zahl der Spitäler, die eine finanzielle Schieflage kommunizieren muss. Zwei Drittel aller Betriebe schlossen das Jahr 2023 mit einem Defizit ab. Gründe für die Entwicklung sind neben einem wahrnehmbaren Reformstau in für die Spitäler relevanten Themen (AVOS, Tardoc, etc.) die wachsenden Personalkosten aufgrund des sich akzentuierenden Fachkräftemangels, steigende Strom- und Lebensmittelkosten und schliesslich oftmals bestehende betriebliche Ineffizienzen sowie ein Investitionsstau mit entsprechenden Kostenfolgen. Demgegenüber fehlt es bei den Spitaltarifen an einem automatischen Ausgleich für die Teuerung. Hinzu kommt, dass viele Behandlungen sowohl stationär als auch spitalambulant nicht kostendeckend vergütet werden und die Tarife sich in den vergangenen Jahren im Vergleich zur Kostenentwicklung unterdurchschnittlich erhöht haben.

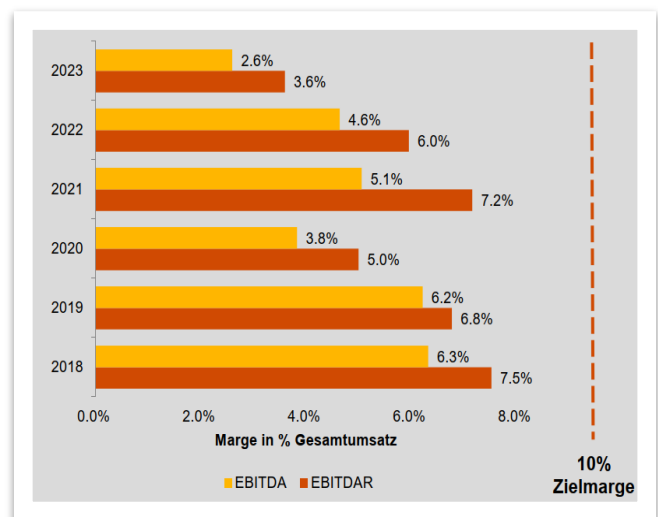


Abbildung 2: Entwicklung EBITDAR der Schweizer Spitäler  
(Quelle: PWC)

Spitäler der erweiterten Grundversorgung, resp. Zentrumsspitäler wie das Kantonsspital Baselland KSBL, stehen einer zusätzlichen finanziellen Herausforderung gegenüber, indem sie mit ihrem breiten Leistungsangebot eine nicht substituierbare Funktion für die wohnortsnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen und damit für die Gesundheitsversorgung systemrelevant sind.

Mittlerweile haben einzelne Kantone den Spitälern finanziell unter die Arme gegriffen, resp. sehen dies zeitnah vor. Dazu gehören unter anderen der Kanton Aargau mit 240 Millionen Franken für das Kantonsspital Aarau, der

Kanton Basel-Stadt mit 300 Millionen Franken für das Universitätsspital Basel oder der Kanton St. Gallen, der seine Spitäler mit 163 Millionen Franken unterstützt hat.

Diese Herausforderungen sind auch in der von PWC jährlich durchgeführten Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2023» zu erkennen: Sowohl die EBITDAR-Margen, die Entwicklung der Eigenkapitalquoten als auch das Verhältnis von Umsatz- zu Aufwandwachstum unterliegen bei den analysierten Akutspitälern einem negativen Trend.

Leistungserbringer, Versicherer und die Politik sind sich einig: In der Schweizer Spitallandschaft besteht erheblicher Handlungsbedarf. Dies gilt auch für den Kanton Basel-Landschaft. Die Reduktion der Spitaldichte ist in diesem Zusammenhang ein viel propagiertes Rezept. Eine planwirtschaftliche, «kalte» Strukturbereinigung würde aber, abgesehen von den Schwierigkeiten der Umsetzung, einen systemfremden Eingriff darstellen, der föderalistischen Prinzipien und dem politisch gewollten begrenzten Wettbewerb zuwiderläuft oder, wenn nur unilateral umgesetzt, u. a. das Risiko von Unterversorgung birgt.

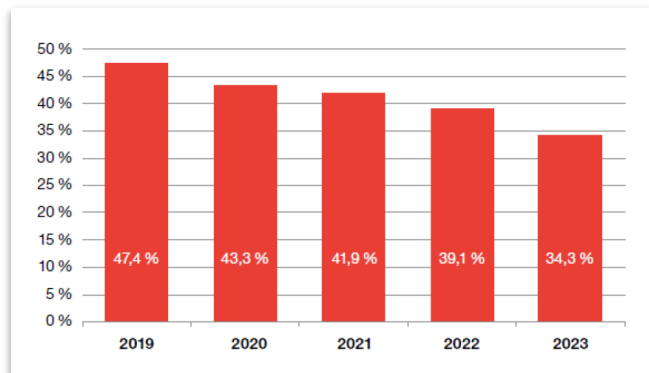


Abbildung 3: Entwicklung Eigenkapitalquote der Schweizer Spitäler (Quelle: PWC)

### 2.3. KANTONSSPITAL BASELAND (KSBL)

Als Reaktion auf die KVG-Revision mit den neuen Rahmenbedingungen gemäss Kapitel 2.2.1 wurden die Baselbieter Spitäler 2012 aus der Kantonsverwaltung ausgegliedert und im Kantonsspital Baselland KSBL zusammengeführt. Mit der Annahme der Revision des Spitalgesetzes durch das Baselbieter Stimmvolk wurde 2012 die Ausgliederung und Fusion der drei Spitäler Bruderholz, Laufen und Liestal beschlossen.

Die anfängliche Kapitalausstattung mit Dotationskapital war im Verhältnis zu den finanziellen Anforderungen und zum Investitionsbedarf eines Zentrums- und Akutspitals schon damals zu klein. Zusätzlich wurde das KSBL durch die Übertragung der Spitalimmobilien zum Buchwert, ein kantonales verzinsliches Darlehen und die Übertragung des Landes im Baurecht mit entsprechenden Baurechtszinsen strukturell belastet. Die Bewertung der Immobilien führte zu erhöhten Wertberichtigungs-, Abschreibungs- und Amortisationsanforderungen. Dies erschwerte die Eigenkapitalbildung und die nachhaltige Bilanzstärkung des KSBL. Hinzu kommt, dass bereits bei der Ausgliederung der drei Spitäler ein grosser Investitionsbedarf bestand.

2016 beauftragten die Regierungen von Basel-Landschaft und Basel-Stadt, die Fusion von KSBL und Universitätsspital Basel (USB) zu einer Spitalgruppe zu prüfen und vorzubereiten. Das Vorhaben scheiterte 2019 an der Urne: Während die Baselbieter für den Zusammenschluss plädierten und den Staatsvertrag annahmen, lehnte das baselstädtische Stimmvolk diesen ab. Noch im selben Jahr wurden mit der neuen Strategie «Fokus» die Profile der beiden stationären KSBL-Standorte Bruderholz (insbesondere Alter, Rehabilitation und Bewegungsapparat) und Liestal (erweiterte Grundversorgung) geschärft und der Entscheid gefällt, das Spital in Laufen in ein ambulantes Gesundheitszentrum mit 7/24-Notfall Walk-in zu transferieren. Der Kanton wandelte im November 2019 zudem die zwei Darlehen an das KSBL in der Höhe von knapp CHF 153 Mio. in Dotationskapital um.<sup>4</sup>

Trotz neuer Strategie mit zwei stationären Standorten und einem Gesundheitszentrum sowie der Stärkung des Dotationskapitals befindet sich das KSBL – wie beinahe alle Zentrumsspitäler der Schweiz – in einer schwierigen finanziellen Lage. 2023 resultierte ein Verlust von knapp 25 Mio. CHF. Auch für die kommenden Jahre bleibt die finanzielle Situation angespannt. Die Infrastrukturen sind trotz stetiger Unterhaltsinvestitionen

<sup>4</sup> <https://baselland.talus.ch/de/dokumente/geschaefte/4492144cc4f245fa8abb5be4130d42a3-332>

weiter in die Jahre gekommen, und es bestehen seit Jahrzehnten Sanierungs- und Ersatzinvestitionsabsichten und damit ein erheblicher Investitionsstau.

Das Leistungsprofil des KSBL umfasst heute knapp 23'000 stationäre Fälle, davon 56% Notfälle (Marktanteil für die Baselbieter Bevölkerung: 37%) und über 266'000 ambulante Kontakte pro Jahr.

## 2.4. BIKANTONALE ENTWICKLUNGEN BASEL-LANDSCHAFT, BASEL-STADT

Seit 2014 gilt bezüglich Zugänglichkeit zu Spitälern für die Bevölkerung des Baselbiets und des Kantons Basel-Stadt die sogenannte «volle Patientenfreizügigkeit». Das bedeutet, dass Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone alle Spitäler der beiden Spitallisten ohne zusätzliche Kostenfolge aufsuchen können. Diese Form der vollen Patientenfreizügigkeit ohne Notwendigkeit einer Zusatzversicherung ist schweizweit einmalig.

Während 2019 die geplante Fusion von KSBL und USB zu einer Spitalgruppe im Kanton Basel-Stadt abgelehnt wurde, stimmten zum gleichen Zeitpunkt beide Kantone für den Abschluss eines Staatsvertrags, in dem die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung festgehalten wurde.

Seit dem 1. Juli 2019 besteht so zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt Staatsvertrag über die Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR). Dieser bildet die verbindliche Grundlage für die gemeinsame Planung der Gesundheitsversorgung. Er definiert die Rahmenbedingungen im stationären und ambulanten Bereich und führt die dazu notwendigen Planungsinstrumente ein. Leistungsaufträge an öffentliche und private Spitäler werden unter diesem Regime aufgrund gleichlautender Spitallisten durch die beiden Kantone gemeinsam vergeben. Die Spitalliste Akutsomatik trat 2021 in Kraft. Im Jahr 2024 wurde auch die Spitalliste für die akutstationäre Psychiatrie erlassen. Die gleichlautenden Spitallisten im Bereich Rehabilitation treten zum 1. Januar 2025 in Kraft.

Wiederholte Anfragen (letztmals im Jahr 2024) an die Kantone Aargau, Solothurn und Jura, sich gesamthaft und verbindlich an der GGR zu beteiligen, wurden von allen abschlägig beantwortet.

## 2.5. POLITISCHE VORSTÖSSE

Die aktuelle Situation rund um das KSBL und die Entwicklung der Gesundheitskosten beschäftigen auch die kantonale Politik. So wurden in den letzten beiden Jahren mehrere Vorstösse mit Bezug zu diesen Themen eingegeben, so unter anderem:

| Vorstosnummer | Titel                                                                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MO 2023-494   | <u>Stopp dem Prämienanstieg – Gesamtstrategie mit Ausblick zur Kostensenkung</u>                          |
| PO 2023-498   | <u>Stopp den Prämienanstieg – Fiasco Spitalinfrastrukturen frühzeitig abwenden</u>                        |
| PO 2023-497   | <u>Stopp dem Prämienanstieg – ein integriertes Versorgungsmodell im GGR prüfen</u>                        |
| PO 2023-168   | <u>Neubeurteilung der (GGR) dringend notwendig</u>                                                        |
| PO 2023-308   | <u>Mit welchen Massnahmen kann der ungebremste Anstieg der Gesundheitskosten endlich gestoppt werden?</u> |
| PO 2023-312   | <u>Priorisierung im Gesundheitswesen</u>                                                                  |
| PO 2023-247   | <u>Kosten extrakantonale Patientenversorgung</u>                                                          |
| PO 2023-621   | <u>Eine verbindliche Kooperation der Spitäler der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt</u>            |

Inhaltlich zielen die Vorstösse darauf ab, die GGR und ihre Implikationen (Patientenfreizügigkeit, Versorgungsplanung, Kostendämpfung, Staatsvertrag) zu überprüfen, allfällige Ausstiegsszenarios aufzuzeigen sowie Massnahmen, welche das Wachstum der Gesundheitskosten dämpfen, auf Kantonsebene zu ergreifen oder sich auf Bundesebene dafür einzusetzen.

## 2.6. TRENDS UND ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

Verschiedene Trends und Entwicklungen bringen einen zusätzlichen Veränderungsdruck auf das Gesundheitswesen in der Schweiz mit sich, welcher auch die kantonale Versorgungsplanung beeinflussen muss.

### 2.6.1. STÄRKUNG DER (STATIONÄR-ERSETZENDEN) AMBULANTISIERUNG

Die Forcierung der stationär-eretzenden Leistungserbringung soll – wie in anderen europäischen Ländern – zu einem Transformationsprozess hin zu hybriden Strukturen anregen. Ambulante Behandlungen sind von Vorteil sowohl für die Patientinnen und Patienten (tiefere Infektionsgefahr als stationär im Spital, geringerer Rehabilitationsbedarf), die Leistungserbringer (geringerer Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen) als auch die Kostenträger Kanton und Prämienzahlende (kostengünstigere Versorgung). Bestehende Fehlanreize (nicht kostendeckende Tarife), nicht auf die ambulante Leistungserbringung ausgerichtete (Infra-) Strukturen im Spitalbereich, der im internationalen Vergleich tiefe Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen und die der Ambulantisierung entgegenlaufenden Anreize für Spitäler und Versicherer sind u. a. Gründe für einen im internationalen Vergleich immer noch signifikant tieferen Ambulantisierungsgrad im Schweizer Gesundheitswesen.

### 2.6.2. EINHEITLICHE FINANZIERUNG AMBULANT UND STATIONÄR (EFAS)

Die stationären Behandlungskosten werden aktuell mind. zu 55% von den Kantonen und zu max. 45% von den Krankenversicherungen getragen. Ambulante Kosten hingegen werden vollständig von den Krankenversicherern übernommen. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben sich nicht gleichlautende Interessen zwischen der Versorgungsplanung der Kantone, der Leistungserbringenden und der Versicherer. Zudem resultieren daraus Fehlanreize und letztlich eine Fehlallokation von Ressourcen. Deshalb wird eine einheitliche Finanzierung beider Leistungsarten vorgeschlagen, bei der sich die Kantone und die Versicherer im gleichen Umfang an den ambulanten und stationären Kosten beteiligen. Das Parlament hat im Dezember 2023 die entsprechende KVG-Änderung verabschiedet. Dagegen wurde aus Gewerkschaftskreisen das Referendum ergriffen. Die Volksabstimmung fand am 24. November 2024 statt. Die EFAS-Vorlage wurde mit einem Ja-Anteil von 53,3% angenommen (BL: 57,8% Ja).

### 2.6.3. DIGITALISIERUNG UND ELEKTRONISCHES PATIENTENDOSSIER (EPD)

Ein Ziel der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist es, eine nahtlose, vernetzte und patientenzentrierte Betreuung in der integrierten Versorgung zu ermöglichen. Dabei sollen alle Akteure – von Apotheken, Hausärztinnen und Hausärzten, über Spezialisten bis hin zu stationären Einrichtungen und Patientinnen und Patienten selbst – digital verbunden werden, um Informationen unter Berücksichtigung des Datenschutzes effizient auszutauschen. Diese Integration fördert die Kontinuität und die Qualität der Versorgung, minimiert Doppeluntersuchungen mit Kostenfolgen und erleichtert eine koordinierte Behandlung über Sektorengrenzen hinweg. So sollen Behandlungsqualität und Patientensicherheit verbessert, gleichzeitig aber auch die Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden.

Das Elektronische Patientendossiers (EPD), das seit 2021 schrittweise eingeführt wird, gehört in den Kontext der Digitalisierung. Es soll Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen den sicheren, ortsunabhängigen Zugriff auf medizinische Informationen wie Befunde, Medikationspläne und Röntgenbilder ermöglichen. Die Teilnahme am EPD ist für Patientinnen und Patienten freiwillig. Entsprechend ist die Nutzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) in der Schweiz noch begrenzt. Stand Ende Oktober 2024 wurden erst 76'795 Dossiers eröffnet.<sup>5</sup> Um die Infrastruktur zentraler und effizienter zu gestalten, arbeitet der Bundesrat an einer umfassenden Überarbeitung des EPD-Gesetzes, das neben der Einrichtung einer nationalen Plattform für den technischen Betrieb eine Opt-out-Lösung vorsieht, bei der alle versicherten Personen automatisch ein EPD erhalten, sofern sie nicht widersprechen.

Die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen hat ein grosses Potential, die Versorgung deutlich zu verbessern und gleichzeitig die Prozesskosten zu senken. Dennoch steht die Schweiz in dieser Hinsicht noch am Anfang, da viele digitale Ansätze bisher nur vereinzelt genutzt werden.

<sup>5</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/koordination/elektronisches-patientendossier/aktueller-stand>

#### 2.6.4. FACHKRÄFTEMANGEL

Der Fachkräftemangel im Schweizer Gesundheitswesen ist eine Herausforderung, welcher die Versorgungssicherheit gefährden kann. Neben den Pflegeberufen sind verschiedene ärztliche Fachbereiche und paramedizinische Berufe davon betroffen. Schätzungen gehen z.B. davon aus, dass bis im Jahr 2040 fast 40'000 Pflegekräfte und rund 5'500 Ärztinnen und Ärzte fehlen könnten.<sup>6</sup>

Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, braucht es umfassende Massnahmen. Die 2021 vom Schweizer Stimmvolk angenommene Pflegeinitiative verlangt, dass Bund und Kantone die Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung anerkennen und fördern. Bund und Kantone sollen sicherstellen, dass genügend diplomierte Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen. Als zentraler Teil der ersten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative ist per 1. Juli 2024 im Kanton Basel-Landschaft das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege<sup>7</sup> in Kraft getreten.<sup>8</sup>

Im ärztlichen Bereich leistet der Kanton Basel-Landschaft Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) an die Ausbildung im Spitalbereich. Hinzu kommen Beiträge für Ausbildungsplätze in der Hausarztmedizin.

### 2.7. GESELLSCHAFTLICHE ENTWICKLUNGEN

#### 2.7.1. DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG KANTON BASEL-LANDSCHAFT

Die Gesellschaft wird in den Industrieländern immer älter. Dieser Trend zeigt sich auch im Kanton Basel-Landschaft, wie der Bericht «Folgen des demografischen Wandels: Chancen-Risiko-Analyse und Massnahmenplan BL» von 2015 darlegt. Nebst der Alterung sind eine Bevölkerungszunahme sowie eine Veränderung der demografischen Zusammensetzung absehbar.

Der Anteil der Menschen im Alter 75+ im Kanton Basel-Landschaft wird von heute 12% auf rund 17% im Jahr 2043 erheblich steigen. In absoluten Zahlen ist der Anstieg noch bemerkenswerter: So wird die Zahl der Menschen im Alter 75+ im Kanton Basel-Landschaft um 18'000 (+56%) zunehmen.

Die Zunahme der älteren Bevölkerung wirkt sich auf das Gesundheitssystem aus. So haben ältere Menschen oft einen höheren Behandlungsbedarf und benötigen mehr sowie komplexere Pflege.

Die Entwicklung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt unterscheidet sich in dieser Hinsicht in den kommenden Jahren erheblich. So fällt im Kanton Basel-Stadt der Anstieg der Menschen im Alter 75+ bis 2043 deutlich kleiner aus (von

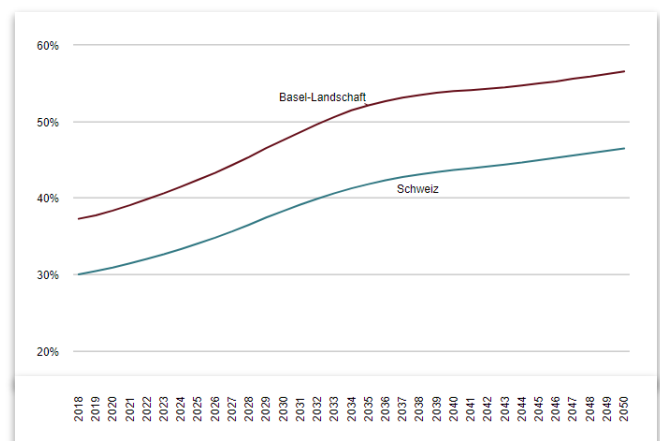


Abbildung 4: Vergleich der über 65-Jährigen im Kanton BL und der Schweiz (Quelle: [www.statistik.bl.ch](http://www.statistik.bl.ch))

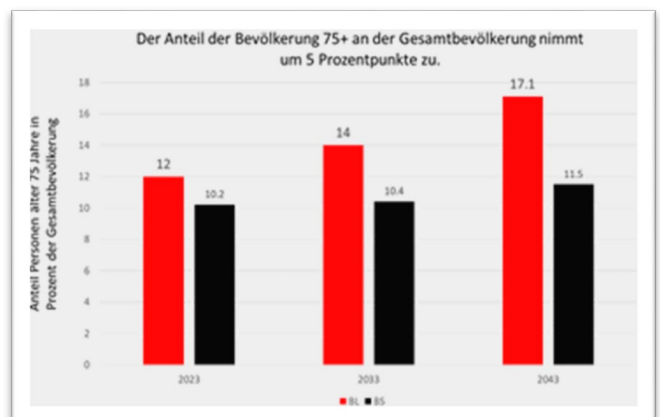


Abbildung 5: Anstieg über 75-Jährige BL/BS

<sup>6</sup> [Neue Spitalstudie: Inflation, Fachkräftemangel, starre Tarife – tückische Kombination für Schweizer Spitäler](#)

<sup>7</sup> [SGS 915](#)

<sup>8</sup> <https://www.baselland.ch/resolveuid/43f7dfa28fb54eb79d96bc1fd6fdc9ff> <https://www.baselland.ch/resolveuid/43f7dfa28fb54eb79d96bc1fd6fdc9ff>

10.2% auf 11.5%; +5'000 Personen, bzw. 23%). Die Gesundheitsstrategie des Kantons Basel-Landschaft muss hinsichtlich der Ausrichtung der Versorgung auf die Zielgruppe der Hochaltrigen andere und weitergehende Ansätze wählen, als dies möglicherweise in einem städtischen Kontext der Fall ist.

#### 2.7.2. 24-STUNDEN-GESELLSCHAFT

Der Trend hin zur 24-Stunden-Gesellschaft äussert sich in verschiedenen Bereichen. Durch die Individualisierung, aber auch dank technologischer Entwicklungen und der Vernetzung werden die Grenzen zwischen den Tageszeiten schwammig. Damit einher gehen Bedürfnisse nach jederzeitiger Verfügbarkeit von Dienstleistungen. Dies zeigt sich auch im Wunsch nach längeren Ladenöffnungszeiten oder einer durchgehenden Verfügbarkeit des öffentlichen Verkehrs.

Die 24-Stunden-Gesellschaft hat auch direkte Auswirkungen auf das Gesundheitssystem: Gesundheitsdienstleistungen werden zunehmend zu einem Gut, dessen jederzeitige Verfügbarkeit erwartet wird. Strategische Überlegungen müssen diese Tatsache berücksichtigen und Möglichkeiten schaffen, damit medizinische Grundversorgung auch ausserhalb der Tageszeiten nicht nur in zentralen, hochinstallierten Spitalstrukturen, sondern möglichst wohnortsnah und niederschwellig geschehen kann.

#### 2.7.3. FLEXIBILISIERUNG, INDIVIDUALISIERUNG

Während es vor 30 Jahren Usus war, dass tendenziell nur ein Familienmitglied berufstätig war, arbeiten heute oft beide. Dadurch steigt das Bedürfnis nach Flexibilität, da sich durch die erhöhte Erwerbstätigkeit die Ansprüche und die zeitlichen Verfügbarkeiten ändern.

Gleichzeitig rückt durch gesellschaftliche, politische und technologische Veränderungen das Individuum zunehmend in den Mittelpunkt des Selbstbildes. Der Wunsch nach Selbstbestimmung und Freiheit gewinnt an Relevanz. Traditionelle Normen und kollektive Strukturen verlieren an Bedeutung, während Flexibilität und individuelle Entscheidungsfreiheit zunehmen.

Flexibilisierung und Individualisierung wirken sich sowohl auf die Arbeitgeber im Gesundheitsbereich als auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus.

#### 2.7.4. GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN

Gesundheit wird vermehrt zum Konsumgut und Lifestyle-Thema. Darunter fällt ein gesamtheitliches Verständnis von Gesundheit mit einem Fokus auf Prävention. Ernährung und Sport werden wichtiger. Zusätzlich werden die mentale Gesundheit sowie eine Personalisierung des Angebots zu einem grösseren Bedürfnis der Menschen.

### 3. ABSICHTEN DES REGIERUNGSRATS UND VORGEHEN

Aufgrund der Vielfalt und Komplexität der Herausforderungen ist es essenziell, in der Gesundheitspolitik des Kantons, basierend auf der im Kapitel 2 dargelegten Ausgangslage, eine vorausschauende Gesamt- und Um-sicht einzunehmen: So kann zum Beispiel die Strategie des KSBL nicht unabhängig von den Rahmenbedin-gungen eines Versorgungsregimes und des zunehmenden Kostendrucks betrachtet werden. Die unternehme-rische Sicht auf Infrastrukturvorhaben muss dem angestrebten Mix an medizinischer Versorgung dienen. In-novative Versorgungsmodelle stellen wiederum andere Anforderungen an den Infrastrukturbedarf, an die Form der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern oder die Gestaltung von finanziellen Anreizen durch die Kostenträger.

#### 3.1. LANGFRISTPLANUNG DES REGIERUNGSRATS 2023–2032

Bereits in seiner Langfristplanung 2023–2032 hat der Regierungsrat seine Vision für das Gesundheitswesen zum Ausdruck gebracht.

«Der Regierungsrat will

- die optimierte Gesundheitsversorgung im ambulanten, intermediären und stationären Bereich weiter vorantreiben und auch mittels innovativer Projekte die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern.
- den Anstieg der Gesundheitskosten im stationären wie auch im ambulanten Bereich durch regional koordinierte Massnahmen dämpfen.
- mit mehreren Kantonen gemeinsame Gesundheitsregionen bilden und kantonsübergreifende Schwerpunkte setzen.
- mit der bikantonalen Umsetzung von Art. 117b BV gemeinsam mit dem Kanton Basel-Stadt dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenwirken.
- der Zusammenarbeit mit Gemeinden, Nachbarkantonen, Verbänden sowie privaten und öffentlichen Institutionen zur bestmöglichen horizontalen und vertikalen Integration des Gesundheitssystems einen hohen Stellenwert zumessen.
- den Megatrend der Digitalisierung und den damit verbundenen medizinisch-technischen Fortschritt im Gesundheitsbereich, der sowohl die Behandlungen als auch die Zugänglichkeit zu Leistungen und Daten beeinflusst, rechtzeitig nutzen, steuern und fördern.
- die zur Erreichung der Ziele nötigen gesetzlichen Rahmenbedingungen nutzen bzw. gestalten und wo sinnvoll als Pilotregion eine schweizweite Pionierrolle einnehmen.
- zum verstärkten Aufbau einer integrierten Versorgung innovative Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Versorgungsangebote ermöglichen.»<sup>9</sup>

#### 3.2. ZWEI PROJEKTE

Aus der Überzeugung, dass die Herausforderungen integral bearbeitet werden müssen, und mit der Absicht, die Abhängigkeiten zwischen Unternehmens-, Eigner- und Versorgersicht in zeitlicher und organisatorischer Sicht zu berücksichtigen, sowie in Einklang mit den Zielsetzungen der Langfristplanung, definierte der Regierungsrat Anfang 2024 zwei Projekte:

- Strategieüberprüfung KSBL (siehe Kapitel 4)
- Evaluation der Umsetzung der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) (siehe Kapitel 5)

#### 3.3. ORGANISATION MIT INTEGRALEM PROJEKTVERSTÄNDNIS

Für sämtliche Projektarbeiten wurde ein inhaltlich, strukturell und prozessual integraler Ansatz gewählt. Das heisst: Neben der Zusammenführung der Eigner- und der Versorgersicht auf Ebene der Volkswirtschafts- und

<sup>9</sup> <https://baselland.talus.ch/de/dokumente/geschaefit/fe819496511e48d79df7e58f95d6f6de-332>, S.31

Gesundheitsdirektion (VGD) fand auch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen der strategischen Führung KSBL und dem Kanton Basel-Landschaft als Eigner statt; namentlich mit der federführenden VGD wie auch der thematisch involvierten Finanz- und Kirchendirektion (FKD), der Bau- und Umweltschutzdirektion (BUD) sowie dem Rechtsdienst Regierungsrat/Landrat. Mit dieser Vorgehensweise wurde sichergestellt, dass allfällige Abhängigkeiten zwischen den beiden Projekten «Strategieüberprüfung KSBL» und «Evaluation Umsetzung GGR» und zu bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf konkrete Massnahmen frühzeitig antizipiert werden.

Die Ergebnisse aus den beiden Projekten münden in strategische Handlungsgrundsätze und Stossrichtungen (Kapitel 7.2), aus welchen konkreten Massnahmen abgeleitet werden (Kapitel 8), die als einzelne Arbeitspakete weiterbearbeitet werden. Dies soll im Austausch mit den zuständigen parlamentarischen Kommissionen sowie im Rahmen der «Dialogplattform Gesundheit» mit Vertretungen aus Institutionen, Leistungserbringern, Verbänden und Organisationen erfolgen.

## 4. PROJEKT STRATEGIEÜBERPRÜFUNG KSBL

In Reaktion auf das ungenügende Betriebsergebnis und die Erkenntnis, dass das KSBL unter den heutigen Rahmenbedingungen sowie der aktuellen Strategie nicht in der Lage sein wird, die notwendigen Investitionen aus dem laufenden Betrieb zu finanzieren, gab der Regierungsrat im Januar 2024 das Projekt «Strategieüberprüfung KSBL» in Auftrag.

Das Projekt richtet sich nach den Vorgaben von HERMES und teilt sich in die Phasen Initialisierung (Variantenentscheid), Konzept (konkrete Ausgestaltung der gewählten Variante), Realisierung (rechtliche Grundlage schaffen inklusive Finanzierungsbeschlüsse) und Einführung. Nachfolgend wird der aktuelle Stand der Initialisierungsphase abgebildet.

Die Federführung für das Projekt liegt bei der VGD. In der Initialisierungsphase wurde in enger Zusammenarbeit mit der strategischen Führung (Verwaltungsrat) sowie dem obersten Management (CEO, CFO, COO) des KSBL über neun Monate gearbeitet. Die FGD für die Finanzierungsthemen, die BUD für Aspekte rund um Raumplanung und Arealentwicklung sowie der Rechtsdienst Regierungsrat/Landrat wurden situativ beigezogen. Die externe Begleitung erfolgte durch das Beratungsunternehmen CYLAD.

| Rolle in der Projektorganisation | Funktionen / Namen                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auftraggeber                     | Regierungsrat                                                                                                                                                                             |
| Projektausschuss                 | RR Thomi Jourdan (Vorsitz)<br>Jürg Sommer, Leiter AfG<br>Olivier Kungler, Generalsekretär VGD<br>Barbara Staehelin, VRP KSBL<br>Philipp Hammel, Vize-VRP KSBL<br>Flavio Casanova, VR KSBL |
| Projektleitung                   | Olivier Kungler                                                                                                                                                                           |
| Kern-Projektteam                 | Jürg Sommer, Leiter AfG<br>Tobias Lüscher, Bet.controlling VGD<br>Michael Steiner, Leiter Abt. Spitäler AfG<br>GL-Mitglieder KSBL (CEO, COO, stv. COO, CFO)                               |
| Ext. Projektunterstützung        | CYLAD                                                                                                                                                                                     |
| Verwaltungsinterne Unterstützung | Hochbauamt, Amt für Raumplanung (BUD)<br>Finanzverwaltung (FKD)<br>Rechtsdienst von Regierungsrat und Landrat (RDRL)                                                                      |

Abbildung 6: Projektorganisation Strategieüberprüfung KSBL

### 4.1. VORGEHEN

In einem ersten Schritt definierte der Regierungsrat Auflagen an die Prüfung der aktuellen und an die Ausarbeitung neuer strategischer Varianten.

#### 4.1.1. AUFLAGEN AUS VERSORGUNGSSICHT AN DIE STRATEGIEÜBERPRÜFUNG KSBL

In §1 des Spitalversorgungsgesetzes des Kantons (SGS 931<sup>10</sup>) verpflichtet sich der Kanton zu einer bedarfsgerechten Spitalversorgung für die Einwohnerinnen und Einwohner. Die Versorgungsplanung hat als Auflage zu ermitteln, welche stationären Versorgungsangebote notwendig sind, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dazu werden die Medizinische Statistik (Datenjahr 2021 und 2022) in Hinblick auf die Herkunft der Patientinnen und Patienten auf Ebene der Gemeinden nach Spitalplanungsleistungssystematik als auch hinsichtlich Notfallbehandlung oder Nichtnotfallbehandlung ausgewertet (siehe Abbildung 7). Die Analysen kamen zum Ergebnis, dass für den mittleren und oberen Kantonsteil ein Spitalstandort geboten ist. Dabei werden die Kapazitäten vorhandener Spitalstandorte in der GGR

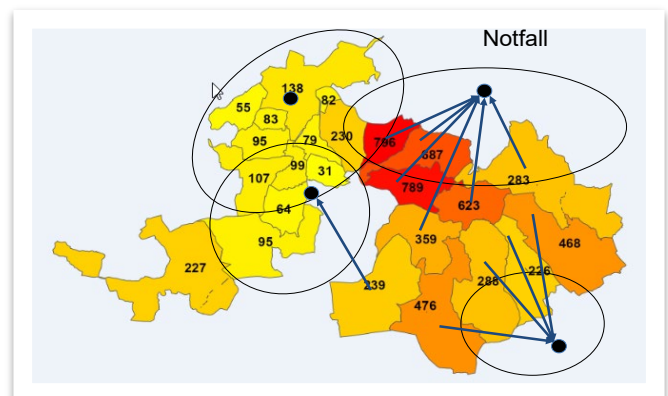


Abbildung 7: Anzahl Patienten, welche im KSBL-Standort Liestal 2022 als Notfälle stationär behandelt werden inkl. Ausweichoption (15 km Strassennetz-Radius)

<sup>10</sup> [https://bl.clex.ch/app/de/texts\\_of\\_law/931](https://bl.clex.ch/app/de/texts_of_law/931)

und in den Nachbarkantonen sowohl in Hinblick auf das vorhandene Leistungsspektrum als auch die Notfallkapazitäten berücksichtigt. Patientenstromanalysen und Modellierungen von möglichen Versorgungsoptionen führen dazu, dass von Seiten der Versorgungsplanung folgende Auflagen definiert wurden:

- Die stationäre akutsomatische und rehabilitative Versorgung sowie die ambulante Versorgung der bisher spitalambulant erbrachten Fälle im unteren Kantonsteil sind wohnortsnah und gemäss GGR-Bedarfsprognose (inkl. IPS) sichergestellt. Die Einhaltung dieser Auflage ist zwingend (= rote Linie).
- Die medizinische Versorgung im mittleren und oberen Kantonsteil wird durch einen Spitalstandort inkl. Notfall sowie stationärer und spitalambulanter Grundversorgung sichergestellt. Die Einhaltung dieser Auflage ist zwingend (= rote Linie).
- Das Kostenwachstum im Spitalbereich inkl. Abteilungen für GWL wird gedämpft.
- Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird durch integrierte Versorgungsmodelle optimiert (medizinisch indiziertes Verlagerungspotential wird aufgezeigt).

#### 4.1.2. AUFLAGEN AUS EIGNERSICHT AN DIE STRATEGIEÜBERPRÜFUNG KSBL

Die in Kapitel 4.1.1 beschriebenen Auflagen aus Versorgungssicht an die Strategieüberprüfung KSBL beinhalten u. a. die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im mittleren und oberen Kantonsteil mittels eines Spitalstandorts im entsprechenden Gebiet. Zwei Drittel aller Notfälle aus dem mittleren und oberen Baselbiet werden am Standort Liestal des KSBL behandelt, das KSBL hat in Bezug auf alle Behandlungen der Baseltbieter Bevölkerung einen Marktanteil von 37%. Daraus ergibt sich die Versorgungs- und Systemrelevanz des KSBL für die Versorgung der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft.

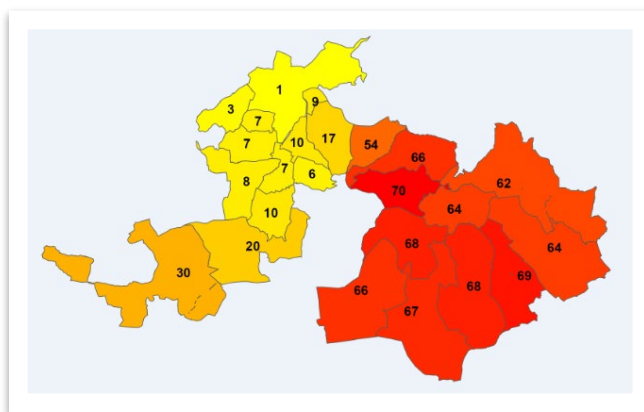


Abbildung 8: Anteil der Notfallpatientinnen und -patienten pro MedStat Region am KSBL Standort Liestal.

Diese Erkenntnisse führen dazu, dass aus Eignersicht folgende Auflagen definiert wurden:

- Die strategischen Varianten müssen ein nachhaltig finanzielles Gleichgewicht des KSBL ermöglichen.
- Ein allfällig notwendiger Einmal-Beitrag der öffentlichen Hand ist auszuweisen.

#### 4.1.3. BEWERTUNGSKRITERIEN

Der Regierungsrat beriet im Rahmen von vier Arbeitsphasen die erarbeiteten Varianten, wobei ab Phase 2 jede Variante die Beschreibung eines Zielbilds mit Leistungsübersicht, eine Transformationsbeschreibung zur Zielbilderreichung, die Definition der benötigten Infrastruktur inkl. Investitionsplanung in Bezug auf Kosten und Zeit, die Beschreibung der konkreten Bauprojekte sowie die Finanz- und Finanzierungsplanung beinhaltete.

Jede erarbeitete Strategie wurde anhand derselben Bewertungskriterien mit den Hauptkategorien medizinische Versorgung, Wettbewerbsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Timing / Umsetzung und Risiken evaluiert.

#### 4.2. ZWEI TRAGFÄHIGE STRATEGIE-VARIANTEN

Insgesamt neun Varianten sowie Subvarianten wurden durch die Projektorganisation einer Evaluation unterzogen. Am Ende verblieben zwei betrieblich tragfähige und aus Versorgungssicht funktionierende Varianten: «Fokus plus ambulant» und «Grüne Wiese». Diese wurden dem Regierungsrat als «empfohlen für die Weiterbearbeitung» beantragt und von diesem gutgeheissen. Sie sind nachfolgend in den Kapiteln 4.2.1 und 4.2.2 beschrieben. Alle weiteren geprüften Varianten sind im Anhang ab Seite 40 dargestellt.

Die Angebotsstrategie ist in beiden Varianten quasi identisch: Neben der konsequenten Umsetzung des vom Verwaltungsrat KSBL in Auftrag gegebenen Ergebnisverbesserungsprogramms für die Jahre 2024–2028, mit signifikanten Massnahmen zur Erreichung des nachhaltig finanziellen Gleichgewichts, wird in beiden Varianten die stationär-ersetzende Ambulantisierung (ambulant plus) des medizinischen Angebots beim KSBL forciert

und in verschiedenen Regionen des Kantons positioniert, mit dem Ziel, auch neue ambulante Leistungen (wie Hospital@Home) für Patientinnen und Patienten attraktiv und für das Unternehmen effizient zu gestalten. Beide Varianten sehen deshalb vorgelagerte ambulante Gesundheitszentren, resp. die Etablierung von Praxen in strategisch relevanten Fächern, vor und können z. B. auch als Basis für Hospital@Home-Teams dienen. Ebenso ist in beiden Varianten eine klare Entflechtung der ambulanten von den stationären Eingriffen vorgesehen.

Die relevante Unterscheidung ergibt sich letztlich aus der Standortfrage (ein Spitalstandort oder zwei, jeweils mit unterschiedlicher Anzahl an vorgelagerten ambulanten Praxen resp. Gesundheitszentren).

Die verschiedenen Initiativen in Bezug auf die Ambulantisierung sind in beiden Varianten seitens Kantons so auszugestalten, dass für alle Anbieter gleiche Bedingungen bestehen. Ebenso sind verschiedene Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Leistungserbringern anzustreben.

#### 4.2.1. STRATEGIE «FOKUS PLUS AMBULANT»

Zielbild: Erweiterte Grundversorgung über zwei Spitalstandorte mit forcierter Ambulantisierung und Umsetzung des Effizienzsteigerungsprogramms: Das KSBL erbringt als erweiterter Grundversorger umfassende stationäre und ambulante Leistungen. Stationäre Leistungen werden an den zwei bestehenden Standorten Liestal und Bruderholz erbracht.

Am Standort Liestal werden die definierten Zentren Universitäre Innere Medizin, Bauch, Herz, Gefäss & Thorax, Neurologie und Onkologie & Hämatologie betrieben. Die Spezialkliniken HNO, Gynäkologie und Urologie vervollständigen das medizinische Angebot. Am Standort Bruderholz liegt der Schwerpunkt des Leistungsangebotes auf dem Zentrum Altersmedizin & Rehabilitation sowie auf dem Zentrum Bewegungsapparat. Beide Standorte betreiben eine IPS und Notfallstation.

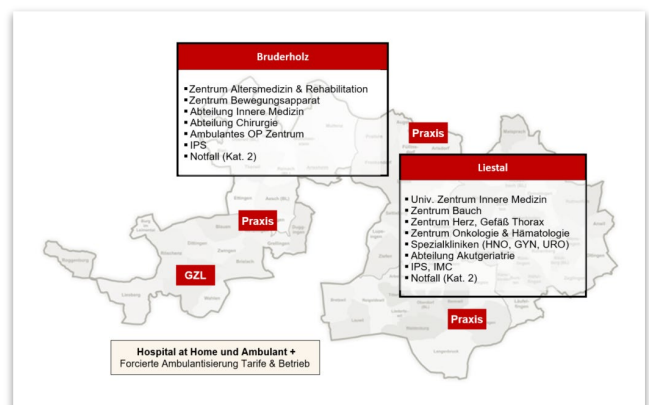


Abbildung 9: Zielbild Strategie «Fokus plus ambulant»

Die stationären Standorte werden ergänzt durch das bestehende ambulante Gesundheitszentrum in Laufen sowie einen Kranz von neuen Praxen. Die Praxen werden gezielt in strategisch relevanten Fächern etabliert und können auch als Basis für Hospital@Home dienen.

Die stationär-ersetzende Ambulantisierung des medizinischen Angebots wird forciert, mit dem Ziel, auch neue ambulante Leistungen für Patientinnen und Patienten attraktiv und effizient zu gestalten.

#### 4.2.2. STRATEGIE «GRÜNE WIESE»

Zielbild: Erweiterte Grundversorgung über einen Spitalstandort mit forcierter Ambulantisierung inkl. Gesundheitszentren und Umsetzung des Effizienzsteigerungsprogramms: Das KSBL erbringt als erweiterter Grundversorger umfassende stationäre und ambulante Leistungen.

Das KSBL bietet ab 2035 das vollständige stationäre Leistungsangebot an einem Standort in einem Neubau auf der «grünen Wiese» an. Die Spitalstandorte Liestal und Bruderholz werden 2035 geschlossen. Doppelspurigkeiten in den Vorhalteleistungen wie IPS und Notfall können abgebaut werden.

Der zentrale Spitalstandort wird ergänzt durch einen Kranz von vorgelagerten wohnortsnahen ambulanten Gesundheitszentren, um eine optimale Versorgungsstruktur für das Ober- und Unterbaselbiet zu garantieren. Die Gesundheitszentren bieten ein breites Spektrum an Gesundheitsdienstleistungen wie auch Walk-In Notfälle an.

Die stationär-ersetzende Ambulantisierung vom medizinischen Angebot wird forciert, mit dem Ziel, auch neue ambulante Leistungen für Patientinnen und Patienten attraktiv und effizient zu gestalten.

Der zentrale Standort muss aus Versorgungssicht (rote Linien) und mit Blick auf die Patientenströme im mittleren Baselbiet liegen. Nur so können die Grundversorgung und die Notfall-Leistung für das mittlere und obere Baselbiet gewährleistet sowie das notwendige Einzugsgebiet gesichert werden.

Im Gegensatz zur Variante «Fokus plus ambulant», welche an den bisherigen Standorten Liestal und Bruderholz umgesetzt werden kann, braucht es für die Variante «Grüne Wiese» einen neuen Standort. Die in der Zwischenzeit gestartete Standortevaluation erfolgt unter folgenden Prämissen:

1. Flächenbedarf (Fussabdruck / Grundstücksfläche) von mind. 45'000 m<sup>2</sup>
2. öV-mässig gute Erschliessung, gute Lösung für Parkierung
3. Annahme: Inbetriebnahme +/- 2035
4. Kanton muss nicht Eigentümer des Areals sein

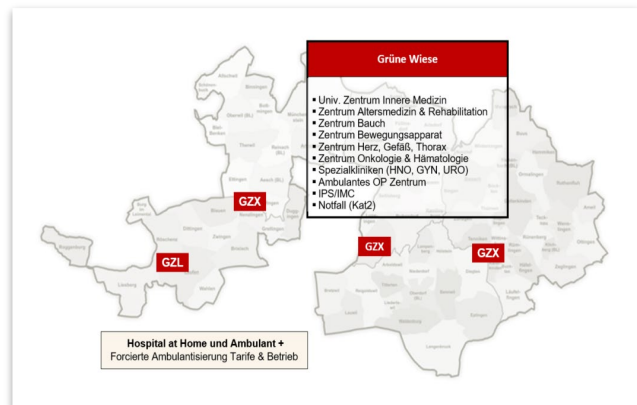


Abbildung 10: Zielbild Strategie «Grüne Wiese»

#### 4.3. FINANZIERUNG

Die Umsetzung des geplanten Ergebnisverbesserungsprogramms im KSBL in den kommenden Jahren ist der entscheidende Faktor für einen nachhaltig wirtschaftlichen Betrieb und die Erreichung eines positiven Eigenkapitalwerts. Der Kanton sieht vor, sein finanzielles Engagement auf das Notwendigste zu beschränken, ganz im Sinne eines subsidiären Finanzierers.

Allerdings zeigen die Modellrechnungen, dass das KSBL aufgrund seiner aktuellen finanziellen Situation und der geplanten Investitionsvorhaben auf zusätzliche finanzielle Unterstützung durch den Kanton angewiesen sein wird. Der Regierungsrat definiert Ziele, die es bei der Ausgestaltung von Finanzierungsvarianten zu erreichen gilt. Dies sind:

- langfristige finanzielle Stabilisierung des KSBL
- Stärkung der Kapitalmarkt- und Kreditfähigkeit des KSBL
- Sicherstellung einer Mindestgrösse an Eigenkapitalquote
- in der Summe (Kanton und KSBL) möglichst tiefe Finanzierungskosten

Geprüft wurden zwei Finanzierungsinstrumente:

1. Einschuss von Kapital durch Kanton (in Form von Dotationskapital oder nachrangigem Darlehen).
2. Abschluss einer Kreditsicherungsgarantie zugunsten des KSBL.

Der Regierungsrat plant eine Kombination der beiden Instrumente. Vorgesehen ist ein einmaliger Kapitaleinschuss mittels nachrangigem Darlehen in der Höhe von 150 Millionen Franken sowie eine Kreditsicherungs-garantie<sup>11</sup>, deren Höhe gemäss Modellrechnungen (Stand September 2024) bei rund 730 Millionen Franken für Variante «Fokus plus ambulant» und bei rund 870 Millionen Franken für Variante «Grüne Wiese» liegt (vgl.

<sup>11</sup> Bei der Kreditsicherungsgarantie handelt es sich um eine Eventualverbindlichkeit. Die Garantie ermöglicht es dem KSBL, langfristige Kredite auf dem Finanzmarkt zu optimalen Konditionen aufnehmen zu können. Der Kanton verpflichtet sich gegenüber dem oder den Kreditgebern des KSBL, für die Erfüllung der Schuld bei (teilweiser) Zahlungsunfähigkeit des KSBL einzustehen. Das Instrument der Kreditsicherungs-garantie wurde bei verschiedenen baulichen Vorhaben durch Dritte eingesetzt (bei der Universität Basel für die Erstellung des Neubaus Departement Biomedizin (2014) und Erhöhung im Jahr 2022) sowie bei der Errichtung eines Neubaus für das Departement Sport, Bewegung und Gesundheit auf dem «Campus Sport» (2017) und beim Neubau eines Tierheims zu Gunsten der Stiftung Tierschutz beider Basel (2015). Gemäss [Finanzhaushaltsgesetz § 32 Abs. 3 Bst. c](#) gilt die Kreditsicherungs-garantie als Ausgabe. Deshalb wird die Ausgabenbewilligung für die Kreditsicherungs-garantie dem Landrat bei Vorliegen der Ergebnisse aus der Standortevaluation im 2026 beantragt.

Abbildung 11). Diese Beträge basieren auf Annahmen in den Modellrechnungen, die bei der definitiven Ausgestaltung der beiden Instrumente im Hinblick auf die geplante Ausgabenbewilligung Anfang 2026 noch Anpassungen erfahren werden.

Mit dieser Kombination sollen gemäss Modellrechnung in beiden Fällen zu jeder Zeit eine Eigenkapitalquote des KSBL von mindestens 10% garantiert sowie der Kapitalabfluss des Kantons und die gemeinsamen Zinskosten möglichst tief gehalten werden. Der Regierungsrat ist überzeugt, dass damit auch die Kreditfähigkeit des KSBL sichergestellt ist. Diese Finanzierungsüberlegungen wurden auch der internationalen Rating-Agentur Standard & Poor's (S&P) mitgeteilt, welche Anfang November 2024 die Schuldnerqualität des Kantons Basel-Landschaft weiterhin mit der Bestnote «AAA/A-1+» taxierte.

| Ergebnisse gemäss Modellrechnungen                                    | Variante<br>«Grüne Wiese» | Variante<br>«Fokus plus ambulant» |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Einschuss von Kapital mittels nachrangigem Darlehen (EK-Charakter)    | MCHF 150 einmalig         | MCHF 150 einmalig                 |
| Kreditsicherungsgarantie maximal (deckt alle Finanzverbindlichkeiten) | MCHF 870 (gerundet)       | MCHF 730 (gerundet)               |
| Fremdkapital Markt (z.B. Obligationen)                                | 2043: MCHF 616            | 2043: MCHF 685                    |
| Tiefste EK-Quote (Jahr)                                               | 13.8% (2037)              | 14.1% (2042)                      |
| EK-Quote 2043                                                         | 22.7%                     | 14.4%                             |
| Konsolidierter Zinsaufwand 2024-2043                                  | 286 MCHF                  | 306 MCHF                          |

Abbildung 11: Ergebnisse der Modellrechnungen der Finanzierungskosten für die Varianten "Grüne Wiese" und "Fokus plus ambulant"

Im Hinblick auf die weitere Bearbeitung werden 2025 die vorliegenden Strategien «Grüne Wiese» und «Fokus plus ambulant» inkl. Finanzplan und Finanzierungsmodell im Rahmen einer Second Opinion durch ein Drittunternehmen geprüft und plausibilisiert.

#### 4.4. WEITERES VORGEHEN STANDORTENTSCHEID

Eine definitive Evaluation der beiden verbliebenen Varianten kann erst vorgenommen werden, wenn für die Variante «Grüne Wiese» die Eignung eines Standorts als Spitalstandort geprüft und grundsätzlich gegeben und dessen Verfügbarkeit mit Vorvertrag oder Absichtserklärungen zwischen Kanton und Eigentümer weitestgehend geklärt ist. Ein diesbezüglicher Prozess dauert in der Regel mindestens zwei Jahre. Um eine Beschleunigung zu erreichen, beschloss der Regierungsrat, die Arbeiten zur Sicherung des Areals sowie zur Abklärung der Machbarkeit zeitlich zu komprimieren bzw. weitgehend parallel durchzuführen (vgl. Abbildung 12). Im Idealfall liegen dadurch bis Ende 2025 alle notwendigen Ergebnisse vor. Entsprechend wird der definitive Variantenentscheid auf Anfang 2026 möglich sein. Parallel zu diesen Arbeiten ist für Ende 2024 / Anfang 2025 ein vertiefter Austausch zu den bisherigen Arbeiten resp. den Strategievarianten in den zuständigen landrätlichen Kommissionen geplant. Erkenntnisse und Rückmeldungen aus diesem Prozess sollen in die weiteren Arbeiten und die Schlussevaluation durch den Regierungsrat aufgenommen werden. Der daran anschliessende ordentliche politische Prozess (Verabschiedung der Vorlage an den Landrat, Beratung und Beschlussfassung der Ausgabenbewilligung sowie des Standorts in den parlamentarischen Kommissionen und im Landrat sowie eine allfällige Volksabstimmung zur Ausgabenbewilligung) findet im Jahr 2026 statt, dann zumal mit den aktualisierten finanziellen Kennzahlen und Modellrechnungen des KSBL.

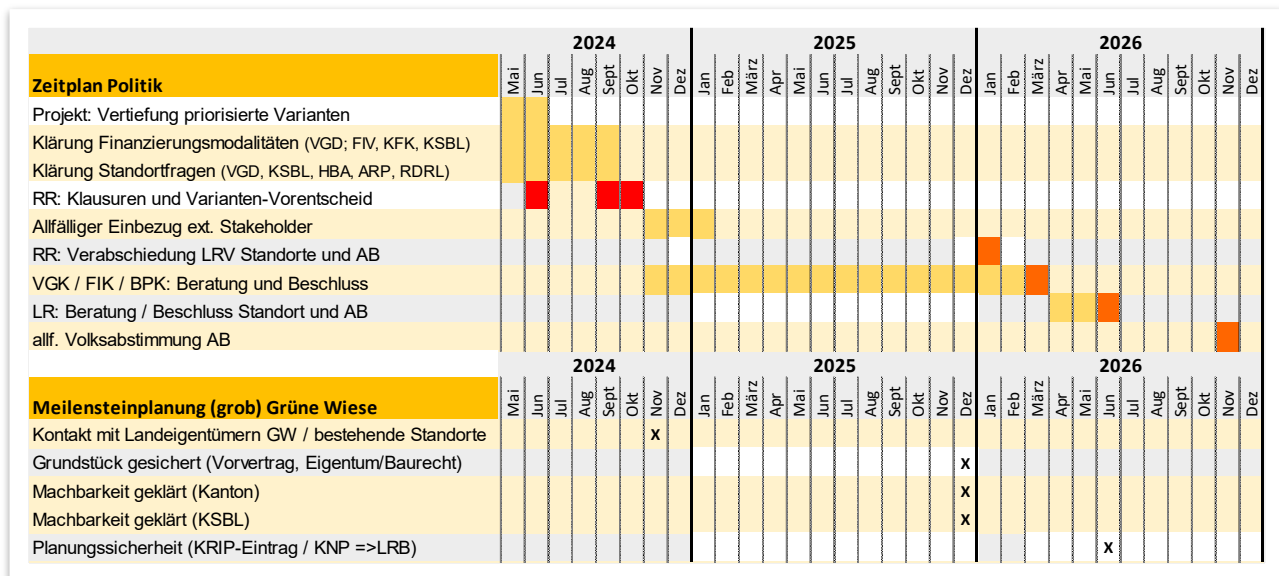


Abbildung 12: Idealer Zeitplan politischer Prozess und Meilensteinplanung «Grüne Wiese»

Unabhängig von der Variantenwahl sind zwei kurzfristige Massnahmen notwendig:

- **Ergebnisverbesserungsprogramm KSBL 2024–2028**  
Die Strategieüberprüfung machte deutlich, dass das KSBL ohne das rasche Einleiten von substanziellen Massnahmen zur Ergebnisverbesserung keine finanziell nachhaltige Grundlage erreicht. Die Gründe liegen in den zu hohen Personalkosten im Verhältnis zum erzielten Umsatz sowie den in der Vergangenheit aufgestauten Ersatzinvestitionen und den in den kommenden rund 20 Jahren geplanten Sanierungs- resp. Ersatzinvestitionen. Der Verwaltungsrat hat deshalb im ersten Quartal 2024 ein entsprechendes Ergebnisverbesserungsprogramm für die Jahre 2024–2028 beschlossen. Der Regierungsrat sieht ein Monitoring und Reporting hierzu vor (vgl. auch Kapitel 8.9).
- **Liquiditätssicherung KSBL**  
Das KSBL hat frühzeitig mittels Verhandlungen zwischen Oktober 2023 und März 2024 die damals bei einer Bank bestehende Kreditlimite über CHF 70 Mio. auf total CHF 120 Mio., neu auf zwei Banken verteilt, erhöhen können. Gemäss Liquiditätsplanung des KSBL per Ende Oktober 2024 ist dieser Kreditrahmen ab Oktober 2025 voraussichtlich sehr stark benutzt, bzw. die mit dem Eigner festgelegten Interventionsschwellen werden erreicht. Eine weitere Erhöhung der beiden Kreditlimiten ist beim heutigen Stand des Eigenkapitals und der übrigen Finanzlage/-kraft des KSBL nur mit finanzieller Unterstützung des Kantons möglich.

Seit dem Entscheid des Regierungsrats Zürich vom April 2024, das Gesuch des Gesundheitszentrums Zürcher Oberland GZO AG Spital Wetzikon um finanzielle Unterstützung abzulehnen, sind die Finanzinstitute mit der Vergabe von Krediten an Spitäler deutlich zurückhaltender.<sup>12</sup> Daran ändert auch die Versorgungs- bzw. Systemrelevanz des KSBL für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft nichts, wie auch der Fall des Universitäts-Kinderspitals Zürich zeigt, welches vom Kanton zur Sicherung dessen Zahlungsfähigkeit unterstützt werden musste.

Der Regierungsrat sieht sich vor diesem Hintergrund gezwungen, die Zahlungsfähigkeit des KSBL im Rahmen eines nachrangigen Darlehens zu Gunsten des KSBL im notwendigen Umfang rechtzeitig abzusichern. Dabei handelt es sich gemäss § 34 Absatz 1 Finanzhaushaltsgesetz (FHG) um eine gebundene Ausgabe. Der Regierungsrat wird im 2024 die Eckwerte des Darlehensvertrags festlegen (Betrag, Laufzeit, Staffellung, Konditionen und Klauseln), so dass Anfang 2025 der Vertrag unterzeichnet werden

<sup>12</sup> <https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2024/04/regierungsrat-entscheidet-ueber-finanzbegehren-zweier-spitaeler.html>

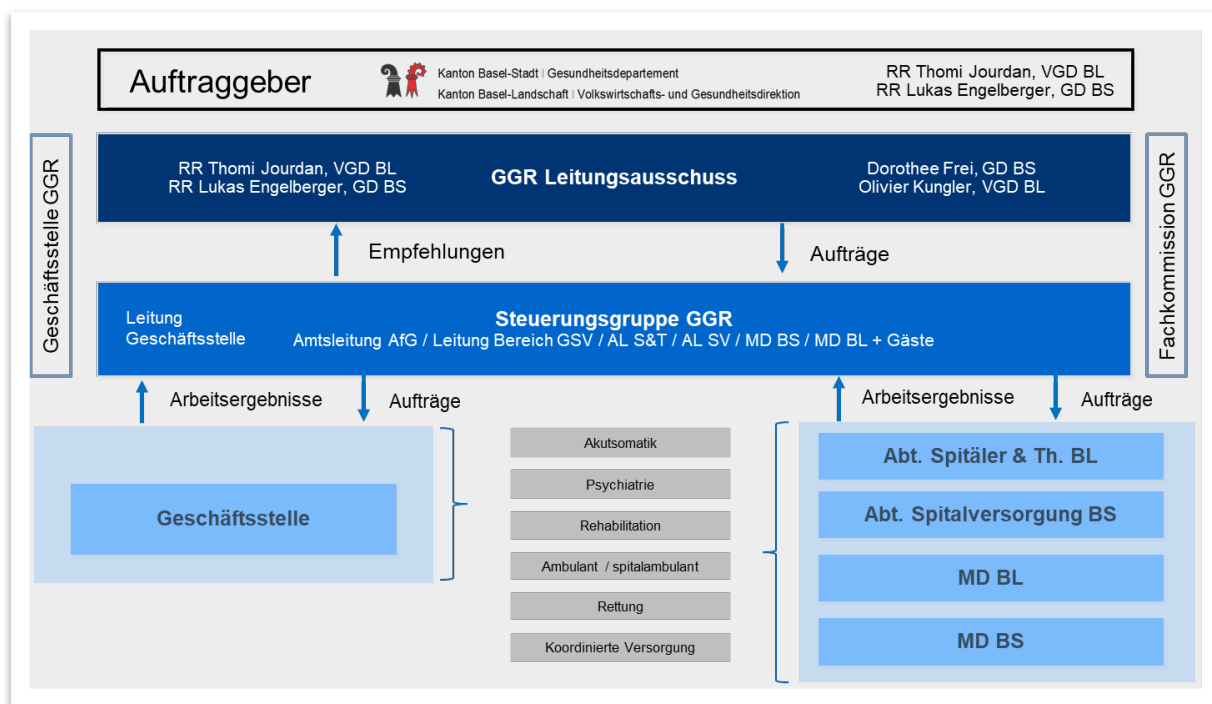
kann und das KSBL in die Lage versetzt wird, den operativen Betrieb weiterzuführen und den laufenden Verpflichtungen wie auch dem Versorgungsauftrag gemäss den Leistungsaufträgen nachzukommen.<sup>13</sup> Zum selben Zeitpunkt wird der Regierungsrat gemäss § 25 FHG dem Landrat eine Vorlage unterbreiten mit dem Antrag auf einen entsprechenden Nachtragskredit. Er wird zudem beantragen, dass allfällige Aufwände aus diesem Darlehen (Wertberichtigungen und Abschreibungen) gemäss § 4 Absatz 2 FHG von der Berechnung des mittelfristigen Ausgleichs ausgenommen werden.

---

<sup>13</sup> Der Betrag zur Sicherung der Liquidität ist Teil des gesamten Finanzierungsbetrags gemäss Ziffer 4.3 und kein zusätzlicher Finanzierungsbetrag.

## 5. PROJEKT EVALUATION GEMEINSAME GESUNDHEITSREGION (GGR)

Mit dem Inkrafttreten des Staatsvertrags zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung (BL: SGS 930.001) per 1. Juli 2019 haben die beiden Basler Kantone die gemeinsame Ausgestaltung der künftigen Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) aufgenommen. Die Organisation GGR ist wie folgt:



**Legende:** AfG: Amt für Gesundheit BL; GSV: Bereich Gesundheitsversorgung BS; AL S&T: Abteilungsleitung Spitäler und Therapieeinrichtungen BL; AL SV: Abteilungsleitung Spitalversorgung BS; MD: Abteilung Medizinische Dienste

Abbildung 13: Organisation des Programms GGR

Erste Analysen des Kantons Basel-Landschaft zur Entwicklung der Leistungsanspruchnahme sowie zu Kostenasymmetrien deuten darauf hin, dass die bestehenden Steuerungsmechanismen zu überprüfen sind: So nehmen die Fallzahlen in der GGR seit dem Jahr 2016 (85'315 Tage) weiter zu (Jahr 2022: 89'452 Tage), obwohl die mittlere Aufenthaltsdauer seit dem Jahr 2016 deutlich gesunken ist (5.5 Tage). Dies wäre nicht weiter bedenkenswert, wenn nicht die im Vergleich zur übrigen Schweiz bereits sehr hohe Hospitalisierungsrate in der GGR von 182 Hospitalisierungen pro tausend Einwohnerinnen und Einwohnern<sup>14</sup> seit dem Jahr 2016 weiter gestiegen wäre, während sie in der übrigen Schweiz gesunken ist.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass die im Jahr 2012 mit der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems (DRG) geweckte Erwartung einer Angleichung der Baserates auf einen schweizweit einheitlichen Wert nicht eingetreten ist. Diese Erwartung war die Grundlage für eine in der Schweiz weiterhin einmalige Systemerweiterung im Jahr 2013: die Einführung der vollen Patientenfreizügigkeit zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die seit 2019 auch integraler Bestandteil des GGR-Regimes ist. Analysen der VGD zeigen, dass die verrechneten Kosten für gleiche Diagnosen (Leistungen) bei den verschiedenen Leistungserbringern sehr unterschiedlich sind. Dies führt zu nicht notwendigen zusätzlichen Gesundheitsausgaben

<sup>14</sup> Alters- und geschlechtsstandardisierte Raten

in zweistelliger Millionenhöhe für beide Kantone. Aufgrund der Tatsache, dass das USB Leistungen der Grundversorgung wesentlich teurer als das KSBL abrechnet, hat die Baselbieter Kantonsbevölkerung aufgrund der vollen Patientenfreizügigkeit zusätzliche Gesundheitskosten von jährlich mehreren Millionen Franken zu tragen.

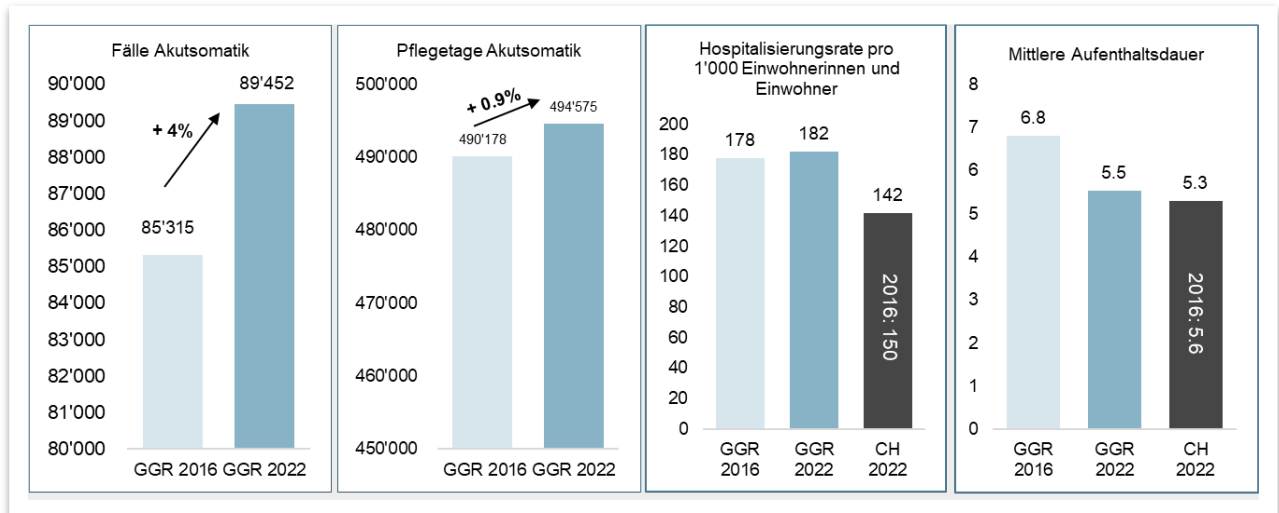


Abbildung 14: Abgleich von Versorgungsindikatoren der GGR 2016 zu 2022 (Quelle: Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2019, Med. Statistik BFS 2022)

Aus Sicht des Regierungsrates ist daher – auch aufgrund der in Kapitel 2.5 erwähnten, durch den Landrat überwiesenen Vorstösse – der Moment für eine grossmasstäbliche Wirkungsevaluation des GGR-Regimes gekommen.

Im Wissen um die oben bereits geschilderten Abhängigkeiten zwischen der strategischen Ausrichtung des KSBL, den Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und der weiteren Entwicklung der GGR mit relevanten offenen Fragen (Lenkende Wirkung Spitalliste 1.0, Mehrkosten für den Kanton Basel-Landschaft aufgrund der vollen Patientenfreizügigkeit, Forcierung der Ambulantisierung, Angleichung an schweizerische Durchschnittswerte z.B. bezüglich Hospitalisierungsrate, Mengenentwicklung) hat die VGD bereits im Herbst 2023 angeregt, eine Wirkungsanalyse durchzuführen. Die zuständigen Regierungsräte haben im April 2024 deren Durchführung beschlossen. Das Ziel ist die Erstellung eines Berichts zu Händen der Regierungen. Die gewonnenen Erkenntnisse werden genutzt, um sie in die bevorstehenden Planungen, insbesondere in die anstehende Spitalplanung Akutsomatik (Spitalliste 2.0), zu integrieren.

Die Wirkungsanalyse soll anhand möglicher Indikatoren (nachfolgend eine Auswahl), die Wirkung des GGR-Regimes hinsichtlich der drei übergeordneten Ziele validieren:

- Bedarfsgerechte, optimierte Versorgung:  
Ermittlung der Über- und Unterversorgung (anhand einer aktualisierten Bedarfsanalyse),  
Einhaltung von Mengenvorgaben  
Konzentration der medizinischen Leistungen  
Zugang der Bevölkerung zu GGR-Spitälern
- Kostendämpfung + Asymmetrien:  
Entwicklung der Leistungserbringung in kostengünstigen Versorgungsstrukturen nach Kanton  
Entwicklung der stationären und spitalambulanten Kosten in BS und BL im Vergleich zur Schweiz
- Sicherung der Hochschulmedizin:  
Entwicklung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nach Fachbereichen

Der entsprechende Projektauftrag wurde im Juni 2024 freigegeben, Ergebnisse sind für das erste Halbjahr 2025 zu erwarten.

Ergänzend dazu hat der Regierungsrat zur Kenntnis genommen, dass der fortgeschrittene Stand der Planung beim USB aktuell keinen substanziellen Infrastrukturabgleich im stationären Bereich zwischen KSBL und USB zulässt.

Grundsätzlich hält der Regierungsrat fest, dass die GGR demokratisch legitimiert ist und die Grundlage für eine bestmögliche Einflussnahme des Kantons Basel-Landschaft auf die Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Versorgung darstellt. Zudem schafft die Umsetzung der im Staatsvertrag<sup>15</sup> definierten Aufgaben Transparenz über die bestehenden stationären und ambulanten Versorgungsangebote und den Versorgungsbedarf. Mit der institutionalisierten Zusammenarbeit sind schnelle, eingeübte Entscheidungswege in bikantonalen Fragestellungen etabliert. Auch wird der in §2 des Vertrages genannte Zweck der GGR («gemeinsame Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung sowie Planungssynergien nutzen und Voraussetzungen schaffen für eine Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten und der KVG-Prämien») weiterhin als zielführend angesehen.

Mit Blick darauf und abhängig von den Ergebnissen der Wirkungsanalyse und vom Willen zur Umsetzung daraus abgeleiteter Massnahmen muss der Staatsvertrag weiterentwickelt oder gegebenenfalls gekündigt werden. Auch hier ist vorgesehen, bei Vorliegen der Ergebnisse und nach einer ersten Einschätzung durch den Regierungsrat, frühzeitig mit den zuständigen landrätlichen Kommissionen in einen Austausch über das weitere geplante Vorgehen zu kommen.

---

<sup>15</sup> [https://chance-gesundheit.ch/download/317/Staatsvertrag\\_Gesundheitsversorgung.pdf](https://chance-gesundheit.ch/download/317/Staatsvertrag_Gesundheitsversorgung.pdf)

## 6. EXKURS – DREI FALLBEISPIELE FÜR FEHLWIRKUNGEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

Das Gesundheitswesen beinhaltet diverse unbeabsichtigte Fehlanreize und -wirkungen – mit unerwünschten Wirkungen auf die Qualität und die Kosten der Leistungserbringung. Nachfolgend drei Beispiele.

### 6.1. FEHLANREIZE MIT BLICK AUF DIE STÄRKUNG DER AMBULANTISIERUNG

Schätzungen zufolge liessen sich rund 20% der heute noch stationär behandelten Patientinnen und Patienten bei gleicher Qualität auch ambulant (stationär-ersetzend) behandeln. Verschiedene Faktoren sind jedoch dafür verantwortlich, dass dieses Ambulantisierungspotential trotz der von allen Systemteilnehmern unbestrittenen Notwendigkeit im Hinblick auf die Behandlungsqualität und das Ziel, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen, von den Leistungserbringern nicht wahrgenommen wird:

#### – Inverse Anreizstruktur der Leistungserbringer im stationären Bereich

Stationäre Leistungserbringer werden durch die bestehenden Finanzierungsmechanismen in sehr vielen Fällen bestraft, wenn ein/e Patientin/Patient stationär-ersetzend behandelt wird. Der positive Deckungsbeitrag einer Hospitalisierung im stationären Setting wird in der Regel negativ, wenn die gleiche Hospitalisierung stationär-ersetzend (ambulant) durchgeführt wird. Das heisst, dass mit Blick auf das Unternehmensergebnis zu viele Fälle stationär statt ambulant erbracht werden, obwohl es für diese Fälle medizinisch keine Gründe für ein stationäres Setting gibt. Dies führt zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten und damit einer Belastung für die Prämienzahlenden. Auch aus Sicht des Kantons ist die Entwicklung negativ zu bewerten: Die verbesserte Ertragslage des Unternehmens wird überkompensiert durch das zusätzliche Wachstum auf Seiten der stationären Spitalkosten, zu dessen Finanzierung der Kanton aktuell 55% beiträgt.

#### – Korrigierte Fehl-Anreize auf Ebene der Krankenkassen

Die stationären Behandlungskosten werden aktuell mind. zu 55% von den Kantonen und zu 45% von den Krankenversicherungen getragen. Ambulante Kosten hingegen werden vollständig von den Krankenversicherern übernommen. Dies bedeutet, dass der Anreiz der Krankenkassen, Versicherungsmodelle zu lancieren, welche von den Leistungserbringern die Forcierung der medizinisch möglichen Ambulantisierung und damit eine Dämpfung des Kostenwachstums bewirken, gering ist. Mit der von der Schweizer Stimmbevölkerung am 24. November 2024 beschlossenen einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (EFAS) beteiligen sich die Kantone und die Versicherer neu im gleichen Umfang (Kanton 26.9%, Versicherer 73.1%) an den ambulanten und stationären Kosten.

#### – Potentiale zur Forcierung der Ambulantisierung im Kanton

Um die Ambulantisierung zu forcieren und eine erfolgreiche Verlagerung von stationären hin zu stationär-ersetzenden Hospitalisierungen zu erreichen, braucht es neben EFAS auch die Bereitschaft der beiden Kostenträger auf kantonaler Ebene, ambulante Versorgungsansätze zu forcieren. Abbildung 16 stellt die identifizierten Potentiale dar, von denen insgesamt ein signifikantes Einsparpotential aus Sicht der Gesundheitskosten und damit der Prämienentwicklung ausgeht.

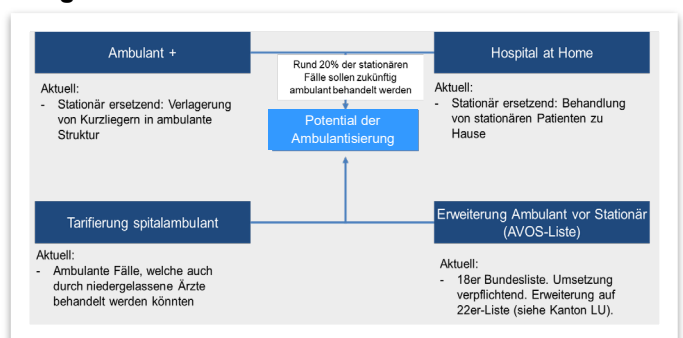


Abbildung 15: Vier Ansätze zur Erschliessung des Verlagerungspotentials

## 6.2. FEHLWIRKUNGEN AUFGRUND ZU STARKER AUSRICHTUNG AUF HOCHINSTALLIERTE NOTFALLSTRUKTUREN

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium macht folgenden Beobachtung: «Die Notfallstationen der Spitäler stellen immer häufiger ein Tor zum Gesundheitssystem für nicht geplante Behandlungen dar. Sie verfügen über die technischen Einrichtungen zur Behandlung besonders komplexer oder schwerer, gar lebensbedrohlicher Fälle. Die weniger oder gar nicht dringenden Fälle bereiten den Notfallstationen angesichts des zusätzlichen Arbeitsaufwands für das Personal und der mobilisierten Ressourcen für deren Behandlung hingegen Sorgen.»<sup>16</sup>

### – Fehlendes dezentrales Angebot unterstützt die Nutzung hochinstallierter Notfallstrukturen bei weniger oder gar nicht dringenden Fällen.

Diverse Studien zeigen, dass in Schweizer Notfallstationen etwa 20–30% der Patientinnen und Patienten keine echten medizinischen Notfälle sind und in mindestens gleicher Qualität in Arztpraxen oder ambulanten Einrichtungen behandelt werden können. Die Notfallstationen sind für viele Menschen der einfachste und schnellste Zugang zur medizinischen Versorgung. Faktoren wie ein fehlendes dezentrales ambulantes Angebot (auch zu Rand- und Nachtzeiten), der Fachkräftemangel in der Hausarztmedizin und daraus resultierende lange Wartezeiten auf Termine, mangelndes Wissen über Alternativen seitens Leistungsnachfragenden oder das Bedürfnis nach sofortiger Gewissheit über die eigene Gesundheit spielen hierbei eine Rolle. Dank vorgelagerter hausärztlicher Notfallpraxen können bereits heute die Notfallstationen des KSBL in Liestal und auf dem Bruderholz von Patientinnen und Patienten entlastet werden, die aus medizinischer Sicht gar keine Notfallbehandlung benötigen. Zusätzliche dezentrale Anlaufstellen werden dazu beitragen, diese Situation weiter zu optimieren.

### – Potentiale zur Verlagerung von weniger oder gar nicht dringenden Fällen in wohnortsnahe Versorgungsstrukturen

Wenn es gelingt, die hochinstallierten Notfallinstallationen von weniger oder gar nicht dringenden Fällen mittels alternativer, dezentraler, wohnortsnahe Angebote zu entlasten, bedeutet dies für die Betroffenen kürzere Anfahrtswege und Wartezeiten sowie geringere Kosten bei gleicher Qualität. Eine enge Vernetzung mit den Rettungsdiensten stellt gleichzeitig sicher, dass bei Bedarf ein direkter Zugang zu höherinstallierten Versorgungsstrukturen gewährleistet ist.

## 6.3. FEHLWIRKUNGEN AUFGRUND FEHLENDER DIGITALER VERNETZUNG

Die fehlende digitale Vernetzung im Gesundheitswesen führt zu einer Reihe von Problemen, die sowohl die Qualität der Patientenversorgung als auch die Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems beeinträchtigen. Eine lückenlose digitale Infrastruktur könnte helfen, diese Herausforderungen zu überwinden, indem sie die Effizienz steigert, Fehler vermeidet und die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsakteuren fördert. Dies würde nicht nur die Behandlungsqualität verbessern, sondern auch langfristig Kosten sparen. In einem digitalisierten System könnten alle relevanten Akteure Zugriff auf aktuelle Informationen haben und sich in Echtzeit austauschen. Ohne Digitalisierung entstehen Informationslücken oder Doppelspurigkeiten, weil sich die verschiedenen Beteiligten oft nicht effektiv und zeitnah informieren können. So kann es etwa vorkommen, dass dieselben Abklärungen mehrfach vorgenommen werden, oder dass eine Hausärztin/ein Hausarzt ein bestimmtes Medikament verschreibt, ohne zu wissen, dass die Fachärztin/der Facharzt bereits ein anderes, potenziell inkompatibles Medikament verordnet hat.

Die Erkenntnisse aus diesem Kapitel werden in das Zielbild Gesundheit (Kapitel 7.3) integriert und finden ihren konkreten Niederschlag im Massnahmenprogramm (Kapitel 8).

<sup>16</sup> [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-09/obsan\\_bulletin\\_2024\\_10\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-09/obsan_bulletin_2024_10_d.pdf); S. 7

## 7. GESUNDHEIT BL 2030

«Gesundheit BL 2030» stellt unter Berücksichtigung des kantonalen Handlungsspielraums, im Sinne eines Rahmenkonzepts aus heutiger Sicht die Stossrichtungen und das Massnahmenprogramm dar, um

- gestaltend und zukunftsweisend auf die Entwicklungen im Gesundheitssystem sowie gesellschaftliche, medizinische und technologische Trends zu reagieren, die Herausforderungen zu meistern und die Chancen zu realisieren sowie
- kurz- und langfristige Aufgaben in Bezug auf das KSBL und die Gemeinsame Gesundheitsregion GGR anzugehen.

Das Rahmenkonzept und das Massnahmenprogramm gemäss Kapitel 8 sollen dabei in regelmässigen Abständen überprüft und wo nötig angepasst sowie verfeinert werden. Dies wird wo immer möglich im Dialog mit den verschiedenen Institutionen erfolgen.

### 7.1. VERNETZTE SICHTWEISE ALS GRUNDLAGE

Massnahmen in einem Bereich können Auswirkungen auf einen anderen Bereich haben, wie die nachfolgende kleine Auswahl an erläuternden Beispielen aufzeigt. «Gesundheit BL 2030» wählt daher eine integrale Sicht, um sicherzustellen, dass negative Wirkungsabhängigkeiten im System erkannt und minimiert, aber auch Synergien identifiziert werden:

- Veränderungen beim räumlichen oder inhaltlichen Angebot des KSBL haben Auswirkungen auf die Patientenströme. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die Mengen- und damit Ertragsentwicklung des KSBL, sondern auch auf die Gesundheitskosten und damit Prämienentwicklung. Denn die unterschiedlichen Kostenstrukturen der verschiedenen Anbieter innerhalb der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) und die bestehende volle Patientenfreizügigkeit können zu medizinisch nicht induzierten Mehrkosten führen.
- Die zukünftige Ausgestaltung der akutsomatischen Spitalliste 2.0 legt die Grundlage, ob das medizinisch mögliche Ambulantisierungspotential genutzt, unterschiedliche Kostenstrukturen berücksichtigt und damit ein Beitrag geleistet wird, das Kostenwachstum zu dämpfen.
- Die konkrete Ausgestaltung des Rettungswesens spielt bei der Gestaltung des Gesundheitsnetzwerks eine entscheidende Rolle.
- Eine Stärkung von ambulanten, innovativen Angeboten (z.B. Hospital@Home, Ambulant+) kann einen Einfluss auf die benötigte Bauinfrastruktur und somit das Volumen an Bauinvestitionen haben.
- Effiziente Systeme antizipieren gesellschaftliche Veränderungen, leisten einen Beitrag zu Ambulantisierung, folgen dem Ziel einer integrierten Versorgung, unterstützen Bestrebungen gegen den Fachkräftemangel und wirken – auch dank verstärkter Digitalisierung – entadministrierend. Die Folge ist mehr Qualität bei weniger Kosten.

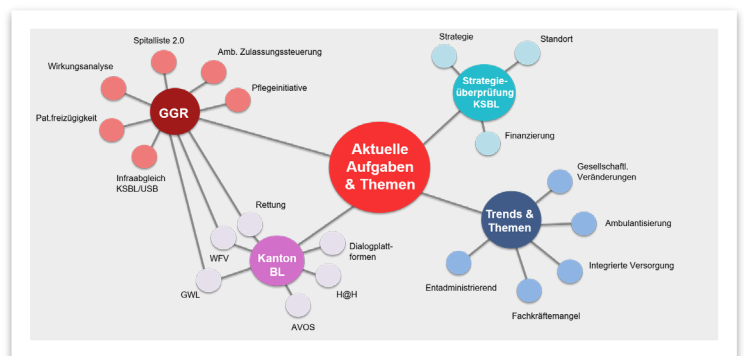


Abbildung 16: Auswahl aktueller Themen der Gesundheitsversorgung

## 7.2. HANDLUNGSGRUNDSÄTZE UND STOSSRICHTUNGEN

Für die Gesundheitsversorgung BL 2030 werden Handlungsgrundsätze und Stossrichtungen formuliert:

1. **Die Patientin, der Patient im Zentrum**  
Der wohnortsnahe Zugang zu medizinischer Versorgung ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt. Patientinnen und Patienten werden in den jeweils geeignetsten Infrastrukturen behandelt.
2. **Gesundheit im Netzwerk**  
Die medizinische Versorgung geschieht als gemeinschaftliche, integrale sowie räumlich und inhaltlich gestufte Netzwerkaufgabe unterschiedlicher Leistungserbringer.
3. **Digitalisierung als gemeinsame Aufgabe**  
Die netzwerkartige Gesundheitsversorgung wird begleitet von einer gemeinsamen Digitalisierungsstrategie mit dem Ziel einer zentralen, für alle Leistungserbringer durchgängig nutzbaren, gemeinsamen Datenplattform.
4. **Ambulantisierung forcieren**  
Mit der Stärkung der Ambulantisierung werden unnötige stationäre Spitalaufenthalte vermieden. Dies stärkt die Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten und senkt die Gesundheitskosten.
5. **Transparenz schaffen, Kostensenkungspotentiale nutzen**  
Ineffizienzen in der Leistungserbringung sind zu vermeiden und Kostensenkungspotentiale zu nutzen. Kostendifferenzen für gleiche Leistungen werden durch geeignete Anreizsysteme minimiert. Dies ermöglicht Kostentransparenz und Leistungsgerechtigkeit.

## 7.3. ZIELBILD

Im Rahmen von «Gesundheit BL 2030» hat der Kanton Basel-Landschaft die Ambition, durch Anreize und Dialog eine weitergehende Vernetzung der Leistungserbringer im Kanton zu erreichen. Diese wird erfolgen, wenn sie für alle Beteiligten einen qualitativen Mehrwert bietet und finanzielle Fehlanreize abbaut.

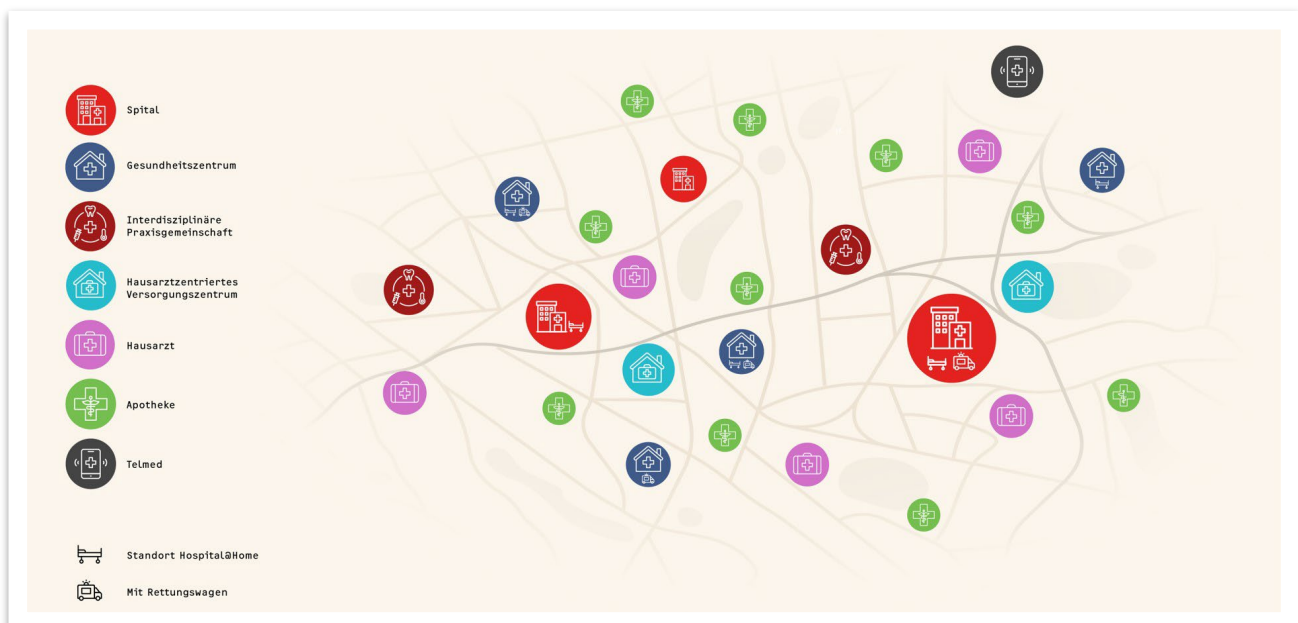


Abbildung 17: Zielbild «Gesundheit BL 2030»

Das Zielbild wird auf Basis der «Handlungsgrundsätze und Stossrichtungen» (siehe 7.2) weiterentwickelt. Der Regierungsrat strebt für das Kantonsgebiet ein gestuftes, digitalisiert verbundenes Versorgungsnetz an, mit

einem hochinstallierten stationären Kern als Rückgrat, weiteren höherinstallierten ambulanten Gesundheitszentren als stabile Äste und einem Kapillarsystem durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und weiteren Leistungserbringern, ergänzt durch telemedizinische Angebote:

**Der hochinstallierte stationäre Kern** der Versorgung als Rückgrat bietet ein stationäres Leistungsangebot der erweiterten Grundversorgung, einen hochinstallierten Notfall, tagesklinische Angebote sowie einen Rettungsdienst.

**Die höher installierten Gesundheitszentren** als stabile Versorgungsäste in den Regionen verfügen neben dem haus- und fachärztlichen ambulanten Angebot auch über weitere Ressourcen. Diese werden auch für die regionale Umsetzung von Angeboten wie z.B. Hospital@Home eingesetzt. Ein **Standort für die Rettung** rundet das Angebot ab und stellt sicher, dass das Versorgungsangebot des stationären Kerns bei Bedarf schnellstmöglich erreicht wird. Die Gesundheitszentren können von unterschiedlichen Anbietern betrieben werden.

Neben den Spitälern ist und bleibt das Angebot mit den **Einrichtungen der Langzeitpflege, Spitex, den Gruppen- und Einzelpraxen, Apotheken, sowie therapeutischen Berufsgruppen** für die Versorgung der Bevölkerung in der Fläche existenziell. Mit der Schaffung einer zentralen, für alle Leistungserbringer durchgängig nutzbaren, gemeinsamen **Datenplattform** sowie der Einbindung von **telemedizinischen Anbietern** strebt der Regierungsrat an, diese noch besser mit dem Rückgrat und den zentralen Ästen der Versorgung zu verbinden. Dadurch entsteht ein tragfähiges, den Bedürfnissen der Baselbieter Bevölkerung und den Herausforderungen und Trends in der zukünftigen Gesundheitsversorgung entsprechendes Versorgungsnetz.

Die Strategie des **KSBL** wird im Rahmen des Zielbilds und gemäss dem noch zu treffenden Variantenentscheid verfeinert und umgesetzt.

Die Weiterentwicklung des **GGR-Regimes** erfolgt mit Blick auf die Schaffung und Weiterentwicklung des Versorgungsnetzes, das für partnerschaftliche Lösungen offen ist.

## 8. MASSNAHMENPROGRAMM

Die Umsetzung des Zielbilds «Gesundheit BL 2030» erfolgt im Rahmen von aufeinander abgestimmten Massnahmenpaketen.

### 8.1. FORCIERUNG DER AMBULANTISIERUNG IN DER FLÄCHE

Das Versorgungsnetz von ambulant ausgerichteten Institutionen im Kanton Basel-Landschaft – in Ergänzung zum stationären Rückgrat – stellt die ambulante Erstversorgung sicher. Dazu gehören wie beschrieben neben dem bestehenden Netz an Hausarztpraxen höher installierte Gesundheitszentren (ähnlich Gesundheitszentrum in Laufen), hausarztzentrierte Versorgungszentren und interdisziplinäre Praxisgemeinschaften, Apotheken mit ergänztem medizinischem Angebot, Telemedizin und weitere Angebote.

Die konkrete Forcierung der Ambulantisierung ist eines der zentralen Themen der «Dialogplattform Gesundheit» (siehe auch Kapitel 8.6) und will interessierte Leistungserbringer in den Gestaltungsprozess einbinden. In Ergänzung und als Folge dazu soll der kantonale rechtliche Rahmen so angepasst werden, dass die Finanzierung der stationär-ersetzenden Leistungen kostendeckend erfolgen kann. Dies soll im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes in Verbindung mit dem kantonalen Einführungsgesetz zur Einheitlichen Finanzierung Ambulant Stationär (EFAS) erfolgen (EG EFAS; Arbeitstitel). Bis zum Inkrafttreten der revidierten Gesetzesgrundlage wird eine Zwischenfinanzierung auf der bisherigen rechtlichen Grundlage in Verbindung mit entsprechenden Landratsbeschlüssen geprüft, welche eine zumindest partielle Umsetzung der stationär-ersetzenden Leistungsangebote Hospital@Home sowie Ambulant+ ermöglicht.

Die in der Tabelle dargestellten Massnahmen werden in den Kapiteln 8.2 bis 0 detailliert beschrieben.

#### Umsetzungszeitplan

|                                               | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|-----------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                        | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| Abschätzung des gesetzlichen Revisionsbedarfs |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| LRV Zwischenfinanzierung H@H                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Dialogplattform                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| LRV Zwischenfinanzierung Ambulant+            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Erarbeitung des gesetzlichen Revisionsbedarfs |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Entwurf LRV Revision GesG / E-GEFAS           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Inkrafttreten rechtliche Grundlagen           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

### 8.2. AMBULANTE ELEKTIVE OPERATION: ERWEITERUNG DER AVOS-LISTE

Seit dem 1. Januar 2019 gilt gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 3c und Anhang 1a KLV) die Regelung «ambulant vor stationär» (AVOS). Diese Regelung gilt für ausgewählte Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen an grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patientinnen und Patienten. Sie soll eine angemessene ambulante Leistungserbringung fördern, wo sie medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist. Seit dem 1. Januar 2023 gilt schweizweit eine Liste mit 18 Gruppen von Eingriffen<sup>17</sup> (Ziffer I Anhang 1a KLV).

<sup>17</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1aklv.html>

Die Direktion VGD kann weitere Untersuchungen und Behandlungen bezeichnen, welche in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen. Dies erhöht die Anzahl von ambulant vorzunehmenden Eingriffen in allen Spitälern um rund 380 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton. Der Kanton Basel-Stadt wurde bereits angefragt, ob er die Erweiterung ebenfalls vornehmen möchte. In diesem Fall könnte dieses Vorhaben über die GGR umgesetzt werden.

## Umsetzungszeitplan

[illegible]

### 8.3. AMBULANT+

Das Konzept Ambulant+ (= stationär-ersetzend: Verlagerung von Kurzliegern in ambulante Struktur) erlaubt eine akutmedizinische Versorgung von ausgewählten Patientinnen und Patienten im tagesklinischen Setting und richtet sich an Patientinnen und Patienten, für welche die Möglichkeit der spitaladäquaten tagesklinischen Behandlung/Diagnostik einen deutlichen Mehrwert gegenüber der stationären Spitalversorgung (Kurzlieger) bietet. So können mit dem Angebot von Ambulant+ Behandlungen tagesklinisch durchgeführt werden, welche bisher aufgrund von «sozialen» Gründen «auf Station» behandelt wurden. Weiter betrifft es Patientinnen und Patienten, für welche auch im sehr unwahrscheinlichen Notfall zeitnah und in räumlicher Nähe ein ärztliches Angebot zur Verfügung steht – so u. a. auch bei stationär-ersetzenden Operationen (inkl. Eingriffe der AVOS-Liste). Das Spital bleibt in der Versorgungsverantwortung und gibt diese nicht einfach an die Zuweisenden zurück.

Die zukünftige Strategie des KSBL verfolgt konsequent eine Strategie der Verlagerung von Kurzliegern in die ambulanten Strukturen. Dies wird bauliche, strukturelle, prozessuale und finanzielle Auswirkungen haben.

Die für Ambulant+ genannten Potentialabschätzungen orientieren sich an den Krankheitsbildern, welche in der Regel nur kurze stationäre Spitalaufenthalte zur Folge haben (maximal 3 Tage) und deren Behandlung aus medizinischer Sicht in der Regel im tagesklinischen Setting erfolgen kann. Im Bereich der internistischen Eingriffe haben Analysen ein Ambulantisierungspotential von aktuell über 1'500 Fällen aufgezeigt. Überdies sollen weitere Fachbereiche ebenfalls auf eine Ambulantisierung gemäss Ambulant+ überprüft werden.

Das Setzen von finanziellen Anreizen und die Umschichtung der finanziellen Ressourcen sollen bis zum Vorliegen der Gesetzesrevision über eine Ausgabenbewilligung von Juli 2026 bis Juni 2028 via Landratsbeschluss gesichert werden (vgl. Kapitel 8.1).

## Umsetzungszeitplan

[illegible]



## 8.6. DIALOGPLATTFORM

Ziel der von der VGD initiierten Dialogplattform ist die Vernetzung und Zusammenarbeit der relevanten Akteure zur Stärkung des Gesundheitswesens im Hinblick auf Qualitäts- und Effizienzsteigerung sowie die Entwicklung und Einführung von Pilotprojekten für eine integrierte Versorgung.

Aktuell sind über 70 Leistungserbringer in das Netzwerk integriert. Für den ersten Zyklus 2025 wurden seitens der Teilnehmenden und der VGD folgende Themen definiert: «institutionsübergreifende Zusammenarbeit», «integrierte Notfallversorgung», «stationär-ersetzende Ambulantisierung» sowie «Koordination der psychosozialen Betreuung». Fragestellungen aus «Gesundheit BL 2030» können in die Dialogplattform ebenso eingegeben werden, wie Ergebnisse aus der Plattform die Weiterentwicklung von «Gesundheit BL 2030» prägen werden.

### Umsetzungszeitplan

|                                                     | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|-----------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                              | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| Durchführung des ersten Dialog-<br>plattformzyklus' |    |    | x  | x  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Geplante Zyklen in Folgejahren                      |    |    |    |    |    |    | x  | x  |    |    | x  | x  |    |    | x  | x  |    |

## 8.7. DIGITALISIERUNG

Die möglichst nahtlose, vernetzte und patientenzentrierte Betreuung bedarf einer darauf abgestimmten Digitalisierung mit dem Ziel einer zentralen, für alle Leistungserbringer durchgängig nutzbaren, gemeinsamen Datenplattform. Hierzu soll eine Strategie erarbeitet werden, wie möglichst alle Akteure digital verbunden werden können, damit Informationen effizient ausgetauscht und Gesundheitsdaten in strukturierter Form interoperabel verfügbar sind. Diese Integration fördert die Kontinuität der Versorgung, minimiert Doppeluntersuchungen, die redundante Erfassung von Gesundheitsdaten und erleichtert eine koordinierte Behandlung über Sektorengrenzen hinweg.

Es ist vorgesehen, die Thematik Digitalisierung als Querschnittsaufgabe im Rahmen der Dialogplattform zu bearbeiten. Dabei sollen – auf der Basis eines gesamtheitlichen Zielkonzeptes und einer einheitlichen Datenplattform – einzelne «Use Cases» unter Einbezug der hierfür relevanten Akteure erarbeitet und umgesetzt werden. Auf diese Weise wird das vom Zielkonzept vorgegebene Gesamtbild «bottom up» unter Einbezug der Systemteilnehmer schrittweise entwickelt.

### Umsetzungszeitplan

|                            | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                     | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| Projektinitialisierung     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Dialogplattform            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Umsetzung in Teilprojekten |    |    |    |    |    | x  | x  | x  | x  | x  | x  | x  | x  | x  | x  | x  | x  |

## 8.8. UMSETZUNG KONZEPT RETTUNG BL 2028

Die dezentrale Strategie mit den Standorten Gelterkinden, Laufen, Liestal (Altmarkt), Pratteln wird umgesetzt. Im Jahr 2025 folgt das Konzept zur Weiterentwicklung des Rettungsdienstes im Kantonsgebiet per 1. Januar 2028. Das rettungsdienstliche Angebot wird mit der dezentralen Versorgungsstruktur, resp. den Gesundheitszentren verknüpft.



### 8.11. LANDRATSVORLAGE ZUM STANDORT-ENTSCHEID KSBL MIT AUSGABENBEWILLIGUNG

Im Strategieprozess KSBL haben sich zwei zur Weiterbearbeitung empfohlene Varianten herauskristallisiert. Beide Varianten basieren auf einem Netzwerk-Gedanken: Bei der Ein-Standort-Variante wird ein neues Spital «auf der grünen Wiese» erstellt. Bei der Zwei-Standort-Variante werden die beiden Standorte Liestal und Bruderholz beibehalten und weiterentwickelt. Bei beiden Varianten werden die Standorte ergänzt durch einen Kranz von vorgelagerten, wohnortsnahen Praxen resp. Gesundheitszentren, die in Partnerschaft mit Dritten betrieben werden sollen.

Der Kanton nimmt nach erfolgter Erstkommunikation Gespräche mit der Eigentümerschaft möglicher Ein-Standort-Areale auf. Bei positiver Rückmeldung starten die Abklärungen zur Machbarkeit. Erste belastbare Aussagen dazu werden für Ende 2025 erwartet. Der Entscheid für einen Standort oder zwei Standorte wird zusammen mit dem Antrag zur finanziellen Absicherung der geplanten Investitionen dem Landrat idealerweise Anfang 2026 zur Beschlussfassung vorgelegt. Der Entscheid wie auch die Ausgabenbewilligung können voraussichtlich Mitte 2026 erfolgen.

#### Umsetzungszeitplan

|                                                           | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|-----------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                                    | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| Kontakt mit Eigentümerschaft möglicher 1-Standort-Areale  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Standort gesichert, Machbarkeit (Kanton und KSBL) geklärt |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RR verabschiedet LR-Vorlage Finanzierung und Standorte    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Beschluss Landrat                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Ev. Beschluss kantonaler Nutzungsplan oder KRIP-Eintrag   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Ev. Volksabstimmung betr. Ausgabenbewilligung             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

### 8.12. AKTUALISIERUNG DER EIGNERSTRATEGIE FÜR DAS KSBL

Der Kanton überprüft die Eignerstrategie KSBL, orientiert sich dabei auch an den Grundsätzen und Stossrichtungen von «Gesundheit BL 2030» und bringt sie dem Landrat zur Kenntnis.

#### Umsetzungszeitplan

|                                                 | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|-------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                          | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| RR verabschiedet Eignerstrategie an den Landrat |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Kenntnisnahme Landrat                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

### 8.13. REVISION SPITALGESETZ / ERLASS SPITALBETEILIGUNGSGESETZ

Der Regierungsrat nimmt die Arbeiten am im Hinblick auf die in den vergangenen Monaten vorgenommene Strategieüberprüfung sistierten Projekt «Aufhebung Spitalgesetz, Erlass Spitalbeteiligungsgesetz (SpiBG)» wieder auf. Er überprüft den Inhalt des aktuellen Gesetzesentwurfs (von April bis Juli 2023 in der Vernehmlassung) auf Anpassungsbedarf aufgrund der Erkenntnisse und formulierten Stossrichtungen von «Gesundheit BL 2030». Insbesondere ist vertieft abzuklären, wie die finanzielle Unterstützung von versorgungsrelevanten Leistungserbringern vor dem Hintergrund der Gleichbehandlung zu regeln ist.

**Umsetzungszeitplan**

|                                                      | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                               | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| Überprüfung / Überarbeitung des VNL-Gesetzesentwurfs |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RR verabschiedet Gesetzesentwurf in Vernehmlassung   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Spitalgesetz in Vernehmlassung                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RR verabschiedet LR-Vorlage Revision Spitalgesetz    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Beschluss Landrat                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Inkrafttreten neues Spitalbeteiligungsgesetz         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**8.14. WEITERENTWICKLUNG GGR INKL. SPITALLISTE 2.0**

Nach Vorliegen der gemeinsamen Wirkungsanalyse 2025 gilt es, die Steuerungsinstrumente und Vergabekriterien für die Spitalliste Akutsomatik 2.0 so auszurichten, dass die Ausgaben für unnötige Gesundheitskosten, die von der Bevölkerung des Kantons getragen werden, auf ein Minimum reduziert werden. Der Fokus liegt darauf, dass Kostendifferenzen für gleiche Leistungen durch geeignete Anreizsysteme minimiert werden. Ähnliche Analysen sind für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation geplant.

Die Mechanik im Hinblick auf die Nutzung des Kostensenkungspotentials im Rahmen der Spitalliste 2.0 sowie der GGR allgemein und zwischen den beiden Partnerkantonen der GGR, ist noch zu definieren. Die Einführung von Referenztarifen<sup>18</sup> oder eine Kündigung resp. Neuverhandlung des Staatsvertrags bleiben vorbehalten.

**Umsetzungszeitplan**

|                                                           | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|-----------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                                    | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| RRB Implikationen Wirkungsanalyse an RR                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Festlegung der Steuerungsinstrumente SL 2.0               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Festlegung der Vergabekriterien SL 2.0                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Veröffentlichung VPB und Start Bewerbungsverfahren SL 2.0 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Verabschiedung prov. SL für Anhörung                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RRB Spitalliste 2.0 an RR                                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

<sup>18</sup> Nach Art. 41 Abs. 1bis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter all jenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

## 8.15. GESETZLICHE GRUNDLAGEN EG EFAS

Der Kanton überprüft, welche gesetzlichen Anpassungen im Kanton aufgrund der am 24. November 2024 vom Stimmvolk beschlossenen einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (EFAS) notwendig sind: Arbeitstitel «Einführungsgesetz EFAS».

## Umsetzungszeitplan

|                                                                  | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                                                           | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| Prüfung Revisionsbedarf GesG                                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RR verabschiedet Gesetzentwurf EG EFAS / GesG für Vernehmlassung |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RR verabschiedet LR-Vorlage EG EFAS / GesG                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Beschluss Landrat                                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Inkrafttreten EG EFAS / GesG                                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 8.16. GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN

Die aktuelle Bestellung der GWL wird um 2 Jahre verlängert und für die neue Leistungsperiode ab dem Jahr 2028 in Abhängigkeit mit der Versorgungsstrategie auf Basis «Gesundheit BL 2030» neu verhandelt.

## Umsetzungszeitplan

|                                 | 24 | 25 |    |    |    | 26 |    |    |    | 27 |    |    |    | 28 |    |    |    |
|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etappe                          | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| RRB Verlängerung GWL - LRV      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RRB GWL – Mandat                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| GWL – Landratsbeschluss 2028 ff |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 8.17. ORGANISATION AMT FÜR GESUNDHEIT

Das Amt für Gesundheit der VGD wird vor dem Hintergrund der Umsetzung von «Gesundheit BL 2030» die eigene Organisation prüfen und bei Bedarf anpassen.

## Umsetzungszeitplan

[illegible]

## 9. EXKURS – GESUNDHEITSVERSORGUNG HEUTE UND IN DER ZUKUNFT

### 9.1. DIE VERSORGUNG HEUTE

#### 9.1.1. UNKOORDINIERTER AMBULANTE VERSORGUNG VON CHARLIE B.

Charlie B. (43) hat seit einigen Tagen diffuse Schmerzen beim Atmen, welche kommen und gehen. Da er vor drei Jahren in die Region umgezogen ist, hat er noch keinen Hausarzt. In seiner Nachbarschaft befindet sich die Praxis eines Lungenfacharztes – dort wendet er sich hin. Nach einem langwierigen administrativen Aufnahmeprozess stellt der Arzt einige Fragen, die einen dringlichen medizinischen Notfall ausschliessen. Es werden daher verschiedene Untersuchungen vorgenommen, und auch eine Blutentnahme wird veranlasst. Charlie B. wird gebeten, am nächsten Tag nochmal vorbeizukommen.

Am Folgetag führten die Untersuchungen leider zu keiner abschliessenden Klärung, so dass der Lungenspezialist Charlie B. für weitere Untersuchungen zu einer befreundeten Kardiologin überweist. Auch sie kann nach umfangreicher Diagnostik keine Ursachen für die Schmerzen finden. Charlie B. soll aber nochmals für ein Langzeit EKG vorbeikommen. Aufgrund der Beschwerden empfiehlt die Kardiologin Charlie B., in das Ambulatorium der regionalen Klinik zu gehen.

Nach einer längeren Wartezeit ist Charlie B. im Ambulatorium an der Reihe und schildert seine Beschwerden und die bisherigen Untersuchungen. Charlie B. hat keine Befunde und Ergebnisse der vorgängigen Konsultationen dabei, so dass der Assistenzarzt für Charlie B. einen umfangreichen Untersuchungsgang vorsieht, dessen Ergebnisse anschliessend noch mit fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen besprochen werden müssen. Leider sind diese derzeit mit dringlichen Notfällen befasst oder im Operationssaal nicht abkömmlich. Charlie B. geht es im Moment nicht schlecht. Er soll daher nach Hause gehen und in den nächsten Tagen zur Besprechung vorbeikommen.

Nach zwei Tagen hat die Klinik gute Nachrichten. Die diffusen Schmerzen werden durch Probleme in der Brustwirbelsäule verursacht, welche zu Verspannungen und Nervenreizung geführt haben. Der Klinikarzt empfiehlt eine physiotherapeutische Behandlung – Charlie B. soll sich bitte selbst darum kümmern.

Charlie B. sucht an seinem Wohnort nach einem physiotherapeutischen Angebot. Die Behandlung startet zwei Wochen später. Bis dahin hat sich Charlie B. mit Schmerztabletten beholfen, die ihm von der Klinik verschrieben worden waren.

Die Behandlung bei der Physiotherapeutin schlägt an – Charlie ist glücklich und froh, dass das Kapitel für ihn abgeschlossen ist. Die Ergebnisse der Diagnostik hat er bereits wieder vergessen.

#### 9.1.2. DER STATIONÄRE AUFENTHALT VON VRENI K.

Vreni K. (79) wohnt mit ihrem Ehemann (82) seit 60 Jahren in ihrem Haus im Oberbaselbiet. Ihr langjähriger Hausarzt hat vor zwei Jahren die Praxis aufgegeben. Glücklicherweise haben Vreni und ihr Mann eine Hausärztin gefunden – die Praxis hat an drei Tagen die Woche geöffnet. «Kein Problem – wir können es uns ja so einrichten», denkt Vreni.

Als Vreni nachts über starke Schmerzen klagt, ruft ihr Mann bei der Sanitätsnotrufzentrale an. Ein Rettungswagen transportiert Vreni in die nächstgelegene Notfallstation. Vreni wird stabilisiert und fühlt sich schon wieder viel besser. Für weitere Untersuchungen wird Vreni stationär aufgenommen, da ihr Mann Vreni nicht täglich zur Durchführung der Untersuchungen ins Spitalambulatorium fahren kann (er leidet unter leichter Demenz).

Ihr Ehemann lässt sich nach Hause fahren – mit Unterstützung von Nachbarn kann er Vreni in den kommenden Tagen besuchen. Leider verschlechtert sich der Zustand von Vreni aufgrund einer Lungenentzündung. Erst

nach 10 Tagen geht es Vreni etwas besser. Sie darf für wenige Tage nach Hause, um dann eine Rehabilitation anzutreten. Leider erholt sich Vreni auch in der Rehabilitationsklinik nicht so, dass sie dauerhaft wieder nach Hause könnte. Ein Platz in einem Pflegeheim kann die Versorgungsregion voraussichtlich in drei Monaten anbieten. So lange kümmern sich ihr Ehemann und die Spitex um Vreni.

Nachdem für Vreni ein Platz im Pflegeheim frei geworden ist, unterstützt die Spitex den leicht dementen Ehemann von Vreni im täglichen Leben allein zuhause. Wie lange er das noch schafft? Vielleicht wird ja bald ein Platz im Pflegeheim seiner Frau frei ...

## 9.2. DIE VERSORGUNG DER ZUKUNFT

### 9.2.1. DEZENTRAL UND VERNETZT: DIE VERSORGUNG VON CHARLIE B.

Charlie B. wird sich mit seinen Beschwerden in einem der nahegelegenen Gesundheitszentren vorstellen. Das Team des Gesundheitszentrums bildet verschiedene Disziplinen ab und verfügt über eine Diagnostik, die ein breites Spektrum abdeckt. Ergänzt bietet das Zentrum noch therapeutische Angebote an. Die gesamte Diagnostik und Behandlung von Charlie B. wird im Gesundheitszentrum durchgeführt – die Ärztinnen und Ärzte konsultieren sich interdisziplinär und befinden gemeinsam. Die Physiotherapie schliesst frictionsfrei an. Die Vergütung erfolgt ambulant-pauschalisiert, so dass die Effizienzgewinne zwischen Krankenversicherern und Gesundheitszentrum geteilt werden. Charlie B. profitiert vom vergünstigten Krankenversicherungsbeitrag für die Inanspruchnahme des koordinierten Versorgungsangebotes in BL. Nach Zustimmung von Charlie B. wird die elektronische Krankenakte im Gesundheitszentrum hinterlegt. Auf diese können Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler der Region zugreifen, welche mit dem Gesundheitszentrum kooperieren.

### 9.2.2. DEZENTRAL UND VERNETZT: DIE VERSORGUNG VON VRENI K.

Die Hausärztin von Vreni K. und ihrem Mann hat sich dem Team des Gesundheitszentrums angeschlossen und ist am Gesundheitszentrum – wie ein Teil der übrigen Ärztinnen und Ärzte – beteiligt. Das Gesundheitszentrum hat ab 23 Uhr nicht mehr geöffnet, so dass Vreni im Spitalnotfall stabilisiert wird. Vreni wird angeboten, die weitere Behandlung durch das Spital in ihrem häuslichen Umfeld durchzuführen. Da im Gesundheitszentrum auch Ärztinnen und Ärzte des Spitals arbeiten, wird die Behandlung «Hospital@Home» von diesem Standort durchgeführt. Bereits am Vortag haben die Mitarbeitenden des Gesundheitszentrums dies zusammen mit ihrem Ehemann vorbereitet. Vom Spital erhält Vreni ein digitales Überwachungsinstrument, welches mit dem Gesundheitszentrum und der Sanitätsnotrufzentrale verbunden ist. Für die Rückfahrt ins Oberbaselbiet ist gesorgt. Ein privater Transportdienst übernimmt diesen. Als Vreni das Spital verlässt, ist alles für eine Behandlung im Hospital@Home vorbereitet. Die Krankenakte von Vreni im Gesundheitszentrum wurde vom Spital bereits um die Befunde ergänzt.

Die nachfolgenden Tage wird Vreni täglich vom mobilen Team des Gesundheitszentrums ärztlich betreut. Die Pflege wird von einer mit dem Gesundheitszentrum kooperierenden Spitex geleistet. Aufgrund des bekannten Umfeldes erholt sich Vreni sehr schnell. Die Ärzte des Spitals stellen fest, dass der Aufenthalt in einer geriatrischen Rehabilitation nicht notwendig ist. Die positiven Erfahrungen mit dem Gesundheitszentrum und der regionalen Spitex machen Vreni und ihrem Mann Hoffnung, dass sie selbstbestimmt noch einige Jahre in ihrem Haus leben können.

Die Vergütung für die Leistungserbringung erfolgt über den Tarif «Hospital@Home» des Kantons BL, welchen das Spital mit dem Kanton BL und verschiedenen Krankenversicherern abgeschlossen hat. Da das Gesundheitszentrums Teil des Gesundheitsnetzwerks BL ist, gilt der stationär-ersetzende Tarif auch für die Behandlung von Vreni im Gesundheitszentrum.

## ANHANG – ÜBERSICHT DER GEPRÜFTEN STRATEGISCHEN VARIANTEN FÜR DAS KANTONSPITAL BASELSTADT

Insgesamt wurden neun Varianten sowie mehrere Untervarianten geprüft.

### GEPRÜFTE VARIANTEN PHASE 1

In einer ersten Phase wurden im Evaluationsprozess folgende vier Varianten verworfen.

#### VERZICHT AUF EIN KSBL

##### Kurzbeschreibung:

Diese Variante beinhaltet den Verzicht auf ein kantonseigenes, öffentlich-rechtliches Spital der erweiterten Grundversorgung.

##### Prüfergebnis:

Knapp zwei Drittel der stationär behandelten Patientinnen und Patienten des Kantons Basel-Landschaft werden in den beiden öffentlichen Spitälern (KSBL und USB) versorgt. Dabei beträgt der Marktanteil des KSBL an den stationären Fällen mit Wohnort Basel-Landschaft 37%, resp. 17'500 Fälle.

Bei vollständigem Verzicht auf das KSBL als öffentlich-rechtlichem Anbieter der erweiterten Grundversorgung werden die zwingenden Auflagen 1 (teilweise) und 2 (gänzlich) gemäss Kapitel 4.1.1 verletzt. Auch ist zu erwarten, dass die Verschiebung der Leistungserbringung in das USB insbesondere im Bereich der erweiterten Grundversorgung die Auflage 3 verletzt.

##### Fazit:

Aus diesen Überlegungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass diese Variante nicht weiterverfolgt wird.

#### VERKAUF DES KSBL AN DRITTE UND LEISTUNGSEINKAUF DURCH KANTON

##### Kurzbeschreibung:

Diese Variante beinhaltet den Verkauf des KSBL an einen Dritten und den Einkauf der aus Versorgungssicht benötigten Leistungen mittels Vergabe von Leistungsaufträgen.

##### Prüfergebnis:

Gemäss Gutachten des Rechtsdienstes von Regierungsrat und Landrat ist ein Verkauf des KSBL nicht konform mit Paragraph 11 der Kantonsverfassung: «er [der Kanton] führt medizinische Anstalten». Der Verkauf des KSBL würde also eine Verfassungsänderung und damit eine Volksabstimmung notwendig machen. Dies bedeutet einen komplexen, mehrjährigen und -stufigen Prozess in einem politischen Umfeld. Mit der dadurch erzeugten Unsicherheit bei den Mitarbeitenden des KSBL, den zuweisenden Hausärztinnen und Hausärzten sowie bei den Patientinnen und Patienten dürfte eine massive Destabilisierung des KSBL einhergehen. Unabhängig vom Ausgang der Abstimmung birgt dieses Szenario das Risiko eines nicht mehr überlebensfähigen KSBL, welches massiv nachfinanziert oder gar (teil)liquidiert werden müsste.

Würde die Baselbieter Stimmbevölkerung dem Verkauf zustimmen, ergäben sich in einer zweiten Stufe weitere Fragen, zum Beispiel nach dem Verkaufsgegenstand (Unternehmen, Gebäude, Land), nach der Abhängigkeit von einem Drittanbieter aus Versorgungssicht. Schliesslich wäre im Hinblick auf die Sicherstellung der teuren Grundversorgung inkl. Notfallstation im ländlichen Raum auch ein Drittanbieter als systemrelevant einzustufen, so dass dem Kanton weiterhin ein erhebliches finanzielles Risiko bleibt.

Auch bei der Variante «Verkauf des KSBL» besteht die Möglichkeit, dass die Leistungserbringung insbesondere im Bereich der erweiterten Grundversorgung insgesamt zu höheren Kosten geschieht und damit die Prämienzahlenden und den Kanton finanziell zusätzlich belastet, womit auch die Auflage 3 aus Versorgungssicht («Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich») nicht erfüllt wäre.

Fazit:

Aus diesen Überlegungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass diese Variante nicht weiterverfolgt wird.

## UNIVERSITÄTSSPITAL BEIDER BASEL (USB<sup>B</sup>)

Kurzbeschreibung:

Diese Variante beinhaltet die Fusion des KSBL mit dem USB.

Prüfergebnis:

Anders als im Fusionsprojekt «Universitätsspital Nordwest 2019» sind mittlerweile zentrale potenzielle Synergien zwischen dem USB und dem KSBL nicht mehr realisierbar. Der Neubau des Klinikums 2 beim USB wie auch die Planungen rund um das Klinikum 3 des USB setzen einer gemeinsamen Sicht im Hinblick auf eine bikantonale Infrastrukturplanung enge Grenzen.

Des Weiteren ergeben sich sehr ähnlich lautende Argumente wie bei der Variante Verkauf des KSBL: Zum einen wäre ebenfalls eine Verfassungsänderung nicht auszuschliessen, da eine allfällige Minderheitsbeteiligung des Kantons Basel-Landschaft an einem USB<sup>B</sup> nicht konform mit der heutigen Rechtslage ist. Die damit notwendigen Planungen im Hinblick auf eine neuerliche Fusionsabstimmung bedeuten wiederum einen komplexen, mehrjährigen und -stufigen Prozess in einem politischen Umfeld. Damit würde – wie bereits bei der ersten Fusionsplanung – eine grosse Unsicherheit bei gleichzeitig ungewissem Ausgang dazu führen, dass das KSBL als Arbeitgeber an Attraktivität verliert, medizinische Schlüsselpersonen und mit ihnen ganze Fach- und Spezialistenteams und damit auch die Patientinnen und Patienten zur Konkurrenz abwandern. Ein erneutes Scheitern der Fusion könnte ein substanziell geschwächtes KSBL zur Folge haben, welches nachfolgend massiv nachfinanziert oder gar (teil)liquidiert werden müsste.

Schliesslich ist nicht auszuschliessen, dass bei einer Fusion mit dem USB je nach Leistungsprofil die höhere Kostenstruktur des USB dazu führt, dass im Bereich der erweiterten Grundversorgung die Leistungserbringung für die Prämienzahlenden und den Kanton mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Diese Erfahrung führt im Übrigen dazu, dass z.B. im Kanton Waadt aktuell die Errichtung eines Stadtsitals als Ergänzung zum USB geprüft wird.<sup>19</sup> Die Auflage 3 aus Versorgungssicht («Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich») wäre bei steigenden Kosten nicht erfüllt.

Fazit:

Aus diesen Überlegungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass diese Variante nicht weiterverfolgt wird.

## FOKUS VORWÄRTS

Kurzbeschreibung:

Diese Variante beinhaltet eine modifizierte Version der heutigen Strategie «Fokus». Sie geht davon aus, dass mit einer aggressiven Vorwärtsstrategie die Rentabilität durch Zugewinne an Marktanteilen erhöht werden kann. Entsprechend ist auch das Infrastrukturprogramm auf diese Strategie ausgerichtet und geht von einem signifikanten höheren stationären Bedarf aus.

<sup>19</sup> <https://www.medinside.ch/waad-parlament-will-ein-stadtsital-fuer-lausanne-20240424>

Prüfergebnis:

Eine Vorwärtsstrategie mit einem Ausbau an stationären Infrastrukturen entspricht weder den gesundheitspolitischen Zielsetzungen im Hinblick auf eine verstärkte Ambulantisierung, noch widerspiegelt sie die marktlichen Realitäten. Entsprechend ist das Risiko für Fehlinvestitionen und das Schaffen von nicht zukunftsgerichteten und damit teuren Infrastrukturen als hoch einzustufen. Die Auflage des Eigners («nachhaltig finanzielles Gleichgewicht des KSBL») wird damit nicht erfüllt.

Fazit:

Aus diesen Überlegungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass diese Variante nicht weiterverfolgt wird.

## GEPRÜFTE VARIANTEN PHASE 2

In der zweiten Phase, mit einer vertieften Prüfung, wurde nachfolgende Variante verworfen.

### RÜCKZUG (REGIONALSPITAL AM STANDORT LIESTAL)

#### Kurzbeschreibung:

Zielbild: Konzentration der stationären Leistungen in Liestal, Aufgabe des Standorts Bruderholz

In der Option «Rückzug» wird durch die Konzentration auf ein Regionalspital in Liestal für den Kanton Basel-Landschaft eine signifikante Reduzierung des finanziellen Engagements und Risikos angestrebt. Stationäre Leistungen werden zentral an einem stationären Standort in Liestal erbracht. Am Standort Liestal werden im Rahmen der erweiterten Grundversorgung in der akutsomatischen Medizin die definierten Schwerpunkte betrieben und mit entsprechender Diagnostik, Bildgebung und Notfallstation (7/24 inkl. einer IPS) ausgestattet. Dieser Wandel geht einher mit der Versorgungsstrategie des Kantons. Allfällige Partnerschaften müssen definiert werden. Das Gesundheitszentrum Laufen ergänzt das akutsomatische Portfolio des KSBL mit einem Walk-In Notfall (7/24) und ambulanten Sprechstunden. Zusätzlich erfolgt der Aufbau eines Gesundheitszentrums in der Region Münchenstein.

#### Prüfergebnis:

Am Standort Liestal hat es im bestehenden Perimeter zu wenig Raum für das Angebot im Umfang des Standorts Bruderholz. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass ein grosser Teil der Patientenströme des Standorts Bruderholz nicht nach Liestal, sondern Richtung Basel geht.

Analysen machen deutlich, dass diese Variante keine Aussicht auf einen rentablen Betrieb bietet. Bei einem Rückzug auf den Standort Liestal fehlt der notwendige Cash-Flow aus dem Standort Bruderholz und verbleibt die EBITDA über die gesamte Planungsperiode unter der für das betriebliche Überleben notwendigen Grösse. Damit drohen ein permanenter Kapitaleinschuss sowie höhere Abgeltungen für GWL. Zudem ist der Rückzug aus Versorgungssicht kurz- und mittelfristig nicht umsetzbar, da insbesondere die Auflage (rote Linie) aus Versorgungssicht «intensivmedizinische Versorgung und Notfall» für das mittlere und obere Baselbiet nicht sichergestellt werden kann. Schliesslich ist zu erwarten, dass die Leistungserbringung insbesondere im Bereich der erweiterten Grundversorgung insgesamt zu höheren Kosten geschieht und damit die Prämienzahlenden und den Kanton finanziell zusätzlich belastet, womit auch die Auflage 3 aus Versorgungssicht («Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich») nicht erfüllt wäre.

#### Fazit:

Aus diesen Überlegungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass diese Variante nicht weiterverfolgt wird.

## GEPRÜFTE VARIANTEN PHASE 3

In der dritten Phase wurde eine Variante verworfen und eine weitere als Ausgangslage für die beiden zur Weiterbearbeitung empfohlenen Varianten definiert:

### ROTE LINIE & FACHKLINIKEN

#### Kurzbeschreibung:

Zielbild: Konzentration der stationären Leistungen auf die Angebote, die aus Versorgersicht zu erbringen sind (rote Linie gemäss Kapitel 4.1.1) ergänzt um die rentablen Fachkliniken. Nicht rentable Leistungen werden nicht mehr erbracht.

Diese Fokussierung erlaubt es, die zwei bestehende Standorte Liestal und Bruderholz zu redimensionieren. Die Vorhalteleistungen auf dem Bruderholz werden reduziert, indem die IPS abgebaut und auch die Notfallkategorie am Standort auf Stufe 3 reduziert wird. Die akutsomatischen Standorte werden ergänzt durch das bestehende Gesundheitszentrum in Laufen wie auch einen Kranz von neuen Praxen. Die Praxen werden gezielt in strategisch relevanten Fächern etabliert und dienen auch als Basis für Hospital@Home-Teams. Die Ambulantisierung des medizinischen Angebots wird sowohl auf Seiten Tarife wie Betrieb forciert, mit dem Ziel auch neue ambulante Leistungen wie Hospital@Home und Ambulant+ für Patienten attraktiv und effizient zu gestalten.

#### Prüfergebnis:

Die Variante erwies sich langfristig als betrieblich nicht tragfähig. Die Einschränkung des medizinischen Portfolios aus Rentabilitätsgründen ist medizinisch nicht begründbar und birgt die Gefahr, dass Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Patientinnen und Patienten das Angebotsportfolio als diffus wahrnehmen, nicht verstehen und ausweichen. Mit dem Wegfall des «One-Stop-Shops» für die gesamte erweiterte Grundversorgung sinkt die Attraktivität für die Zuweisenden sowie die Patientinnen und Patienten. Die Economies of Scale gehen aufgrund des ausgedünnten Angebots verloren (Standardisierungspotential) und es findet eine starke Reduktion der Aus- und Weiterbildungsfunktion des KSBL statt. Auch Mitarbeitende dürften ein derart reduziertes Leistungsspektrum nicht mittragen und das KSBL verlassen. In der Konsequenz führt der Verzicht auf gewisse nicht rentable Leistungen zu einem Patientenverlust in für den betrieblichen Erfolg relevanten Leistungsbereichen. Schliesslich würde aufgrund unpassender aktueller Infrastruktur ein überproportional teurer Neubau notwendig. Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass eine Ausdünnung des Leistungsangebotes auf die rein rentablen Fachbereiche weder medizinisch, unternehmerisch noch finanziell attraktiv ist.

#### Fazit:

Aus diesen Überlegungen kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass diese Variante nicht weiterverfolgt wird.

### FOKUS PLUS

#### Kurzbeschreibung:

Zielbild: Erweiterte Grundversorgung über zwei Spitalstandorte plus vom VR in Auftrag gegebenes Ergebnisverbesserungsprogramm.

Medizinische Leistungen werden an den zwei bestehenden Standorten Liestal und Bruderholz erbracht. Dadurch können Investitionen und Abschreibungen minimiert werden. Am Standort Liestal werden die definierten Zentren Universitäre Innere Medizin, Bauch, Herz, Gefäss & Thorax und Onkologie & Hämatologie betrieben. Die Spezialkliniken HNO, Gynäkologie und Urologie vervollständigen das medizinische Angebot. Am Standort Bruderholz liegt der Schwerpunkt des Leistungsangebotes auf dem Zentrum Altersmedizin & Rehabilitation sowie auf dem Zentrum Bewegungsapparat. Beide Standorte betreiben eine IPS und einen Notfall Kategorie 2. Die akutsomatischen Standorte werden ergänzt durch das bestehende Gesundheitszentrum in Laufen. Eine weitere Ambulantisierung ist nicht vorgesehen.

Ein vom Verwaltungsrat in Auftrag gegebenes Ergebnisverbesserungsprogramm für die Jahre 2024–2028 erlaubt eine signifikante Ergebnisverbesserung gemäss Finanzplan. Diese Variante macht deutlich, dass die betriebliche Effizienz der entscheidende Faktor für die Erreichung eines positiven Eigenkapitalwerts ist.

Fazit:

«Fokus plus» definiert erstens das Leistungsangebot des KSBL für die beiden zur Weiterbearbeitung empfohlenen Varianten und zeigt zweitens den für einen nachhaltig wirtschaftlichen Betrieb und die Erreichung eines positiven Eigenkapitalwerts notwendigen Umfang des Ergebnisverbesserungsprogramms auf. «Fokus plus» verzichtet jedoch auf eine forcierte Ambulantisierung, welche im Hinblick auf die Gesundheitskosten- und Prämienentwicklung von grosser Bedeutung ist, weshalb sie nicht als eigenständige Variante weiterverfolgt wird.

## GEPRÜFTE VARIANTEN PHASE 4

Die zur Weiterbearbeitung empfohlenen Varianten «Fokus plus ambulant» sowie «Grüne Wiese» sind ab Seite 17 beschrieben.



