

GESUNDHEIT BL 2030

STATUSBERICHT 2026



IMPRESSUM

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL
Bahnhofstrasse 5
4410 Liestal

www.GesundheitBL2030.ch

06.05.2026: Ausgabe 2.0 (Statusbericht 2026 zu Rahmenkonzept)

29.11.2024: Ausgabe 1.0 (Rahmenkonzept)

Titelbild: www.freepik.com

INHALT

1. In Kürze...	05
2. Ausgangslage, Vorgehen, Grundsätze	06
2.1. Langfristplanung des Regierungsrats	06
2.2. Ausgangslage	06
2.3. Konnex «Gesundheit BL 2030» zu weiteren Themenfeldern	07
2.4. Programmstruktur	08
2.5. Arbeitsgrundsätze	08
2.6. Dialogplattform	09
2.7. Statusbericht 2026	10
3. Versorgungsmodell Baselland	11
3.1. Integrierte Versorgung – Modell der Zukunft	11
3.2. Ausgangslage	11
3.3. Zielsetzung	11
3.4. Vorgehen	12
3.5. OpenHealth BL	14
3.6. Mehrwert Versorgungsmodell BL	16
Anhang 1 – Status Massnahmenprogramm	18
Anhang 2 – Statusberichte einzelner Arbeitsgruppen der Dialogplattform	30



**«WER ETWAS WAGT, KANN VERLIEREN.
WER NICHTS WAGT, HAT SCHON VERLOREN.»**

Thomi Jourdan, Vorsteher der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER

Im November 2024 hat der Regierungsrat mit «Gesundheit BL 2030» ein Rahmenkonzept für die Gesundheitsversorgung in unserem Kanton veröffentlicht. Darin wurden das Zielbild, die Handlungsfelder und ein Massnahmenprogramm festgelegt. Seither haben wir die Grundlagen erarbeitet, um dieses Zielbild schrittweise in die Realität zu überführen.

Die Dialogplattform mit über 80 beteiligten Leistungserbringern, Verbänden und Organisationen bildet das Herzstück von «Gesundheit BL 2030». Denn eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung entsteht durch den echten Willen aller Akteure, gemeinsam Neues zu gestalten. Die vergangenen 18 Monate haben gezeigt, was möglich ist, wenn Kanton und Leistungserbringer partnerschaftlich und auf Augenhöhe zusammenarbeiten: In selbstorganisierten Arbeitsgruppen und gemeinsamen Fokusgruppen wurden Lösungen entwickelt, erprobt und weitergebaut — nicht top-down verordnet, sondern gemeinsam erarbeitet.

Mit dem «Versorgungsmodell BL» wird ein in dieser Form neuartiges, versichererübergreifendes und flächendeckendes integriertes Versorgungsmodell entwickelt, mit «OpenHealth BL» die dafür notwendige digitale Grundlage geschaffen. Noch 2026 soll die Weichenstellung für die stationäre Versorgung der Baselbieter Bevölkerung mit dem Standortentscheid KSBL erfolgen.

Der «Statusbericht 2026» fokussiert auf das Versorgungsmodell BL sowie die Dialogplattform und legt für die verschiedenen Massnahmen aus Gesundheit BL 2030 Rechenschaft darüber ab, was erreicht wurde, welchen Stolpersteinen wir begegnet sind, was wir aufgeben mussten — und zeigt auf, welche Schritte als Nächstes anstehen. «Gesundheit BL 2030» ist kein Konzept auf Papier, sondern ein Entwicklungsprozess, der Fahrt aufgenommen hat. Ich danke allen Beteiligten herzlich für ihr Engagement, ihre Offenheit und ihr Vertrauen in diesen gemeinsamen Weg.

1. IN KÜRZE...

Im November 2024 hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft das «Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030» veröffentlicht. Dieses beschreibt das Zielbild des Regierungsrats sowie Handlungsfelder für die zukünftige Gesundheitsversorgung im Kanton:

- **Ambulant**
Medizinische Leistungen werden, wo medizinisch sinnvoll und vertretbar, ohne stationären Aufenthalt und damit ohne Übernachtung erbracht.
- **Dezentral wohnortsnah**
Im Baselbiet ist ein wohnortsnaher Zugang zur medizinischen Grundversorgung sichergestellt.
- **Vernetzt**
Medizinische Leistungserbringer arbeiten vernetzt und koordiniert zusammen.
- **Fokussiert stationär**
Die Spitalinfrastruktur wird vorausschauend weiterentwickelt und antizipiert die Auswirkungen der gesellschaftlichen, technologischen und medizinischen Entwicklungen.
- **Digitalisiert**
Die digitale Transformation des Gesundheitssystems im Kanton Basel-Landschaft wird unterstützt.

Die daraus abgeleiteten Massnahmen wurden in den vergangenen 18 Monaten unter Einbezug von Leistungserbringern, Verbänden, Organisationen und Krankenversicherern bearbeitet. Dabei hat sich zum einen die grundsätzliche Richtigkeit der Handlungsfelder bestätigt. Zum anderen zeigte sich die Notwendigkeit, die Einzelmassnahmen nicht singular, sondern zusammenhängend im Hinblick auf die Entwicklung eines zukünftig verstärkt integralen Versorgungsverständnisses zu betrachten.

Entsprechend dem Rahmenkonzept wurden parallel zu den verschiedenen Massnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung, die Standortfrage Kantonsspital Basel-Land (KSBL) sowie die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Gesundheitsregion GGR gemäss dem ursprünglich skizzierten Projektplan weiterbearbeitet.

Der vorliegende «Statusbericht 2026» zu Gesundheit BL 2030 legt den aktuellen Stand der Arbeiten dar und zeigt die nächsten Schritte in der Umsetzung des Zielbildes auf. Die Arbeitsfortschritte waren nur dank der grossen Kooperationsbereitschaft der Akteure im kantonalen Gesundheitswesen möglich. Der Regierungsrat sieht in diesem partnerschaftlichen, dialogbasierten Vorgehen heute und in Zukunft den zentralen Erfolgsfaktor für Gesundheit BL 2030.

2. AUSGANGSLAGE, VORGEHEN, GRUNDSÄTZE

2.1. LANGFRISTPLANUNG DES REGIERUNGSRATS

In der [Langfristplanung](#) beschreibt der Regierungsrat seine Vision für die Gesundheitsversorgung:

«Der Regierungsrat will

- die optimierte Gesundheitsversorgung im ambulanten, intermediären und stationären Bereich vorantreiben und auch mittels innovativer Projekte die Verlagerung von stationär zu ambulant forcieren.
- den Anstieg der Gesundheitskosten im stationären wie auch im ambulanten Bereich durch regional koordinierte Massnahmen dämpfen.
- die Digitalisierung insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung 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.»¹

2.2. AUSGANGSLAGE

Das im November 2024 veröffentlichte [«Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030»](#) konkretisiert die Vision des Regierungsrates betreffend Gesundheitsversorgung und setzt diese in Form eines Zielbildes in einen kontextuellen Rahmen mit Handlungsfeldern und konkreten Massnahmen.

Das Konzept beschreibt verschiedene gesellschaftliche, medizinische sowie technologische Herausforderungen, Entwicklungen und Trends und leitet daraus die Ambition ab, «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.»²

Fünf Handlungsfelder definieren die zukünftige Stossrichtung der Baselbieter Gesundheitsversorgung:

1. Ambulant

Medizinische Leistungen werden, wo medizinisch sinnvoll und vertretbar, ohne stationären Aufenthalt und damit ohne Übernachtung erbracht.

2. Dezentral wohnortsnah

Im Baselbiet ist ein wohnortsnaher Zugang zur medizinischen Grundversorgung sichergestellt.

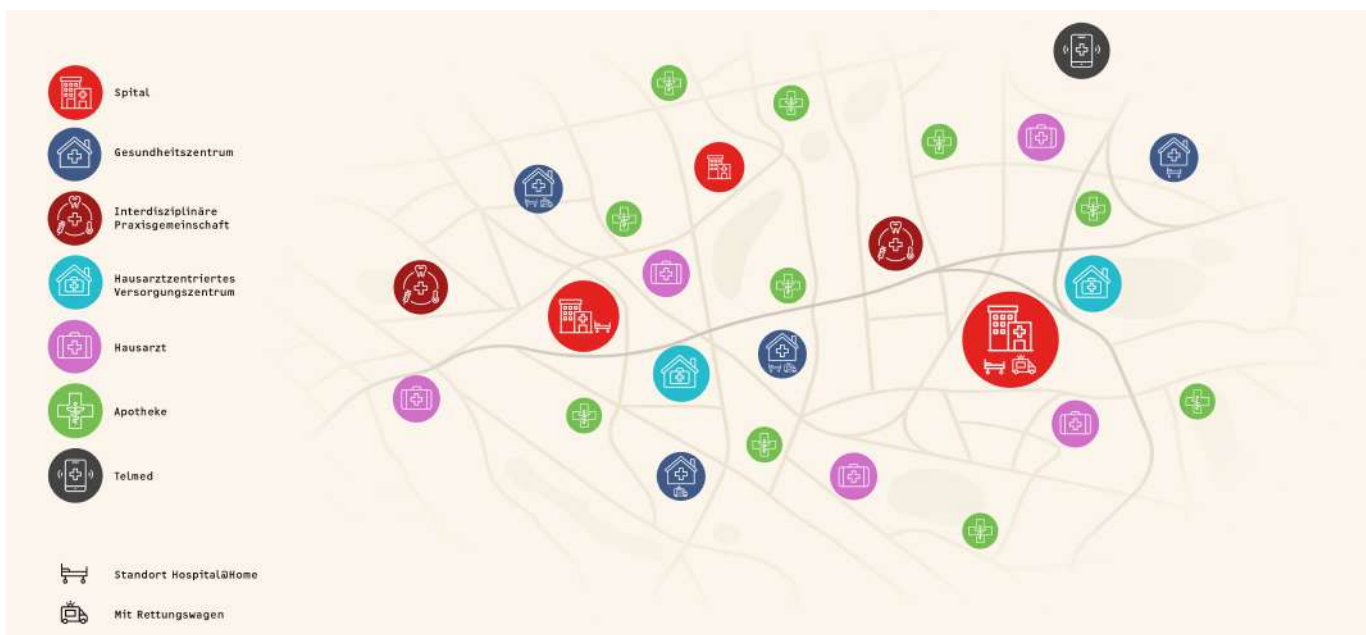


Abbildung 1: Zielbild «Gesundheit BL 2030», November 2024

¹ [Aufgaben- und Finanzplan 2026–2029](#), S. 33

² [Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030](#), S. 28

3. Vernetzt

Medizinische Leistungserbringer arbeiten koordiniert und vernetzt zusammen.

4. Fokussiert stationär

Die Spitalinfrastruktur wird vorausschauend weiterentwickelt und antizipiert die Auswirkungen der gesellschaftlichen, technologischen und medizinischen Entwicklungen.

5. Digitalisiert

Die digitale Transformation des Gesundheitssystems im Kanton Basel-Landschaft wird unterstützt.

Das daraus abgeleitete Zielbild wurde im Rahmenkonzept gemäss Abbildung 1 visualisiert.

Zur Umsetzung des Zielbilds «Gesundheit BL 2030» wurden in einem ersten Schritt 17 aufeinander abgestimmte Massnahmenpakete definiert (siehe Kapitel 8 im «Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030»).

2.3. KONNEX «GESUNDHEIT BL 2030» ZU WEITEREN THEMENFELDERN

Nach der Veröffentlichung des Rahmenkonzepts «Gesundheit BL 2030» ergab sich die Frage, inwieweit die Bereiche «Alter und Pflege», «Psychiatrie» sowie «Gesundheitsförderung und Prävention» Teil einer zukünftig

integralen Versorgungssicht und damit Bestandteil des Programms sein werden.

Sowohl für «Alter und Pflege», «Psychiatrie» als auch «Gesundheitsförderung und Prävention» bestehen auf Kantonsebene bereits verschiedene konzeptionelle und gesetzliche Grundlagen:

- Für Ersteres hat der Regierungsrat 2017/18 mit dem Konzept Palliativ Care³, der Demenz-Strategie⁴ sowie nachfolgend dem Alters- und Pflegegesetz (APG)⁵, konzeptionelle und gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen. Diese Entwicklung fand 2023 mit der Revision des Altersleitbilds ihre Fortsetzung. Im Jahr 2026 wurde, in Zusammenarbeit mit dem Verband der Baselbieter Gemeinden (VBLG), der Evaluationsprozess für das APG lanciert. Die Ergebnisse werden per Ende 2026 erwartet und bilden die Grundlage für die weitere Entwicklung im Bereich «Alter und Pflege».
- Im Dezember 2022 haben die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ein gemeinsames Psychatriekonzept⁶ veröffentlicht, das Empfehlungen zur Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Region abgibt. Dieses bildet u.a. die Grundlage für die gemeinsame Versorgungsplanung «Psychiatrie» in der Gemeinsamen Gesundheitsregion.

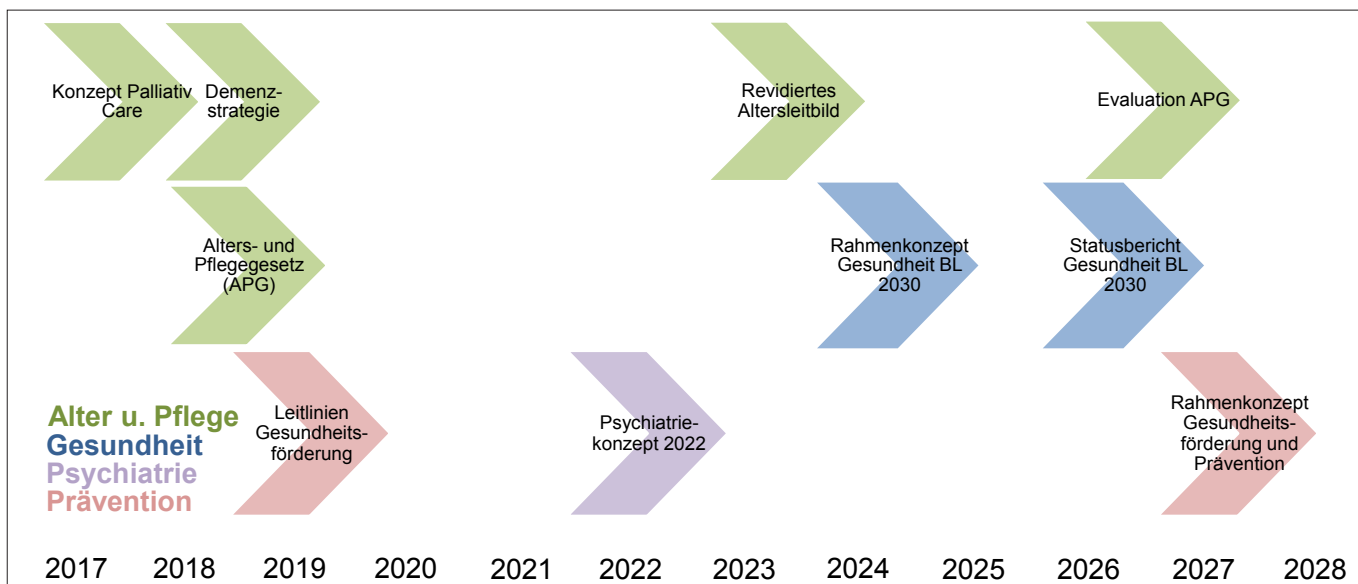


Abbildung 2: Konzeptioneller und gesetzlicher Rahmen

³ [Palliative Care: Konzept für den Kanton Basel-Landschaft](#)

⁴ [Demenzstrategie: Konzept für den Kanton Basel-Landschaft](#)

⁵ [SGS 941 - Altersbetreuungs- und Pflegegesetz – Kanton Basel-Landschaft – Erlass-Sammlung](#)

⁶ [Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft](#)

- Für den Bereich «Gesundheitsförderung und Prävention» bestehen aktuell «Leitprinzipien»⁷. Im laufenden Jahr wird zu klären sein, ob und wie diese zu einem Konzept Gesundheitsförderung und Prävention erweitert werden können.

Hingegen bestand im Kanton Basel-Landschaft bis Ende 2024 kein konzeptioneller Rahmen für die akutsomatische Versorgung. Das Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030» schloss diese Lücke. Gleichzeitig beschreibt das Zielbild die Notwendigkeit einer integrativen und vernetzten Arbeitsweise – und meint damit explizit den Einbezug weiterer Handlungsfelder. Entsprechend wird die Integration in das Programm «Gesundheit BL 2030» bei konzeptionellen und gesetzlichen Weiterentwicklungen von anderen Themen jeweils zu prüfen sein.

2.4. PROGRAMMSTRUKTUR

Das Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030» vom November 2024 gliederte sich in drei Teilbereiche, denen sich die 17 im Konzept beschriebenen Massnahmen zuordnen lassen:

- Strategie KSBL beinhaltet die Strategieüberprüfung sowie Klärung des zukünftigen Standortes für das Kantonsspital Baselland (KSBL)
- Versorgungsplanung beinhaltet u.a. die Evaluation und

Weiterentwicklung von Projekten der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) mit Basel-Stadt.

- Koordinierte Versorgung hat eine forciert ambulante, dezentral wohnortsnahe, vernetzte und digital unterstützte Gesundheitsversorgung zum Ziel.

Daraus ergibt sich folgende Projektstruktur, innerhalb derer die verschiedenen Massnahmen bearbeitet werden:

2.5. ARBEITSGRUNDSÄTZE

Das «Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030» beschreibt eine Reihe an aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen⁸: Die technologischen, medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen (Alterung, zunehmende Individualisierung, 24 Stunden-Gesellschaft, stärkeres Gesundheitsbewusstsein, Vielfalt der Familien- und Lebensformen) schaffen eine veränderte Ausgangslage für das Gesundheitswesen und eine gegenseitig höhere Anspruchshaltung aller Systembeteiligten. Dieser Entwicklung stehen eine ungenügende Digitalisierung, der hohe Kostendruck, das komplexe Finanzierungssystem, der steigende Fachkräftemangel sowie die allgegenwärtigen Fehlanreize für alle Systembeteiligten gegenüber. Dies alles führt zu einer hohen gesellschaftlichen Veränderungs-, Entwicklungs- und Innovationserwartung gegenüber den Versicherern, Leistungserbringern und der Politik.

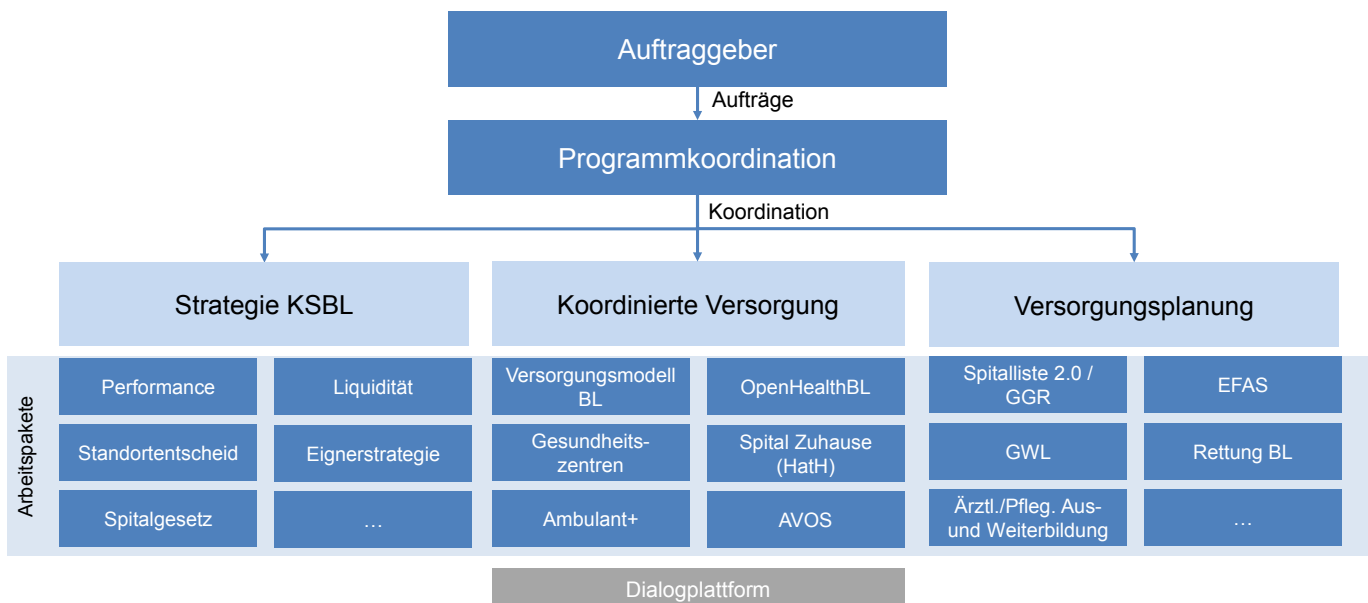


Abbildung 3: Organisation Programm «Gesundheit BL 2030»

⁷ [Leitprinzipien Gesundheitsförderung Baselland](#) vom August 2019

⁸ [Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030](#), Kapitel 2, S. 6ff

Mit «Gesundheit BL 2030» verfolgt der Regierungsrat das Ziel, die Gesundheitsversorgung des Kantons schrittweise zu einem verstärkt integrierten und vernetzten Versorgungssystem weiterzuentwickeln, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu stärken und einen Beitrag zur Dämpfung des Kostenwachstums zu leisten. Dabei anerkennt der Regierungsrat die Rolle der öffentlichen Hand, das System koordinierend und ermöglichend zu unterstützen, ohne die vom Gesetzgeber gewünschte marktliche Systemausrichtung im Gesundheitswesen unnötig einzuschränken. Entsprechend verfolgt der Regierungsrat einen partizipativen Ansatz, verbunden mit der Erwartung, dass sich Leistungserbringer, Verbände, Organisationen und Krankenversicherer verbindlich in diesen Prozess einbringen.

Für die Arbeiten im Programm «Gesundheit BL 2030» wurden folgende vier Arbeitsgrundsätze definiert:

- **Dialogbasiert und kooperativ**
Der Regierungsrat setzt bei der Bearbeitung von sämtlichen Massnahmen konsequent und verbindlich auf den Dialog und die partnerschaftliche Koordination und Kooperation mit Leistungserbringern, Verbänden, Organisationen und Versicherern.
- **Schrittweise und aufbauend**
Durch ein schrittweises Vorgehen werden Komplexität reduziert und Teilprojekte werden bearbeitbar. Das Zielbild «Gesundheit BL 2030» sichert die ganzheitliche Integration der Teilprojekte.
- **Vernetzt und interaktiv**
Teilprojekte werden vernetzt, interagierend und iterativ erarbeitet. Wirkungsabhängigkeiten werden erkannt, Synergien genutzt.
- **Ein lernendes System**
Das Zielbild «Gesundheit BL 2030» ist Ausgangslage und Ergebnis zugleich, die Weiterentwicklung ein lernendes System.

2.6. DIALOGPLATTFORM

Mit der Dialogplattform Gesundheit Baselland wurde im Juni 2024 – parallel zur Erstellung des Rahmenkonzepts «Gesundheit BL 2030» – die Grundlage für die kontinuierliche Vernetzung und Zusammenarbeit der relevanten Akteure im Baselbieter Gesundheitswesen gelegt. Die Dialogplattform dient dem Informationsaustausch sowie Abgleich zwischen der Direktion VGD, Leistungserbringern, Verbänden, Organisationen und Berufsgruppen zu Themen und Projekten aus den Bereichen «Gesundheit BL 2030», «Gesundheitsförderung und Prävention» sowie «Alter und Pflege». Überdies wird damit die Möglichkeit

geschaffen, dass die konzeptionelle Weiterentwicklung sowie die Umsetzung der einzelnen Massnahmen aus «Gesundheit BL 2030» unter Einbindung der jeweilig betroffenen Akteure geschehen. Dies ermöglicht die Nutzung der Expertise der vielen Fachpersonen, erhöht dank verbindlicher Partizipation der Beteiligten die Entwicklung «am und im System» und sichert eine praxisnahe Umsetzung der Massnahmen. Diese, aus der Dialogplattform schrittweise entstandene Arbeitsweise, widerspiegelt die in Kapitel 2.5 beschriebenen Arbeitsgrundsätze.

Aktuell sind über 80 Leistungserbringer und Verbände Teil der Dialogplattform. Sie arbeiten in drei Gefässstrukturen an interdisziplinären Projekten:

– **Selbstorganisierte Arbeitsgruppen**

Im Rahmen von selbstorganisierten Arbeitsgruppen arbeiten Vertretungen von Leistungserbringern, Verbänden, Organisationen und Berufsgruppen an interdisziplinären Initiativen und Projekten und bringen dafür aktiv personelle Ressourcen ein. Die Gruppen werden von der Programmleitung «Gesundheit BL 2030» des Amts für Gesundheit begleitet, wodurch die Zusammenarbeit und der enge Austausch zwischen Kanton und Leistungserbringer sichergestellt ist. Der Status der Projekte der Arbeitsgruppen ist in Anhang 2 beschrieben.

– **Fokusgruppen**

Zur konkreten Umsetzung der Massnahmen aus «Gesundheit BL 2030» lanciert die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) «Fokusgruppen». Diese bilden sich unter der Leitung des Direktionsvorstehers sowie der Programmleitung «Gesundheit BL 2030» und bestehen aus Fachexpertinnen und Fachexperten der Leistungserbringer, Verbände, Organisationen und Berufsgruppen sowie der VGD. Aktuell bestehen Fokusgruppen zu folgenden Themen:

- Versorgungmodell BL
- Gesundheitszentren und Versorgungshubs
- Weiterentwicklung der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung, inkl. Hausärztinnen und Hausärzte sowie Advanced Practice Nurses (APN)

– **Dialogkonferenz**

An der alle sechs Monate stattfindenden Dialogkonferenz werden die erarbeiteten Ergebnisse der Arbeits- und Fokusgruppen vorgestellt sowie Themen für neu zu schaffende Gruppen definiert. Gleichzeitig dient die Konferenz der Information seitens Direktion VGD gegenüber den Teilnehmenden der Dialogplattform sowie dem Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern, Verbänden, Organisationen und Berufsgruppen – wodurch die interprofessionelle und -disziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit gefördert wird.

2.7. STATUSBERICHT 2026

Der «Statusbericht 2026» gibt einen Überblick über den aktuellen Status der Umsetzung des Programms «Gesundheit BL 2030». Dadurch kommt zum Ausdruck, dass «Gesundheit BL 2030» kein Konzept auf Papier ist, sondern ein lebendiger Entwicklungsprozess unter Einbezug aller beteiligten Leistungserbringer, Verbände und Organisationen.

Kapitel 3 beschreibt das «Versorgungsmodell BL». Mit diesem beabsichtigt der Regierungsrat ein innovatives Versorgungsmodell zu schaffen, das gleichzeitig einen

Rahmen für mehrere Handlungsfelder und Massnahmen aus «Gesundheit BL 2030» setzt.

In Anhang 1 wird der Status aller Einzelmassnahmen beschrieben, Anhang 2 gibt einen Einblick in die Arbeiten verschiedener Arbeitsgruppen der Dialogplattform (siehe auch Kapitel 2.6).

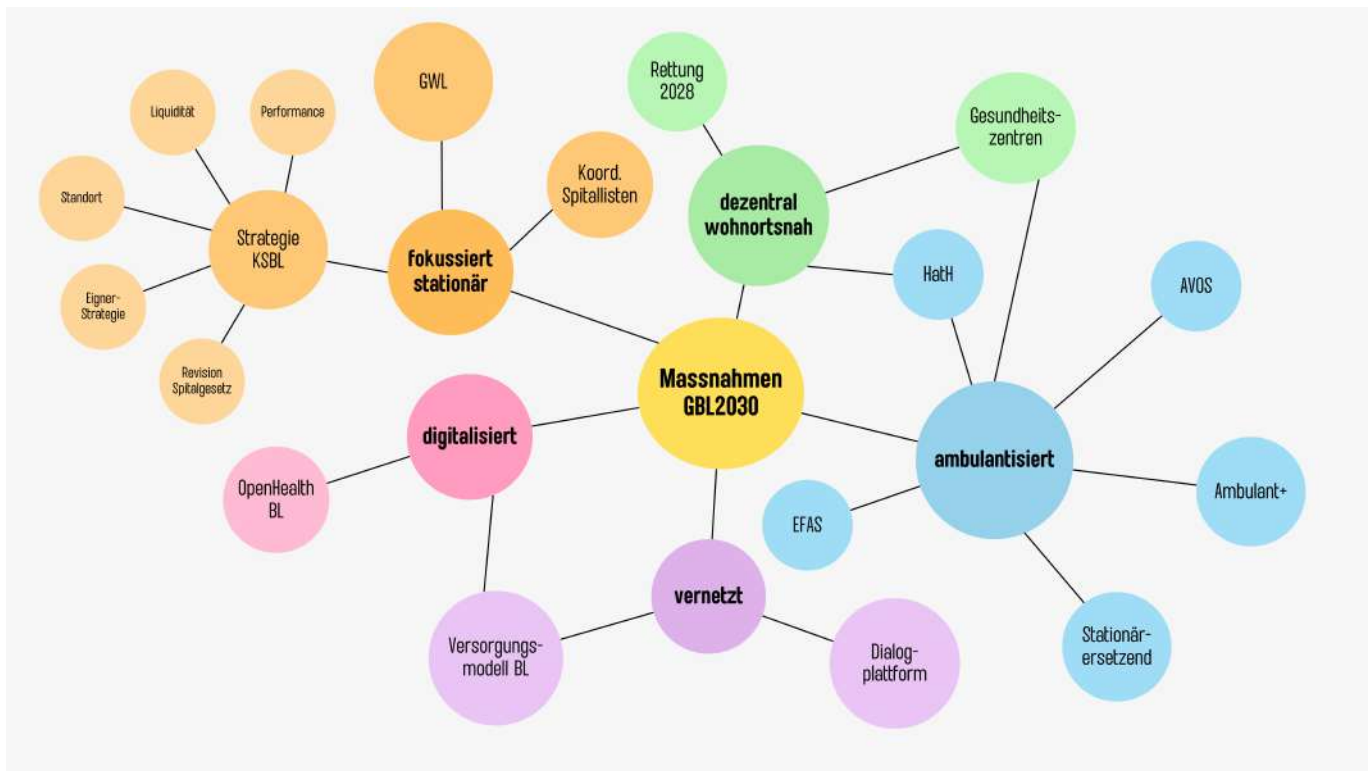


Abbildung 4: Übersicht Massnahmen Gesundheit BL 2030

3. VERSORGUNGSMODELL BASELSTADT

3.1. INTEGRIERTE VERSORGUNG – MODELL DER ZUKUNFT

Die interprofessionelle und sektorübergreifende Zusammenarbeit im Schweizer Gesundheitswesen ist heute in vielen Bereichen nicht verbindlich geregelt. Dadurch sind relevante Informationen teilweise nicht vollständig oder nicht rechtzeitig dort verfügbar, wo sie benötigt werden. Das Fehlen durchgängiger digitaler Systeme zur Unterstützung des Datenaustauschs erschwert die Situation zusätzlich. Die Folge sind fehlende Absprachen, Informationslücken, unnötige administrative Aufwände und daraus resultierend Doppeluntersuchungen oder Über- resp. Fehlversorgung – mit negativen Auswirkungen auf Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Kostenentwicklung sowie Zufriedenheit der Patientinnen, Patienten und Fachpersonen.

Systeme der integrierten Versorgung erlauben ein zumindest partielles Überwinden der beschriebenen infrastrukturellen und kommunikativen Herausforderungen. Sie beruhen auf einem gemeinsamen Zusammenarbeitsverständnis sowie verbindlichen Strukturen und Prozessen der beteiligten Leistungserbringer. Im Rahmen sogenannter «Standard Operating Procedures» (SOP) werden verbindliche Abläufe für Kommunikation, Kooperation und Qualitätssicherung festgelegt, um die Abstimmung und Kontinuität der Leistungserbringung zu gewährleisten. Ein fallführender Leistungserbringer koordiniert dabei sämtliche medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und ggf. auch sozialen Leistungen. Das System adressiert idealerweise die gesamte Behandlungskette, d.h. sowohl in Bezug auf die ambulante und stationäre Versorgung als auch Akutsomatik, Rehabilitation, Pflege sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Das Patientenwohl steht dabei jederzeit im Zentrum. Digitale Instrumente unterstützen die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren.

Obwohl die hohe Bedeutung der integrierten Versorgung schweizweit anerkannt ist und auch schon einige Systeme wie das [Réseau de l'Arc](#), das [Gesundheitsnetz Surselva](#) oder das [Gesundheitsnetzwerk Morges](#) bestehen, bleibt festzustellen, dass die bestehenden Modelle in der Regel regional eng begrenzt, nur mit einer beschränkten Anzahl von Leistungserbringern und Leistungserbringergruppen sowie nur von einem einzelnen Versicherer angeboten werden.

3.2. AUSGANGSLAGE

Der Regierungsrat sieht in integrierten Versorgungsmodellen einen wichtigen Baustein für die Ausgestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Sie bieten einen Systemrahmen, damit Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer sowie Krankenversicherer die gleichen Zielsetzungen in Bezug auf Qualität und Kosten verfolgen und diese von aufeinander abgestimmten Anreizstrukturen unterstützt werden. Zudem wird eine organisationale Plattform geschaffen, welche die verbindliche Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ermöglicht. Dies erlaubt eine kontinuierliche Systemweiterentwicklung, fördert die Innovation und stärkt das Vertrauen unter den Beteiligten.

Das Versorgungsmodell BL integriert verschiedene Entwicklungsstränge aus dem Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030», indem zum einen Massnahmen konkret einen Beitrag zum Versorgungsmodell leisten (z. B. OpenHealth BL, Gesundheitszentren, Spital Zuhause) oder aber daraus abgeleitet, neue Aufgaben und Massnahmen entstehen und als Teilprojekte weiterentwickelt werden (z.B. Weiterentwicklung der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung).

3.3. ZIELSETZUNG

Mit dem «Versorgungsmodell BL» formuliert der Regierungsrat das Ziel, ein flächendeckendes, integriertes und sektorübergreifendes Versorgungssystem im Kanton Basel-Landschaft zu ermöglichen, um die Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu stärken, einen Beitrag zur langfristigen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu leisten sowie den laufenden Kulturwandel im Gesundheitswesen zu unterstützen.

Für das Versorgungsmodell BL werden folgende Zielsetzungen formuliert:

- **Territorial**
Das Versorgungsmodell BL wird kantonsweit angeboten.
- **Versichererübergreifend**
Das Versorgungsmodell BL von mehreren Versicherern im Rahmen von «Alternativen Versicherungsmodellen» angeboten – in dieser Form ein Novum in der Schweiz.

- **Sektorübergreifend**
Eine hohe Anzahl von Leistungserbringern und Leistungserbringergruppen sind eingebunden.
- **Mehrfachzugang (Multi-Access)**
Im Versorgungsmodell BL bestehen mehrere Eintrittsmöglichkeiten ins System: Hausärztinnen und Hausärzte, Gesundheitszentren, Telemedizinerinnen und Telemediziner, die Medizinische Notrufzentrale (MNZ) sowie Apotheken.
- **Hausarztzentriert**
Die Fallführung und Koordination der Behandlung erfolgen wahlweise durch eine Hausärztin, einen Hausarzt, ein Gesundheitszentrum oder eine Telemedizinerin, einen Telemediziner. Diese können als «Gatekeeper» Überweisungen an die Fachärzteschaft und Spitäler vornehmen
- **Digital vernetzt**
Behandlungsrelevante Gesundheitsdaten sind für die beteiligten medizinischen Fachpersonen datenschutzkonform einsehbar.
- **Schrittweise Umsetzung**
Im Hinblick auf die Reduktion der Umsetzungs-komplexität liegt der Fokus in einem ersten Schritt auf dem akutsomatischen Kern der Behandlungskette im Kanton Basel-Landschaft. In nachfolgenden Etappen soll eine Erweiterung auf weitere Leistungserbringergruppen und Fachgebiete möglich sein sowie die Wei-

terentwicklung auf die Bereiche «Alter und Pflege» resp. «Gesundheitsförderung und Prävention» geprüft werden.

– **Mit einem Blick in die Region und nationale Entwicklungen**

Das Versorgungsmodell antizipiert regionale und nationale Entwicklungen. Doppelspurigkeiten und Redundanzen sind zu verhindern. Eine Ausweitung des Angebotes auf andere Kantone oder Regionen ist zu einem späteren Zeitpunkt denkbar.

3.4. VORGEHEN

Im Rahmen von bilateralen Gesprächen wurde im Sommer 2025 bei verschiedenen Krankenversicherern das grundsätzliche Interesse für die Teilnahme an einem kantonalen integrierten Versorgungsmodell gemäss den in Kapitel 3.3. beschriebenen Zielsetzungen geklärt. Es bestätigte sich, dass der zentrale Erfolgsfaktor die gemeinsame Entwicklung der Rahmenbedingungen des Versorgungsmodells BL durch die Leistungserbringenden ist.

Mit dem Verständnis «Ermöglichen und Koordinieren» lancierte die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) die Fokusgruppe «Versorgungsmodell BL» zur Ausarbeitung der prozessualen und strukturellen Grundlagen für die erste Etappe (Akutsomatik) des Versorgungsmodell



Abbildung 5: Ausgangskonzept «Versorgungsmodell BL»

dell BL – in Form von «Standard Operating Procedures» (SOP). Ständige Mitglieder der Fokusgruppe sind:

- Ärztgesellschaft Baselland
- Basellandschaftlicher Apotheker-Verband
- Hausarztverband mediX nordwest
- Kantonsspital Baselland
- Klinik Arlesheim
- Medgate
- Stiftung Medizinische Notrufzentrale
- Krankenversicherer SWICA (vertretend für weitere Versicherer)

- Assura
- CSS
- CONCORDIA
- EGK
- Helsana
- Sanitas
- SWICA

Die unter der Federführung der VGD gemeinsam zwischen Herbst 2025 und Frühling 2026 erarbeiteten SOPs für die Kooperation, Kommunikation und Qualitätssicherung in der Zusammenarbeit, wurden im Rahmen eines gemeinsamen «Letter of Intent» (LOI) verbindlich festgeschrieben.

Ein entsprechender LOI wird durch diese Versicherer im April 2026 unterzeichnet. Eine weitere Versicherung hat ihr Interesse bekundet, zu einem späteren Zeitpunkt dem Modell beizutreten. Ebenso ist eine generelle Ausweitung auf weitere Krankenkassen möglich und vorgesehen.

Dieser LOI wiederum bildete die Grundlage für individuelle Gespräche mit acht im Kanton Basel-Landschaft stark vertretenen Krankenversicherern sowie dem Verband der Schweizer Krankenversicherer Prio Swiss. Folgende Krankenversicherer haben ihre Beteiligung am «Versorgungsmodell BL» gemäss den Zielsetzungen aus Kapitel 3.3 sowie den durch die Fokusgruppe erarbeiteten SOPs zugesagt:

Im Mai 2026 wird unter der Federführung der VGD mit den Krankenversicherern die Ausarbeitung eines Rahmenvertrages für ein «Alternatives Versorgungsmodell BL» gestartet. Gleichzeitig werden seitens Leistungserbringer die Arbeiten für eine gemeinsame Rechtsform aufgenommen. Dies schafft die verbindliche Rahmenstruktur für die nachfolgenden Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenversicherern und den im Modell angeschlossenen Leistungserbringern.

Eine Umsetzung des Versorgungsmodells BL wird für 2028 angestrebt.

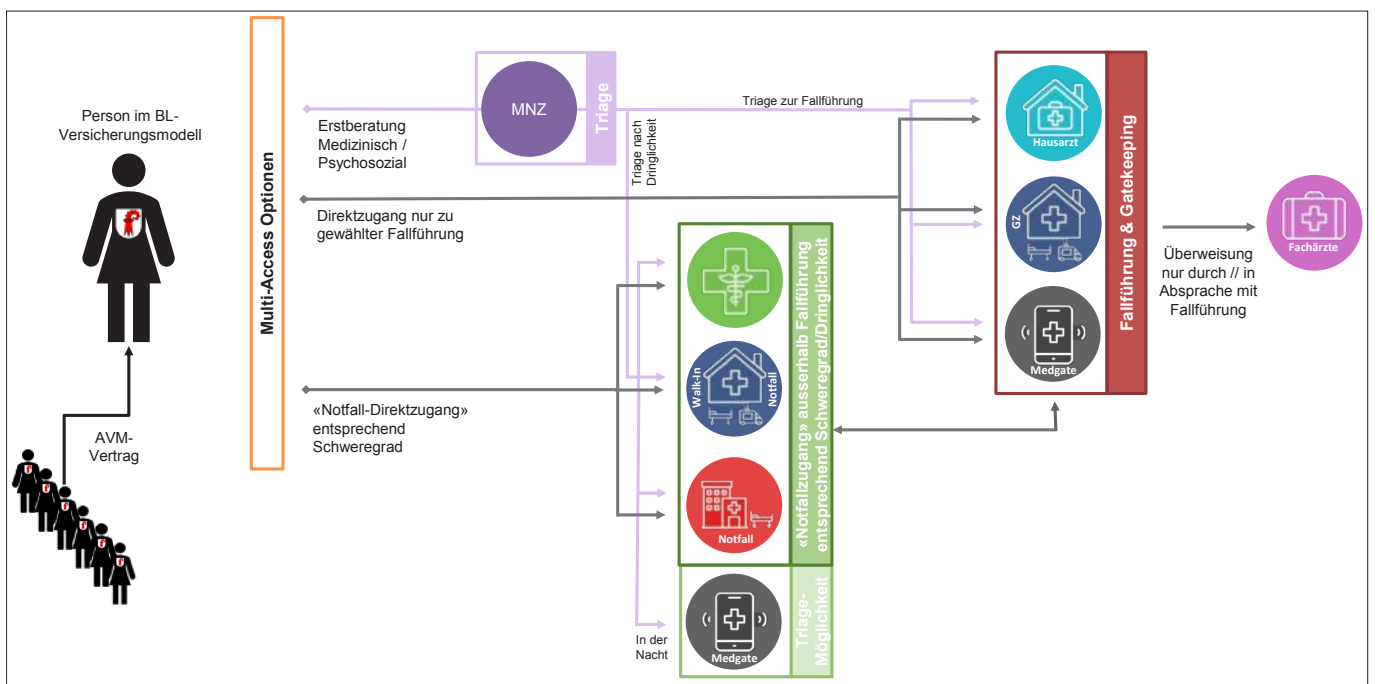


Abbildung 6: Struktur «Standard Operating Procedures» Versicherungsmodell BL

3.5. OPENHEALTH BL

AUSGANGSLAGE

Im Rahmen von «Gesundheit BL 2030» beschreibt der Regierungsrat: «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.»

Neben der Ausarbeitung von Leitlinien für die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung, bedarf es für ein erfolgreiches integriertes Versorgungsmodell einer digitalen Infrastruktur. Der bestehende Markt an IT-Systemen im Gesundheitswesen ist jedoch komplex und stark fragmentiert und so arbeiten Leistungserbringer mit zahlreichen, in der Regel nicht zueinander kompatiblen Branchenlösungen, um Leistungen im Gesundheitswesen zu erfassen und abzurechnen.

Die aktuelle Ausgangslage mit einer heterogenen, fragmentierten Systemlandschaft im Bereich der Digitalisierung ist Ausdruck dafür, dass ein einzelner Anbieter oder eine Gruppe von Leistungserbringern weder die Möglichkeit noch den Anreiz haben, sich für eine sektorübergreifende Vernetzungslösung zu engagieren. Dies Situation führt dazu, dass wichtige Gesundheitsdaten oft nicht dort verfügbar sind, wo sie benötigt werden – zum Nachteil von Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit.

Um die Funktionalität des Versorgungsmodells BL zu gewährleisten, verfolgt der Regierungsrat unter dem Namen OpenHealth BL den Aufbau einer digitalisierten Versorgungskette, die als zentraler Baustein des Versorgungsmodells BL fungiert. Das konkrete Ziel von OpenHealth BL ist die Dateninteroperabilität im Sinne der Datensichtbarkeit zwischen den verschiedenen IT-Systemen der in das Versorgungsmodell BL eingebundenen Leistungserbringer. Dies erlaubt die behandlungsrelevanten Informationen der Patientin resp. des Patienten leistungserbringerübergreifend – unter Wahrung des Datenschutzes – sichtbar zu machen. Diese Dateninteroperabilität ist

eine zwingende Grundlage für eine digital unterstützte, verstärkt sektor- und berufsübergreifende Zusammenarbeit – und somit das Kernstück des Versorgungsmodells BL, ohne welches dieses nicht umgesetzt werden kann. Sie erhöht die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit sowie die Wirtschaftlichkeit und reduziert Redundanzen im Versorgungssystem.

ROLLE DES KANTONS

Im Markt bestehen verschiedene Lösungsansätze, um die Datenübermittlung zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu ermöglichen, eine standardisierte Lösung besteht jedoch nicht. Ein Grund liegt u.a. in der fragmentierten Systemwelt mit verschiedenen Patienten-(PIS), Klinikinformations- (KIS) und Point of Sale (POS)-Systemen sowie der Erkenntnis, dass dem Ziel für eine verstärkte Systemangleichung, grosse administrative Aufwände und tarifarisch nicht berücksichtigte Umstellungskosten bei den Leistungserbringern gegenüberstehen.

Der Regierungsrat musste feststellen, dass eine branchen- und sektorübergreifende Dateninteroperabilität unter den gegebenen Voraussetzungen von keinem Marktteilnehmer entwickelt wird. Dies führt dazu, dass die bisherigen Modelle der integrierten Versorgung vielerorts mit einer sehr begrenzten Zahl an Leistungserbringern, in einem eng gefassten sektoriellen Kontext und in der Regel nur mit einem Versicherer entstehen.

Der Regierungsrat ist unter diesen Umständen bereit, eine koordinierende und dadurch initial ermöglichende Rolle in der Umsetzung der notwendigen digitalen Grundlage zu übernehmen, um dadurch die notwendige Ausgangslage für ein wirksames Modell der integrierten Versorgung im Kanton Basel-Landschaft zu schaffen.

Auch ist der Regierungsrat bereit, sich finanziell im Rahmen einer Anschubfinanzierung an den entstehenden Kosten zu beteiligen. Das finanzielle Engagement des Kantons wird nur die Aufbauphase betreffen, nicht aber die Betriebsphase.

TECHNISCHE MACHBARKEITSSTUDIE

Um eine Einschätzung des Umsetzungspotentials und notwendigen Investitionsumfangs zu erhalten, wurde eine technische Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben, welche insbesondere folgende Aspekte klären sollte:

- Beschreibung der Anforderungen von OpenHealth BL im Hinblick auf die erfolgreiche Umsetzung des
- Versorgungsmodells BL,
- Beschreibung der technischen Voraussetzungen,

- Einschätzung der technischen Machbarkeit zur Sicherstellung der Datensichtbarkeit,
- Schätzung der benötigten finanziellen Ressourcen sowie des zeitlichen Umsetzungshorizonts,
- Einschätzung zu weiteren Voraussetzungen für eine erfolgreiche Konzeptions- und Realisierungsphase sowie Einbettung in den nationalen Kontext.

Die Umsetzung von OpenHealth BL erfolgt entsprechend dem etappierten Vorgehen in der Entwicklung des Versorgungsmodells BL: Die erste Phase fokussiert auf den Bereich der akutsomatischen Grundversorgung bei erwachsenen Personen. Konkret stehen dabei die Leistungserbringer Apotheken, Hausärzteschaft, Telemedizin, Gesundheitszentren, Medizinische Notrufzentrale sowie Grundversorger-Spitäler im Fokus. Die Integration weiterer Leistungserbringergruppen – wie beispielsweise die Spitex, Alters- und Pflegeheime oder Therapieberufe, respektive Fachgebiete (z.B. Pädiatrie, Psychiatrie, Gesundheitsförderung) sowie die dazu notwendigen finanziellen Mittel, werden in Folgephasen zu prüfen sein.

Die unter Einbezug aller beteiligten Leistungserbringergruppen erstellte Machbarkeitsstudie stellt Folgendes fest:

- Es fehlt eine strukturierte, aktuelle und systemübergreifend verfügbare Sicht auf klinisch relevante Kern-daten – insbesondere Medikation und Diagnosen.
- Behandlungsrelevante Ereignisse wie Spitaleintritte oder -austritte für nachbehandelnde Akteure sind häufig nicht zeitnah sichtbar.
- Die Verantwortung für die übergeordnete Fallführung ist faktisch zwar oft beim Hausarzt angesiedelt, jedoch systemisch weder technisch unterstützt noch durch das Vergütungssystem der Versicherer abgegolten.

Die Studie kommt zum Schluss, dass OpenHealth BL als digitale Infrastruktur für das integrierte Versorgungsmodell BL im Kanton Basel-Landschaft technisch umsetzbar und konzeptionell tragfähig ist. Voraussetzung dafür ist, dass organisatorische, finanzielle und governancebezogene Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Basierend auf diesen Erkenntnissen, wurde ein realisierbares Minimal Viable Product⁹ für OpenHealth BL konzi-

piert, welches sich auf wenige, aber hochwirksame Funktionen konzentriert. Dies, um die technische Vernetzung und Zusammenarbeit im Rahmen des Versorgungsmodells BL in einem ersten Umsetzungsschritt sicherzustellen. Das Minimal Viable Product muss folgende Funktionen sicherstellen:

– **Eindeutige Identifikation von Modellpatienten**

Am Versorgungsmodell BL beteiligte Leistungserbringer müssen durch OpenHealth BL die Patientinnen und Patienten eindeutig als Modellteilnehmende identifizieren können.

– **Zuordnung zur Fallführung**

OpenHealth BL ordnet jeder Patientin und jedem Patienten die gewählte Fallführung eindeutig zu, sodass Verantwortlichkeiten und Ansprechpersonen ersichtlich sind.

– **Strukturierte Bereitstellung konsolidierter Medikations- und Diagnosedaten**

Als wichtigste Daten müssen die konsolidierten Medikations- und Diagnoselisten mittels OpenHealth BL datenschutzkonform und leistungserbringergruppenspezifisch einsehbar sein.

– **Ereignisbasierte Benachrichtigungen bei Eintritt, Verlegung und Austritt**

Auslöser einer Benachrichtigung über OpenHealth BL an die Fallführung soll ein entsprechend definiertes Ereignis (Eintritt, Austritt, Verlegung) sein, um Informationsmeldungen gezielt und sinnvoll einzusetzen.

– **Transparente Protokollierung aller Zugriffe**

Ein transparentes Protokoll aller Zugriffe ist eine zwingende Voraussetzung, um eine datenschutzkonforme Lösung umzusetzen.

Die Architektur von OpenHealth BL folgt dem Grundsatz der Dezentralität: Die Primärdaten verbleiben in den bestehenden Systemen, Leistungserbringer arbeiten weiterhin mit ihren bestehenden Systemen¹⁰.

⁹ Ein «Minimal Viable Product» ist eine erste, funktionsfähige Basisversion eines Produkts mit nur den wichtigsten Kernfunktionen.

¹⁰ OpenHealth BL fungiert als Integrations- und Vermittlungsschicht mit Master Patient Index und Benachrichtigung bei vordefinierten Ereignissen (bspw. Eintritt, Verlegung, Austritt). Mit der technischen Abbildung und Protokollierung verschiedener Daten-Zugriffssituationen wird die Grundlage für die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften gelegt.

BEZUG ZUM E-GD

Auf nationaler Ebene bestehen im Rahmen des Programms [DigiSanté](#)¹¹ zurzeit mehrere Digitalisierungsbestrebungen im Gesundheitsbereich. Ein zentraler Teil ist die Etablierung einer elektronischen Patientenakte (neu E-GD). Das E-GD soll alle behandlungsrelevanten Gesundheitsdaten, welche heute in den Patientenakten verschiedener Arztpraxen und Spitäler verteilt sind, in einem dezentral verfügbaren Dossier ablegen. So haben Inhaberinnen und Inhaber die volle Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten und entscheiden selbst, wer auf welche Informationen zugreifen darf und welche Daten nicht im E-GD abgelegt werden sollen. Entsprechend nimmt das E-GD eine Langzeitarchiv-Funktion ein.

OpenHealth BL adressiert die Ebene der operativen Zusammenarbeit entlang eines Versorgungspfads im Kontext von alternativen Versorgungsmodellen (AVM), insbesondere zur Abstimmung und durch gezielten Datenbezug über den Fallführenden. OpenHealth BL ist damit kein Konkurrenzprodukt für das E-GD, sondern eine ergänzende, pragmatische Versorgungsinfrastruktur mit klar abgegrenztem Zweck und Geltungsbereich sowie datensicherheitsrechtlichen Rahmenbedingungen.

Im Austausch bestätigten die Vertreter von DigiSanté die Komplementarität der beiden Systeme sowie, dass die entwickelte OpenHealth BL-Lösung als eigenes Datenprodukt im Swiss Health Data Space (SHDS¹²) einen beachtlichen Beitrag zur Förderung der Strategie von DigiSanté beitragen kann.

3.6. MEHRWERT VERSORGUNGSMODELL BL

Ein integriertes Gesundheitsversorgungsmodell entfaltet seinen Nutzen nur dann, wenn alle Systembeteiligten von der Zusammenarbeit profitieren können. Die nachfolgende Übersicht zeigt die spezifischen Vorteile für die einzelnen Akteursgruppen – von den Patientinnen und Patienten über die Leistungserbringenden bis hin zu den Versicherern und der öffentlichen Hand.

VORTEILE FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN

- Verbesserung der Gesundheitsversorgung
- Stärkere Patientenorientierung im gesamten Versorgungsprozess:
 - Fallführung, die den gesamten medizinischen Behandlungsprozess koordiniert und begleitet
 - Individuell abgestimmte Behandlungspfade
 - Niederschwellige Zugangspunkte zur medizinischen Versorgung – auch nachts, am Wochenende und an Feiertagen
- Verbesserte Behandlungsqualität und erhöhte Patientensicherheit durch abgestimmte Diagnostik und Therapie sowie strukturierte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringenden – inkl. Reduktion von Doppeluntersuchungen und widersprüchlichen Behandlungsempfehlungen
- Reduzierter Koordinationsaufwand für Patientinnen und Patienten, da relevante Informationen bereits bei allen Beteiligten vorhanden sind
- Besonderer Nutzen für chronisch kranke und mehrfach erkrankte Personen: Sie profitieren von einer kontinuierlichen, aufeinander abgestimmten und qualitativ hochstehenden Versorgung über verschiedene Leistungsbereiche hinweg
- Stärkung der Gesundheitskompetenz durch gezielte Information, Beratung und Begleitung
- Kontinuität der Betreuung durch langfristige Beziehungen zu einem definierten Versorgungsteam, was Vertrauen schafft und die Behandlungssadhärenz fördert
- Tiefere Krankenkassenprämien durch effizientere Leistungserbringung

VORTEILE FÜR HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE

- Stärkung der hausarztzentrierten, koordinierten Versorgung und dadurch auch Attraktivitätssteigerung des Hausarztberufs
- Stärkung der Fallführungsverantwortung mit entsprechender fachlicher und institutioneller Anerkennung innerhalb des Netzwerks
- Verbesserte Patientenversorgung durch koordinierte, sektorenübergreifende Behandlungspfade und eine klare Rollenteilung im Versorgungsnetzwerk – die Hausarztpraxis bleibt zentraler Ankerpunkt der Primärversorgung

¹¹ Das Programm DigiSanté fördert die Schaffung eines digitalen Gesundheitswesens, in dem alle relevanten Daten nahtlos ausgetauscht und von allen Systemen gelesen werden können.

¹² Der Gesundheitsdatenraum (Swiss Health Data Space – SwissHDS) bildet das Herzstück von DigiSanté – als strukturierter, sicherer und gemeinwohlorientierter Rahmen für den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten in der Schweiz. Mehr Informationen unter: [DigiSanté: Gesundheitsdatenraum](#).

- Verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden sowie Reduktion administrativer Aufwände durch geregelten Informationsaustausch mit klaren Prozessen und definierten Verantwortlichkeiten
- Digitaler, sektorenübergreifender Datenaustausch verringert Doppelspurigkeiten und verbessert Entscheidungsgrundlage
- Entlastung durch Telemedizin: Bei vollen Sprechstunden, in der Nacht, an Wochenenden oder während der Ferien kann sie die Ersttriage und Beratung übernehmen
- Beteiligung an Effizienzgewinnen

VORTEILE FÜR TELEMEDIZIN

- Anerkennung der Telemedizin als Bestandteil des integralen Versorgungsnetzwerks
- Übernahme der Fallführung als definierte Rolle im integrierten Versorgungsmodell
- Verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden sowie Reduktion administrativer Aufwände durch geregelten Informationsaustausch mit klaren Prozessen und definierten Verantwortlichkeiten.
- Gezielte Unterstützung von Hausärztinnen und Hausärzten – insbesondere bei Kapazitätsengpässen, Nacht- und Wochenenddiensten sowie Ferienabwesenheiten.
- Zusammenarbeit mit Apotheken als komplementärem Versorgungspartner
- Digitaler, sektorenübergreifender Datenaustausch verringert Doppelspurigkeiten und verbessert Entscheidungsgrundlage
- Beteiligung an Effizienzgewinnen

VORTEILE FÜR APOTHEKEN

- Aufwertung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch Einbindung der Apotheke als Partnerin im Versorgungsnetzwerk
- Erhöhte Medikationssicherheit durch Einsicht in den aktuellen und vollständigen Medikationsplan aller beteiligten Leistungserbringenden
- Verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden
- Erweiterung des Leistungsangebots durch die Zusammenarbeit mit der Telemedizin
- Stärkung der fachlichen Rolle der Apotheke als integrierter Versorgungspartner
- Höhere Versorgungskontinuität durch den Einbezug in Behandlungspfade und Fallführungsprozesse
- Beteiligung an Effizienzgewinnen

VORTEILE FÜR SPITÄLER

- Institutionelle Einbindung als Netzwerkpartner – das Spital ist nicht isolierter Leistungserbringer, sondern anerkannter Bestandteil eines koordinierten Versorgungssystems mit gemeinsamen Qualitätsstandards
- Gezieltere Zuweisung durch strukturierte Behandlungspfade und klare Gatekeeping-Funktion der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Telemedizin
- Entlastung der Notaufnahme durch vorgelagerte Triage
- Verbesserte Behandlungsqualität durch einsehbare Patient*inneninformationen bei Spitaleintritt
- Strukturierte Überleitung und Nachsorge
- Reduktion administrativer Aufwände durch standardisierte Prozesse mit den übrigen Netzwerkpartnern
- Stärkere Fokussierung auf Kernkompetenzen – Spital konzentriert sich auf akutstationäre, spezialisierte und chirurgische Leistungen, während vor- und nachgelagerte Versorgung durch das Netzwerk abgedeckt wird
- Beteiligung an Effizienzgewinnen

VORTEILE FÜR KRANKENKASSEN

- Attraktives, differenziertes Versicherungsprodukt mit nachweisbarem Mehrwert für Versicherte
- Effizienzgewinne und Kostenreduktion, Dämpfung des Gesundheitskostenwachstums durch koordinierte Versorgung, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Über- und Fehlversorgung – mittelfristig prämiientlastend für die Versicherten
- Umsetzung eines innovativen Versorgungsmodells
- Effizientere Vertragsverhandlungen mit beteiligten Leistungserbringern.

VORTEILE FÜR ÖFFENTLICHE HAND

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung – auch in ländlichen Gebieten des Kantons
- Steigerung der Versorgungsqualität
- Dämpfung des Gesundheitskostenwachstums
- Stärkung der Versorgungssicherheit durch ein resilientes, vernetztes System

ANHANG 1 - STATUS MASSNAHMENPROGRAMM

Die im Rahmenkonzept aufgeführten Massnahmen wurden inhaltlich und auf der Zeitachse aktualisiert. In folgender Tabelle sind sämtliche Massnahmen sowie allfällige Anpassungen im Vergleich zum Rahmenkonzept dargestellt.

Die nachfolgenden Statusbeschreibungen und Umsetzungszeitpläne stellen den Stand per April 2026 dar. Vergangene Arbeitsschritte sind hellrot markiert, zukünftige in einem dunkleren Rot.

Nr.	Massnahmen-Übersicht «Gesundheit BL 2030»	Anpassungen im Vergleich zum Rahmenkonzept vom November 2024
1	Versorgungsmodell BL	Neu entwickelte Massnahme
2	OpenHealth BL	Aus Massnahme 8.7 «Digitalisierung» hervorgegangen
3	Dialogplattform	
4	Gesundheitszentren	Aus Massnahme 8.5 «Weitere Massnahmen der Ambulantisierung» hervorgegangen
5	Spital Zuhause (Hospital-at-Home)	
6	AVOS: Erweiterung der AVOS-Liste	
7	AVOS: Stärkung Controlling	Neu entwickelte Massnahme, abgeleitet von der Massnahme «AVOS: Erweiterung der AVOS-Liste»
8	Ambulant+	
9	Gemeinwirtschaftliche Leistungen	
10	Umsetzung Konzept Rettung BL 2028	
11	Ärztliche und Pflegerische Aus- und Weiterbildung	Neu entwickelte Massnahme
12	GGR: Weiterentwicklung, Spitalliste 2.0	
13	Gesetz. Grundlagen Stationär-ersetzende Leistungserbringung	Aus Massnahme 8.1 «Ambulantisierung in der Fläche» hervorgegangen
14	Gesetz. Grundlagen EG EFAS	
15	Revision Spitalgesetz, Erlass Spitalbeteiligungsgesetz	
16	KSBL: Steigerung der unternehm. Performance	
17	KSBL: Sicherstellung Liquidität	
18	KSBL: Standortentscheid mit Ausgabenbewilligung	
19	KSBL: Aktualisierung der Eignerstrategie	
20	Organisation Amt für Gesundheit	

1 VERSORGUNGSMODELL BL

Ziel: Etablierung eines flächendeckenden, integrierten Versorgungssystems im Kanton Basel-Landschaft, um die Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu stärken.

Das Versorgungsmodell wird ausführlich in Kapitel 3 beschrieben. Aktuell werden die Leitlinien für die verbindliche Zusammenarbeit im «Versorgungsmodell BL» durch die angeschlossenen Leistungserbringer und Versicherer konkretisiert und ein Finanzierungs- und Anreizmodell ausgearbeitet. Im Hinblick auf die Reduktion der Umsetzungscomplexität liegt der Fokus in einem ersten Schritt auf dem akutsomatischen Kern der Behandlungskette. In nachfolgenden Etappen soll eine Erweiterung auf weitere Leistungserbringergruppen sowie die Weiterentwicklung auf die Bereiche Alter und Pflege resp. Gesundheitsförderung und Prävention geprüft werden.

Die Umsetzung der ersten Etappe des Versorgungsmodells BL ist für 2028 vorgesehen.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4			
Projektinitialisierung und Gespräche Versicherungen																				
Absichtserklärung Leistungserbringer und Versicherer																				
Weiterentwicklung und Finalisierung Versorgungsmodell BL																				
Finalisierung Finanzierungs- und Anreizmodell																				
Start Versicherungsmodelle basierend auf Versorgungsmodell BL																				

2 OPENHEALTH BL

Ziel: Digitale Vernetzung der Gesundheitsdienstleister des Versorgungsmodells BL im Kanton Basel-Landschaft als Grundlage für verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation.

OpenHealth BL wird ausführlich in Kapitel 3.5 beschrieben. Zur Entwicklung und Implementierung von OpenHealth BL wird der Regierungsrat dem Landrat eine Vorlage mit einer neuen, einmaligen Ausgabebewilligung unterbreiten. Der Initialaufwand bezieht sich auf die erste Umsetzungsphase des Versorgungsmodells BL (vgl. Kapitel 3). Finanzielle Mittel zur initialen Umsetzung der Folgephasen müssten zum gegebenen Zeitpunkt beim Landrat beantragt werden.

OpenHealth BL wird als Teil des Versorgungsmodells phasengerecht in das Vergütungssystem zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern integriert. Dies stellt den Betrieb, die Finanzierung und Weiterentwicklung von OpenHealth BL ohne Beiträge der öffentlichen Hand sicher.

Die Umsetzung von OpenHealth BL geschieht erst nach Vorliegen einer entsprechenden finanziellen Regelung im Vergütungsmodell für den Betrieb, die Wartung und Weiterentwicklung des Systems durch die Leistungserbringer und Versicherer.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
Projektinitialisierung																				
Technische Machbarkeitsstudie																				
Abgleich mit nationalen Entwicklungen						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
LRV Finanzierung OpenHealth BL																				
Ausschreibungsverfahren																				
Umsetzung in Teilprojekten													x	x	x	x	x	x	x	x

3 DIALOGPLATTFORM

Ziel: Förderung der interprofessionellen und interinstitutionellen Vernetzung und Zusammenarbeit zur Stärkung des Gesundheitswesens.

Die Dialogplattform wird in Kapitel 2.6 beschrieben. Sie soll langfristig weitergeführt und weiterentwickelt werden, um den Prozess der interprofessionellen und interinstitutionellen Vernetzung und Zusammenarbeit weiter zu fördern.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
Dialogkonferenzen																				
Weiterentwicklung Format «Dialogplattform»																				
RRB Ausgabenbewilligung Dialogplattform																				

4 GESUNDHEITZENTREN

Ziel: Sicherstellung der ambulanten, wohnortsnahen Versorgung und Schaffung von ambulanten Strukturen zur Entlastung der Notfallstationen sowie stationärer Strukturen.

In der aktuellen Konzeptionsphase erfolgt in enger Abstimmung mit interessierten Leistungserbringern im Rahmen einer Fokusgruppe die Erarbeitung der Gesundheitszentren-Strategie basierend auf dem individuellen Bedarf der jeweiligen Regionen. Um die für ein Gesundheitszentrum notwendigen Rahmenbedingungen (z.B. Abgeltung des nicht-kostendeckenden Betriebs von verlängerten Öffnungszeiten) sicherzustellen, beabsichtigt der Regierungsrat dem Landrat eine entsprechende Vorlage zu unterbreiten. Der Regierungsrat verfolgt das Ziel, dass die Versorgungsstrukturen bis 2030 aufgebaut sind.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4			
Verankerung Gesundheitszentren in Rahmenkonzept																				
Konzeptionsphase																				
Vertiefungsgespräche mit potenziellen Betreibern																				
Sicherstellung allfällige Finanzierung GZ Laufen 2026–2029																				
Sicherstellung allfällige Finanzierung weiterer GZ																				
Gestaffelte Inbetriebnahme													x	x	x	x	x	x		

5 SPITAL ZUHAUSE (HOSPITAL AT HOME)

Ziel: Entlastung stationärer Strukturen durch Förderung der stationär-ersetzenden Leistungserbringung und damit insgesamt die Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten.

Zurzeit wird Hospital@Home unter dem Namen «[Spital Zuhause](#)» in den Regionen Arlesheim und Laufen erbracht. Für 2026 ist die Erweiterung um zwei weitere Regionen im Kanton Basel-Landschaft geplant.

Das Angebot wird aktuell im Rahmen einer mehrjährigen formativen wissenschaftlichen Studie evaluiert. Die daraus gewonnen Erkenntnisse bilden die Grundlage, wie das Angebot im Kanton Basel-Landschaft weitergeführt wird. Für die langfristige Sicherstellung des Angebots bzw. dessen Finanzierung wird nach Inkrafttreten von EFAS eine analoge Finanzierung von Kanton und Versicherer vorausgesetzt.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Dialogplattform (vgl. Anhang 2) findet ergänzend dazu eine konzeptionelle Weiterentwicklung unter Einbezug der wissenschaftlichen Begleitung statt.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4			
RR verabschiedet LRV zur Ausgabenbewilligung 2025–2028																				
LRV Zwischenfinanzierung H-at-H 2025–2028																				
Start Finanzierung H-at-H																				
Weiterentwicklung und räumliche Ausweitung																				
Start wissenschaftliche Studie																				
Start Weiterentwicklung Finanzierung																				

6 AMBULANTE ELEKTIVE OPERATIONEN: ERWEITERUNG DER AVOS-LISTE

Ziel: Forcierung der Ambulantisierung durch Verlagerung von Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich und damit insgesamt Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten.

Der Regierungsrat beabsichtigt, von der Möglichkeit einer kantonalen Erweiterung der AVOS-Liste Gebrauch zu machen und damit die stationär-ersetzende Leistungserbringung zu stärken. Die Prüfung von Erweiterungsmöglichkeiten erfolgt 2027. Über eine Erweiterung der AVOS-Liste werden die betroffenen Leistungserbringer und Nachbarkantone frühzeitig informiert.

Umsetzungszeitplan

	24				25				26				27				28			
Etappe	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4			
Abstimmung mit BS (Entscheid LA GGR)																				
Prüfung kantonale Erweiterung AVOS-Liste																				

7 AMBULANTE ELEKTIVE OPERATIONEN: STÄRKUNG CONTROLLING

Ziel: Forcierung der Ambulantisierung durch Kontrolle der stationär durchgeführten Eingriffe in den Spitälern und Kostenrückerstattung von stationär statt ambulant durchgeführten Eingriffen.

Im Kanton Basel-Landschaft werden überdurchschnittlich viele AVOS-Eingriffe stationär durchgeführt.¹³ Vor diesem Hintergrund sieht der Regierungsrat vor, ab 2027 ein flächendeckendes ex-post und ex-ante Controlling mit dem Ziel einzuführen, dass – entsprechend dem Willen des Gesetzgebers – ausschliesslich in begründeten Ausnahmefällen ein AVOS-Eingriff stationär durchgeführt wird.

Umsetzungszeitplan

	24				25				26				27				28			
Etappe	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4			
LRV Erweiterung kantonales Controlling AVOS-Liste																				
Start flächendeckendes Controlling																				

8 AMBULANT+

Ziel: Forcierung der Ambulantisierung durch Förderung der stationär-ersetzenden Leistungserbringung und damit insgesamt die Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten.

Die im Rahmenkonzept im November 2024 beschriebene Ambulant+-Strategie sah die stationär-ersetzende Versorgung von Kurzliegern (max. 3 Tage Spitalaufenthalt) im tagesklinischen Setting vor. Die nachfolgenden Arbeiten haben aufgezeigt, dass es vorgängig den Aufbau entsprechender Behandlungsstrukturen braucht. Seit November 2025 wird deshalb – unter Berücksichtigung von EFAS sowie in enger Abstimmung mit den Spitälern im Kanton resp. Versiche-

¹³ BAG 2025: [Ambulant vor Stationär](#).

ren bzw. deren Einkaufsgemeinschaften – die Einführung von hierfür geeigneten Anreizstrukturen geprüft. Es wird geprüft, ob ein finanzieller Anreiz an die Erfüllung von Ambulantisierungszielen geknüpft werden kann. Damit könnten die Kosten der stationär-ersetzenden Leistungserbringung gedeckt und der strukturelle sowie prozessuale Transformationsprozess unterstützt 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			
Analyse geeigneter Anreizstrukturen für Ambulant+																				
LRV Ambulant+ 2028–2030																				
Start Umsetzung Ambulant+																				

9 GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN (GWL)

Ziel: Abgeltung von Leistungen, die von den Leistungserbringern im Auftrag des Kantons zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Kantonsbevölkerung erbracht werden, jedoch durch das Gesetz (KVG) nicht oder ungenügend finanziert werden.

Die Grundlagenarbeiten für die Neuverhandlungen der GWL 2028 ff. im Gesamtkontext des Rahmenkonzepts sind planmässig gestartet. Dies betrifft die GWL für die rettungsdienstliche Versorgung (siehe Massnahme 10), die Spitäler (inkl. Psychiatrie), die Tageskliniken, das Home Treatment sowie die «Ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung» (siehe Massnahme 11). Die Verhandlungen finden im Herbst 2026 statt.

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																				

10 UMSETZUNG KONZEPT RETTUNG BL 2028

Ziel: Synchronisierung der Notfallversorgung mit den Angeboten des Versorgungsmodells BL.

Die dezentrale Strategie mit den Standorten Gelterkinden, Laufen, Liestal (Altmarkt), Pratteln wurde per Dezember 2025 vollständig umgesetzt. Im Jahr 2026 wird das Konzept des Rettungsdienstes im Kantonsgebiet weiterentwickelt. Dieses soll per 1. Januar 2028 umgesetzt werden. Das rettungsdienstliche Angebot wird mit der dezentralen Versorgungsstruktur, resp. den Gesundheitszentren verknüpft.

12 WEITERENTWICKLUNG GGR INKL. SPITALLISTE 2.0

Ziel: Gezielte Ausrichtung der Steuerungsinstrumente und Vergabekriterien für die Spitalliste Akutsomatik 2.0, sodass der Zielsetzung zur Dämpfung des Kostenwachstums Rechnung getragen wird.

Die gleichlautenden Spitallisten der Kantone BL und BS im Bereich Akutsomatik gelten weiterhin bis zum Erlass neuer Spitallisten. Zur geplanten Spitalliste 2.0 in der Akutsomatik sind weitere Abklärungen vorzunehmen. Zudem soll geprüft werden, ob die Optik der stationären auf die ambulante Versorgung ausgeweitet werden kann. Dies umfasst Aspekte wie die Weiterentwicklung des bisherigen Mengendialogs sowie das Potenzial der verstärkten Ambulantisierung. Ergebnisse zu den Abklärungen werden im Herbst 2026 erwartet. Von den Ergebnissen abhängig ist der weitere Prozess bis zur Inkraftsetzung der Spitalliste 2.0.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	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																				
Abklärung Potenziale einer verstärkten Ambulantisierung																				

13 GESETZLICHE GRUNDLAGEN: STATIONÄR-ERSETZENDE LEISTUNGSERBRINGUNG

Ziel: Kantonale Gesetzesrevision(en) zur Sicherstellung einer langfristig gesicherten Finanzierung von stationär-ersetzenden bzw. -verlagernden Leistungen.

Der kantonale rechtliche Rahmen soll so angepasst werden, dass die Finanzierung von stationär-ersetzenden bzw. -verlagernden Leistungen kostendeckend erfolgen kann und entsprechende Angebote im Kanton gefördert und ausgebaut werden können. Zu diesem Zweck wird derzeit eine Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG) und bei Bedarf weiterer kantonalen Gesetze geprüft.

Umsetzungszeitplan

Etappe	24				25				26				27				28			
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4			
LRV Zwischenfinanzierung H-at-H																				
Abschätzung des gesetzlichen Revisionsbedarfs																				
Erarbeitung des gesetzlichen Revisionsbedarfs																				
Entwurf LRV Revision GesG																				
Inkrafttreten rechtliche Grundlagen																				

18 LANDRATSVORLAGE ZUM STANDORT-ENTSCHEID KSBL MIT AUSGABENBEWILLIGUNG

Ziel: Aufbereitung der Entscheidungsgrundlagen zum Standort-Entscheid KSBL und Absicherung der finanziellen Investitionen im Rahmen einer Landratsvorlage.

Der Regierungsrat hat die [Landratsvorlage](#) betreffend Entscheid zu den Betriebsstandorten, Kenntnisnahme der Eignerstrategie sowie Ausgabenbewilligungen zur Finanzierung der geplanten Investitionen plangemäss am 24.3.2026 zu Händen des Landrats verabschiedet. Ziel bleibt es, dass der Landrat im Juni 2026 entscheidet und eine allfällige Volksabstimmung über die Finanzierung Ende 2026 stattfinden kann.

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. Volksabstimmung betr. Ausgabenbewilligung																				

19 AKTUALISIERUNG DER EIGNERSTRATEGIE FÜR DAS KSBL

Ziel: Überprüfung und allfällige Anpassung der Eignerstrategie KSBL anhand der Stossrichtungen von Gesundheit BL 2030.

Der Regierungsrat hat die [Landratsvorlage](#) betreffend Entscheid zu den Betriebsstandorten, Kenntnisnahme der Eignerstrategie sowie die Ausgabenbewilligungen zur Finanzierung der geplanten Investitionen plangemäss am 24.3.2026 zu Händen des Landrats verabschiedet.

Mit dem Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030» schuf der Regierungsrat Grundlagen, die auch Auswirkungen auf die strategische Ausrichtung des KSBL haben werden (Ambulantisierung, vernetzte Zusammenarbeit). Der Regierungsrat ist derzeit daran, die aus dem Konzept abgeleiteten strategischen Stossrichtungen in konkreten Massnahmen umzusetzen. Im 2027 sollen auch alle relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen (evtl. Anpassungen von Gesundheitsgesetz, Einführungsgesetz zu EFAS, evtl. Spitalversorgungsgesetz) geklärt sein und durch den Landrat beschlossen werden. Auch hier gilt, dass bis zu diesem Zeitpunkt die entsprechenden Ableitungen für das KSBL klar sein werden. Vor diesem Hintergrund hat der Regierungsrat beschlossen, die Überarbeitung der Eignerstrategie im 2027 vorzulegen.

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																				

ANHANG 2 – STATUSBERICHTE EINZELNER ARBEITSGRUPPEN DER DIALOGPLATTFORM

STANDARDISIERUNG DER MEDIKATIONSPROZESSE

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Basellandschaftlicher Apothekerverband, Ärztesgesellschaft Baselland, Hirslanden Klinik, Psychiatrie Baselland, Spitex Regio Liestal, Benitasana, Seniorenrat Baselland, GRITT Seniorenzentrum, Klinik Arlesheim

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Ziel des Projekts ist die kantonsweite Standardisierung und Vereinfachung der Medikationsprozesse entlang des gesamten Patientenpfades. Durch eine einheitliche, digitale Lösung sollen Patientensicherheit und Behandlungsqualität erhöht, Medikationsfehler reduziert sowie Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern optimiert werden. Zudem sollen Doppelspurigkeiten vermieden und Kosten gesenkt werden.

Ausgangspunkt sind uneinheitliche Abläufe beim Spitalein- und -austritt sowie unterschiedliche digitale Anwendungen ohne gemeinsamen Standard. Eine Befragung der stationären Einrichtungen im Kanton zeigte grosse Unterschiede im Umsetzungsstand und in der Bereitschaft zur Einführung einer standardisierten Lösung. Während grössere Institutionen den Handlungsbedarf klar unterstützen, sehen kleinere Einrichtungen insbesondere finanzielle und personelle Herausforderungen. Vorgesehen ist die Erarbeitung eines verbindlichen Standardprozesses mit klar definierten Verantwortlichkeiten in einer breit abgestützten Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung der laufenden gesetzlichen Entwicklungen.

Ein nächster Schritt ist die Abstimmung mit den zuständigen Stellen in Verwaltung und Politik sowie der Dialog mit Leistungserbringern zur Sicherstellung eines breiten Commitments. Zudem soll die Analyse auf den ambulanten Bereich und das Austrittsmanagement ausgeweitet werden, um eine durchgängige, digitale und sektorenübergreifende Lösung zu etablieren.

INTEGRIERTE VERSORGUNGSPROZESSE IM KANTON BL DIGITAL AUSRICHTEN

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Vertreter/-innen aus Spitälern, Reha-Institutionen, Spitex, Hausärzteschaft, Apotheken sowie Fachpersonen aus Prozess- und Digitalisierungsexpertise im Rahmen der Dialogplattform

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Die Arbeitsgruppe 3 arbeitet daran, die digitale Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsorganisationen im Kanton Basel-Landschaft nachhaltig zu stärken. Im Fokus stehen Übergänge zwischen Spital, Rehabilitation, ambulanter Versorgung und Betreuung zuhause – ein Bereich, der für Patientinnen und Patienten besonders anspruchsvoll ist.

Ein typisches Beispiel ist eine ältere Person mit Oberschenkelhalsbruch: Nach der Operation folgen Rehabilitation, Spitex-Betreuung, Hausarzt-Kontrollen und Medikamentenmanagement. Mehrere Organisationen sind beteiligt – eine lückenlose Weitergabe der Informationen ist entscheidend für Sicherheit, Qualität und Kontinuität der Behandlung.

Die Arbeitsgruppe hat diese Versorgungsprozesse erstmals umfassend und sektorenübergreifend analysiert – basierend auf Interviews, Workshops und Fallanalysen. Dabei wurde deutlich, dass Informationen heute teilweise mehrfach erhoben, über verschiedene Kanäle ausgetauscht und stark vom persönlichen Engagement der Fachpersonen getragen werden. Gleichzeitig zeigte sich ein grosser Bedarf, relevante Informationen künftig stärker digital und strukturiert verfügbar zu machen.

Auf dieser Grundlage wurden zentrale Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung und zur besseren digitalen Unterstützung der Zusammenarbeit identifiziert. In der nächsten Phase sollen konkrete Umsetzungsoptionen und mögliche Pilotprojekte entwickelt werden.

OPTIMIERTE PRÄKLINISCHE NOTÄRZTLICHE VERSORGUNG KANTON BASEL-LANDSCHAFT

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Rettungsdienst KSBL, Rettungsdienst Nordwestschweiz AG, Rettungsdienst Sanität BS, Fachstelle Optimierung Rettungskette Basel-Stadt

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Ziel dieses Projekts ist die fachlich konzeptionelle Weiterentwicklung der präklinischen notärztlichen Versorgung im Kanton Basel-Landschaft. Auf Grundlage einer systematischen Analyse des Ist-Zustandes sollen strukturelle, qualitative und wirtschaftliche Optimierungspotenziale aufgezeigt sowie Empfehlungen für eine rechtlich und organisatorisch tragfähige Soll-Struktur erarbeitet werden.

Derzeit ist der Kanton Basel-Landschaft in definierte Einsatzgebiete gegliedert, welche durch die Leistungserbringer Rettungsdienst KSBL, Rettungsdienste NWS AG sowie die Sanität Basel im Rahmen von Leistungsaufträgen des Amtes für Gesundheit BL präklinisch notärztlich versorgt werden. Der Rettungsdienst steht dabei vor der Herausforderung, steigenden qualitativen Anforderungen, demografischen Entwicklungen sowie finanziellen Rahmenbedingungen gleichermaßen Rechnung zu tragen.

Die Ausgestaltung der zukünftigen Versorgungsstruktur soll sich konsequent an medizinischen Qualitätskriterien, gesetzlichen Vorgaben sowie am effektiv evaluierten Bedarf der Vorhalteleistungen von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) orientieren.

Ein zentrales Element bildet die qualitativ hochwertige, standardisierte Ausbildung der Notärztinnen und Notärzte. Deren Einsatz und Positionierung im Kantonsgebiet soll bedarfsgerecht erfolgen unter Berücksichtigung einer ausgewogenen Abdeckung. Ziel ist es, sowohl eine Überversorgung als auch eine Reduktion der medizinisch notwendigen Vorhalteleistungen konsequent zu vermeiden.

KOORDINATIONSSTELLE ZUR OPTIMIERUNG DER SCHNITTSTELLE GESUNDHEITS- UND SOZIALSYSTEM

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Alters- und Pflegeregion Liestal (APRL), Ärztesgesellschaft Baselland, BenitaSana, Caritas beider Basel, Fachstelle Alter und Gesundheit, Klinik Arlesheim AG, Krebsliga beider Basel, KSBL, Netzwerk GUSOBB, Patientenstelle Basel, Physioswiss Regionalverband beider Basel, Praxis für Psychotherapie, Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES), Verein Gesundes Laufental

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Soziale Faktoren – etwa finanzielle Schwierigkeiten, Bildung, Arbeit, soziale Einbindung, Wohnsituation, überlastete Angehörige, etc. – beeinflussen die Gesundheit massgeblich. Sie sind Verursacher oder Verstärker einer Krankheit resp. Verhinderer einer Gesundheit.

In der Grundversorgung nehmen diese sozialen Anliegen und Probleme der Patientinnen und Patienten zu. Dies bringt die Grundversorgung an ihre Grenzen, da zeitliche Ressourcen fehlen, vorhandene Kompetenzen nicht ausreichen und Zuständigkeiten wie auch Vergütungsfragen ungeklärt sind.

Anhand detaillierter Screeningtools soll die Früherkennung von psychosozialen Risiken und Belastungen bei den Fachpersonen der Grundversorgung verbessert werden, damit die betroffenen Personen rasch und niederschwellig an eine sozialarbeiterische Koordinationsstelle triagiert werden können. Diese ist zuständig für die soziale Diagnostik und koordiniert in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person und dem interprofessionellen Team das Helfersystem. Dies spart nicht nur Kosten, sondern sorgt für passgenaue Hilfe, wodurch Ressourcen sinnvoll eingesetzt und chronische soziale Notlagen vermieden werden.

Die Umsetzung einer solchen Triagestelle wird in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe 9A im Rahmen des Projekts «MNZ+» weiterverfolgt.

PROJEKT «MNZ+»

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Federführend initiiert und begleitet durch die Ärztesellschaft Baselland (AeGes BL) und den VSAO beider Basel, wurde ein breiter Austausch mit zahlreichen Stakeholdern begonnen um den Prozess mit der nötigen Unterstützung «bottom-up» entwickeln zu können. Dazu gehören neben kantonalen Stellen wie das Amt für Gesundheit (AfG) oder der kantonale Führungsstab (KFS), Ärztesellschaften, Fachgesellschaften, Verbände (Apotheker/innen, Physiotherapie-Verband, Spitex-Verband, u.a.), Gesundheitsligen (z.B. Krebsliga beider Basel: Krebsliga Beratungsangebot) und viele Anbieter von Beratungsleistungen im Sozialbereich (z.B. Stiftung Jugendsozialwerk: Helpnet, Stadtmission Basel: «bridge for you», Psy24, Patientenstelle beider Basel, u.a.). Die Aufzählung ist nicht abschliessend und soll lediglich die Vielfalt der involvierten Stakeholder aufzeigen.

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Ziel des Projekts ist die Erweiterung der bestehenden Medizinischen Notrufzentrale (MNZ) zur Navigations- und Triagestelle für gesundheitliche, psychische und soziale Anliegen. Zentrales Element ist dabei, zur Optimierung der Versorgung der Bevölkerung, auf eine «bio-psycho-soziale» Betrachtungsweise abzustellen und aus der bestehenden MNZ in Erweiterung eine Navigations- und Triagestelle für gesundheitliche, psychische und soziale Anliegen zu machen (MNZ+).

Dabei soll kein neues Angebot geschaffen, sondern zu vorhandenen Angeboten gezielt navigiert und triagiert werden; dies von Fachpersonen am Telefon. KI dient den Fachpersonen zur schnellen Übersicht beim Beratungsangebot. Das Angebot der MNZ ist und bleibt kostenlos, um eine möglichst niederschwellige Erreichbarkeit sicherzustellen. Durch die frühzeitige Koordination sollen Härtefälle vermieden, Eskalationen vorgebeugt und damit die Notfallstationen, Rettungsdienste, Spitäler, Sozialdienste und Hausarztpraxen entlastet werden. Schwierig gestaltet sich die Finanzierung, da der Out-come an anderer Stelle erfolgt – etwa in Form von Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme der Notfallstationen und des ärztlich medizinischen Systems – und nicht in Form von finanzieller Abgeltung an die MNZ+ zurückfliessen kann. Deshalb wird ein entscheidender Anteil des Vorprojektes sein, die nötigen Mittel für den geplanten zweijährigen Pilot-Betrieb der MNZ+ ab 2027 sicherstellen zu können. Eine Begleitevaluation des Pilotprojekts durch die Fachhochschule Bern ist geplant.

SPITAL ZUHAUSE / HOSPITAL AT HOME

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Ärztesellschaft Baselland, Association Spitex privée Suisse ASPS, Curaviva Baselland, Kantonsspital Baselland, Klinik Arlesheim, Spitex CURAdomizil AG Muttenz, Spitex Liestal, Spitex Verband Baselland, Tertianum Liestal

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Das Spital zuhause ist eine akute klinische Dienstleistung, die Personal, Ausrüstung, Technologien, Medikamente und Fähigkeiten die normalerweise in Spitälern zur Verfügung gestellt werden, übernimmt und diese Spitalversorgung für ausgewählte Menschen in ihrem Zuhause oder in Pflegeheimen erbringen. Das Spital zuhause ersetzt für diese Menschen den akut stationären Spitalaufenthalt.

Ziel ist es, das Leben kranker Menschen, die auf ein Spital angewiesen sind, zu verbessern, indem die Spitalkultur dahingehend verändert wird, dass eine Versorgung auf Spitalniveau zu Hause erfolgen kann.

Damit das gelingen kann, braucht es alle Beteiligten in der regionalen Gesundheitsversorgung. In unsere Arbeitsgruppe bemühen wir uns, die möglichen Naht- und Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern ansichtig zu machen und Zusammenarbeitsprozesse zu definieren. Die Rollen und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Leistungserbringer zu klären, um eine bestmögliche, stufengerechte Versorgung unsere Patienten sicherzustellen.

STÄRKUNG VON ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE AMBULANTISIERUNG

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: medgate, mediX nordwest, Klinik Arlesheim

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Ziel dieses Projekts ist, die Ambulantisierung im Kanton Basel-Landschaft zu stärken. Einerseits indem in die «interinstitutionelle und interprofessionelle» Kommunikation gefördert wird (Arbeitspaket 1), andererseits durch die Ausbildung und Implementierung von «Nurse Practitioners» in der ambulanten Grundversorgung (Arbeitspaket 2).

Im Rahmen von Arbeitspaket 1 wurde eine Umfrage zur Erhebung des heutigen IST-Zustands der Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern entwickelt. Auf Grundlage dieser breit durchgeführten Umfrage sollen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, wo und wie die Kommunikation in Zukunft verbessert werden kann. Die Umfrage wird aktuell durchgeführt und richtet sich an alle Gesundheitsdienstleister, die direkt in die Patientenversorgung involviert sind (u.a. Ärztinnen und Ärzte, Apotheker und Apothekerinnen, Pflegende in den APHs, in der Spitex, usw.).

Bezüglich des Arbeitspakets 2 wird in Abstimmung mit dem Kanton Basel-Landschaft ein Konzept für die Ausbildung und Implementierung von Nurse Practitioners in der ambulanten Grundversorgung erarbeitet. Dieses soll ermöglichen, dass Nurse Practitioners auch vermehrt in der ambulanten Grundversorgung ausgebildet und eingesetzt werden können. Entsprechende Vorschläge für die Finanzierung werden aktuell erarbeitet.

FLÄCHENDECKENDE GRUNDVERSORGUNG MIT INTERPROFESSIONELEM THERAPIE-TEAM ZUR VERBESSERUNG DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

An Erarbeitung beteiligte Stakeholder/Institutionen: Physioswiss Regionalverband beider Basel, LRB – Logopädinnen- und Logopädenverband der Region Basel sowie Sektion Region Basel des Ergotherapie-Verbands Schweiz; zurzeit ist die Ausweitung der Zusammenarbeit auf bestehende Versorgungseinheiten und allfällige Kostenträgende geplant.

Ziel, Vorgehen, Ausblick: Die Arbeitsgruppe will eine flächendeckende, interprofessionelle therapeutische Grundversorgung im Kanton Basel-Landschaft sicherstellen. In Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie bestehen derzeit Versorgungslücken und lange Wartezeiten, was die Versorgungsqualität mindert und Kosten erhöht. Der demografische Wandel und die Zunahme multimorbider Klientinnen und Klienten verschärfen die Situation, besonders in ländlichen Regionen.

Eine niederschwellige Erstversorgung soll den Zugang verbessern und eine frühzeitige, strukturierte Triage ermöglichen. Diese Triage stellt die gezielte Weiterleitung an passende Spezialistinnen und Spezialisten und eine verbesserte regionale Koordination sicher, was wiederum Komplikationen, Chronifizierungen und Folgekosten reduziert. Eine interprofessionelle, ganzheitliche Versorgung entlastet zudem Angehörige und Notfallstrukturen und steigert die Kosteneffizienz.

Gemeinsam mit notfallmedizinischen Anbietern und Gesundheitszentren erarbeitet die Arbeitsgruppe ein Konzept zum Einsatz eines interprofessionellen Therapieteams. Erfahrungen aus der Praxis sowie relevante Literatur werden einbezogen, um konkrete Versorgungslücken zu identifizieren und nach Möglichkeit zu schliessen. Falls bis dahin kein gemeinsames Pilotprojekt aller drei Professionen besteht, wird ein solches mit ambulanten Partnern initiiert und evaluiert. Ziel ist ein Konzept inklusive kantonalem Rolloutplan bis Ende 2027.

