

Bericht der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission an den Landrat

betreffend «Hospital at Home» als Teil des Massnahmenprogramms «Gesundheit BL 2030»
 wird ausgeweitet

2025/185

vom 18. Juni 2025

Das Wichtigste in Kürze	
Inhalt der Vorlage	«Hospital at Home» ermöglicht es Patientinnen und Patienten, die an bestimmten akuten Krankheiten leiden, in ihrem eigenen Zuhause anstatt in einem Spital behandelt zu werden. Der neue Behandlungsansatz erhöht den Komfort, beeinflusst den Heilungsprozess positiv, verringert die Gefahr von Komplikationen und führt dadurch zu finanziellen Einsparungen. Nachdem der Kanton in den Jahren 2023 und 2024 ein Pilot-Projekt der Klinik Arlesheim unterstützt hatte, möchte er weitere Gelder sprechen, um das Projekt einerseits fortzuführen und andererseits das Kantonsspital Baselland (KSBL) einzubeziehen. Zudem soll der Ansatz für weitere Leistungsanbieter geöffnet werden. Das Einsparpotential von Hospital at Home wird aufgrund der geringeren Baserate vom Regierungsrat über die Dauer von drei Jahren auf CHF 670'000.– geschätzt. Für die Ausweitung des Angebots wird eine neue einmalige Ausgabe von CHF 9,5 Mio. beantragt, wobei es sich um eine Umschichtung innerhalb der (ohnehin anfallenden) stationären Spitalkosten handelt.
Beratung Kommission	Die Vorlage war in der Kommission unbestritten. Die Kommission sprach sich grossmehrheitlich für die Weiterführung und Vertiefung des für die Schweiz neuartigen Versorgungsmodells aus. Vor dem Hintergrund der grossen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bietet Hospital at Home für die Kommission einen interessanten Ansatz zur Entlastung der stationären Strukturen, der in die richtige – nämlich ambulante – Richtung weist. Eine Minderheit stand dem Projekt skeptisch bis ablehnend gegenüber. Ein Mitglied argumentierte, dass ein Spital auf Basis der geltenden gesetzlichen Bestimmungen seine Leistungen nicht exterritorial erbringen dürfe. Auch verstosse die gewählte Form der Abrechnung gegen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Weiter wurde moniert, dass das dreijährige Vorgängerprojekt nicht ausreichend evaluiert worden sei, um ab diesem Jahr bereits in den Regelbetrieb überzugehen. Der Antrag eines Kommissionsmitglieds, einen reduzierten Kredit für die Verlängerung der Pilotphase bis Ende 2026 (statt 2028) zu sprechen, wurde jedoch abgelehnt. Für Details wird auf das Kapitel Kommissionsberatung verwiesen.
Antrag an den Landrat	Die Kommission beantragt dem Landrat mit 9:1 Stimmen bei einer Enthaltung Zustimmung zum unveränderten Landratsbeschluss. Zum Landratsbeschluss gemäss Kommission.

1. Ausgangslage

Das Versorgungsmodell «Hospital at Home» zielt darauf ab, kranken oder rekonvaleszenten Menschen eine spitaläquivalente, akut-medizinische Behandlung in den eigenen vier Wänden zu bieten, die durch eine permanente telemedizinische Überwachung unterstützt wird. Die Verschiebung aus dem stationären Spitalbereich in das gewohnte Umfeld ist nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für den Kanton und die Versicherer von Vorteil. Aus diesem Grund hat im Jahr 2023 die Klinik Arlesheim, unterstützt durch den Kanton Basel-Landschaft, ein Pilotprojekt für die Einführung von Hospital at Home der Klinik Arlesheim gestartet. Im Folgejahr sprach der Kanton für die Fortführung erneut Geld. Die Finanzierung in der Höhe von insgesamt rund CHF 1,5 Mio. wurde durch zwei Regierungsratsbeschlüsse sichergestellt.

Die Evaluation des Pilotprojekts bestätigte den Regierungsrat in seiner Einschätzung, dass das Konzept Hospital at Home zur kosten- und qualitätsbewussten Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungsangebots im Kanton Basel-Landschaft beitragen kann. Insgesamt weist das Evaluationsergebnis eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen aus, die Sturzrate erwies sich als gering bis moderat, der Schlafmittelverbrauch und der Pflege- sowie Reha-Bedarf nach der Behandlung waren geringer als im Durchschnitt nach einem Spitalaufenthalt. Ganz ausgeschlossen werden konnten spitalassoziierte Komplikationen wie Delir oder nosokomiale Infektionen. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel zwischen drei und acht Tagen.

Einsparungen ergeben sich durch die um 10 % geringere Fallpauschale (gegenüber der Baserate des Spitals) und einer weniger kostenintensiven Behandlung der Patientinnen und Patienten. Das Einsparpotential von Hospital at Home aufgrund der geringeren Baserate wird vom Regierungsrat über die Dauer von drei Jahren auf CHF 670'000.– geschätzt. Weitere Einsparungen von bis zu CHF 6 Mio. sind möglich durch eine Reduktion von Reha-Anschlusslösungen.

Die Abgeltung des Kantonsanteils für die Leistungen im Hospital at Home erfolgt zunächst in Form einer an das DRG-Modell¹ angelehnten, leistungsbezogenen Pauschale, welche mit dem patienten- bzw. fallindividuellem Kostengewicht multipliziert wird. Die «Kantonspauschale» entspricht 55 % der in der Leistungsvereinbarung festgelegten «H-at-H»-Baserate². Somit sind auch die Gesamtkosten geringer als die zwischen Spital und Krankenversicherern vereinbarte spital-stationäre DRG-Fallpauschale für denselben Fall.

Mit dem Kantonsspital Baselland (KSBL) und der Klinik Arlesheim sind zwei stationäre Anbieter bereit, mit Kooperationspartnern ab Juli 2025 das Versorgungsangebot in geeignetem Umfang zu erbringen und sukzessive zu entwickeln.

Mit dieser Vorlage beantragt der Regierungsrat, die Umschichtung von maximal CHF 9'508'110.– innerhalb der stationären Spitalkosten zu genehmigen. Die Umschichtung betrifft den Zeitraum von Juli 2025 bis Juni 2028 und soll über eine entsprechende Ausgabenbewilligung zugunsten des Projekts Hospital at Home ermöglicht werden. Da erwartet wird, dass sich gewisse stationäre Aufenthalte ins häusliche Umfeld verlagern, und vorausgesetzt, dass die freiwerdenden Betten nicht mit anderen Patienten gefüllt werden, führt dies zu keinen zusätzlichen Ausgaben im Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2025–2028.

Ziel dieser Landratsvorlage ist es weiterhin, den Behandlungsansatz für weitere Leistungsanbieter zu öffnen. Ebenso sollen weitere Leistungserbringergruppen (z. B. Spitex) konzeptionell eingebunden werden. Der Umsetzungsprozess wird über einen Zeitraum von drei Jahren formativ wissenschaftlich begleitet.

Für Details wird auf die [Vorlage](#) verwiesen.

¹ DRG-Modell: Fallpauschalen-System zur Vergütung stationärer Krankenhausleistungen nach Diagnosen und Prozeduren.

² Die «H-at-H»-Baserate beträgt (für 2026) rund CHF 9'500.–, gegenüber geschätzt CHF 10'000.– der Spital-Baserate.

2. Kommissionsberatung

2.1. Organisatorisches

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission behandelte die Vorlage an ihren Sitzungen vom 16. Mai und vom 6. Juni 2025 im Beisein von Regierungsrat Thomi Jourdan und VGD-Generalsekretär Olivier Kungler. Die Vorlage wurde vertreten von Jürg Sommer, Leiter Amt für Gesundheit, und Michael Steiner, Leiter Abteilung Spitäler und Therapieeinrichtungen im Amt für Gesundheit.

3. Eintreten

Eintreten auf die Vorlage war unbestritten.

3.1. Detailberatung

Die Kommission sprach sich grossmehrheitlich für die Weiterführung und Vertiefung des für die Schweiz neuartigen Versorgungsmodells aus. Grosse Kostensteigerungen im Gesundheitswesen stellen auf mehreren Ebenen eine Herausforderung dar; die Gestaltungsmöglichkeiten sind jedoch beschränkt. Vor diesem Hintergrund bietet Hospital at Home für die Kommission einen interessanten Ansatz zur Entlastung der stationären Strukturen, der in die richtige – nämlich ambulante – Richtung weist.

Eine Minderheit stand dem Projekt skeptisch bis ablehnend gegenüber. Ein Mitglied argumentierte, dass ein Spital auf Basis der geltenden gesetzlichen Bestimmungen seine Leistungen nicht exterritorial erbringen dürfe. Auch verstosse die gewählte Form der Abrechnung gegen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Weiter wurde moniert, dass das dreijährige Vorgängerprojekt nicht ausreichend evaluiert worden sei, um ab diesem Jahr bereits in den Regelbetrieb überzugehen. Der Antrag eines Kommissionsmitglieds, einen um die Hälfte reduzierten Kredit für die Verlängerung der Pilotphase bis Ende 2026 (statt 2028) sprechen, wurde von der Mehrheit der Kommission jedoch abgelehnt.

– Voraussetzungen und Potentiale

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Hospital at Home sind einerseits medizinischer, andererseits sozialer und geographischer Art. Die Zuweisung erfolgt immer über das Spital, wo z. B. bereits in der Notfallstation festgestellt wird, ob die Erkrankung und der voraussichtliche Behandlungsbedarf es zulassen, die Patientin oder den Patienten in die häuslichen Strukturen zu überführen, um dort vom Spitalpersonal besucht und behandelt zu werden. Zudem wird abgeklärt, ob das soziale Umfeld dafür geeignet ist und sich das Zuhause innerhalb eines gewissen Radius zu Spitalbasis befindet. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, entscheiden sich viele der angefragten Patientinnen und Patienten für eine Hospitalisierung in den eigenen vier Wänden. Für die folgenden vier Jahre wird mit 800 bis maximal 1'200 Fällen gerechnet. Nebst der Klinik Arlesheim, die das Pilotprojekt gestartet hatte, ist nun mit dem KSBL ein weiterer stationärer Anbieter bereit, zusammen mit Kooperationspartnern ab Juli 2025 das Versorgungsangebot im geeigneten Umfang zu erbringen und sukzessive zu entwickeln.

Eine Erkenntnis aus der Analyse des Pilotprojekts war laut Direktion, dass das Angebot eine ausreichende Fallzahl benötigt, um Skaleneffekte realisieren zu können. Diese Skaleneffekte lassen sich über Kooperationen mit strategisch dezentral platzierten ambulanten Hubs (Gesundheitszentren) erzielen, da hiermit die Produktivität (Umsatz pro Zeiteinheit) der Teams gesteigert werden kann. Es finden derzeit Überlegungen zu möglichen Standorten für solche Hubs und Gespräche mit entsprechenden Anbietern statt. In Verbund mit den Gesundheitszentren bietet Hospital at Home darüber hinaus Potential für die Entwicklung neuer Berufsgruppen wie den Advanced Nursing Practitioners (ANP).

– Finanzierung durch den Kanton und regional differenzierte Tarife

Die Ausweitung von Hospital at Home für weitere Leistungsanbieter soll durch eine Umschichtung innerhalb der stationären Kosten/Transferausgaben finanziert werden. Derzeit betragen die gesamthaften stationären Spalkosten für den Kanton CHF 430 Mio., wovon 75 % auf die Akutsoma-

tik entfallen. Der Anteil des KSBL und der Klinik Arlesheim an diesen Kosten beläuft sich auf rund einen Drittel. Auf Hospital at Home entfällt ein minimaler Beitrag von 0,2 %. Laut Direktion sollen bislang auf den stationären Bereich entfallene Ausgaben vermehrt ins Hospital at Home verschoben werden, womit dessen Anteil steigt. Dabei handelt es sich aber immer noch um dieselbe Ausgabenposition. Für die Umschichtung der CHF 9,5 Mio. wird ein Ausgabenbeschluss des Landrats benötigt – dies im Gegensatz zu den stationären Kosten, die gesetzlich bereits abgedeckt sind und nicht einzeln ausgewiesen und bewilligt werden müssen.

Aktuell erfolgt die Finanzierung von Hospital at Home über eine individuell verhandelte Pauschale zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Dabei verhandelten die Versicherer mit den Anbietern einen zehnprozentigen Abschlag, da für die externe Behandlung weniger Ressourcen benötigt werden. Derzeit laufen Verhandlungen über eine kantonsweite Pauschale. Dabei orientiert man sich weiterhin an den stationären Baserates. Künftig könnte eine Differenzierung der Pauschale je nach Bevölkerungsdichte erfolgen: in städtischen Regionen wären – aufgrund der geringeren Distanzen und somit grösseren Effizienz – Abschläge denkbar, während in weniger dichtbesiedelten und weitläufigeren Kantonsteilen ein Aufschlag nötig sein kann (z. B. Allschwil: Baserate x 0,9, Wenslingen: Baserate x 1,2).

– *Ambulante und stationäre Finanzierung im Fokus und in der Kritik*

Ein spezielles Augenmerk richtete die Kommission auf die Finanzierung der Leistungen im Hospital at Home. Diese können grundsätzlich mit den geltenden ambulanten Tarifen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden. Im Baselbieter Modell erfolgt die Abgeltung des Kantonsanteils zunächst in Form einer an das DRG-Modell angelehnten, leistungsbezogenen Pauschale, welche mit dem patienten- beziehungsweise fallindividuellem Kostengewicht multipliziert wird.

Ein Kommissionsmitglied erachtete diese Form der Finanzierung als bundesgesetzwidrig. Solange eine Patientin oder ein Patient gemäss medizinischer Indikation hospitalisierungsbedürftig ist, müsse die Pflege in einem Spital erbracht werden. Gemäss KVG dürfe ein Spital exterritorial keine akut-medizinische somatische Leistungen erbringen, da die Spitalbewilligung auf *einen* Ort beschränkt ist. Fällt jedoch die Notwendigkeit eines Spitalaufenthalts weg, kämen ambulante Leistungserbringer wie Spitex-Organisationen für die Pflegeleistungen zum Zug. Entsprechend handle es sich um eine ambulante Leistung; der geltende Vertrag zwischen der Klinik Arlesheim und dem Krankenversicherer sei somit KVG-widrig und hätte nicht genehmigt werden dürfen.

Diese Einschätzung wurde von der Direktion nicht grundsätzlich bestritten. In der Tat befände sich Hospital at Home in einem Graubereich zwischen Spital und Spitex und sei rechtlich nicht zufriedenstellend abgesichert – was angesichts der Tatsache, dass das Modell in zahlreichen Ländern bereits fest etabliert sei, einem Versäumnis gleichkomme. Aktuell sei man daran, dem Thema auf Bundesebene, mithilfe politischer Kräfte aus beiden Basel, die nötige Aufmerksamkeit und Geltung zu verschaffen. Ziel sei eine KVG-Revision, was allerdings eine gewisse Zeit benötige. Ziel sei, das Modell zu normalisieren und in eine Regelfinanzierung zu überführen (ohne vom Landrat zu beschliessende Ausgabenbewilligung).

Diese Haltung blieb in der Kommission mehrheitlich unwidersprochen. Die Mitglieder waren sich über die rechtliche Situation im Klaren. Allgemein wurde Bedauern darüber geäussert, dass der rechtliche Rahmen derart innovative Modelle nicht zulasse und der schweizweit einheitliche Tarif sowie die Fallpauschale ein zu enges tarifliches Korsett darstellen. Anders sei es, so ein Mitglied, nicht zu erklären, weshalb Hospital at Home noch immer seiner Umsetzung harre, obwohl es für die Patientinnen und Patienten eine effizientere und qualitativ gleiche oder sogar bessere Behandlung ermögliche. Die Kommissionsmehrheit erachtete die kantonal geltende gesetzliche Grundlage jedoch als ausreichend, um die Grauzone bis zur KVG-Revision zu überwinden. Bis dahin wäre es gut, wenn der Kanton das Heft in die Hand nehmen und mittels Anstossfinanzierung den Weg ebnen würde.

– *Evaluation als Grundlage für Entscheidungsfindung*

Vereinzelte kritische Stimmen wiesen auf eine unzureichende Entscheidungsgrundlage hin. Die unter Leitung der Berner Fachhochschule durchgeführte Evaluation des Pilotversuchs sei bis zum heutigen Zeitpunkt nicht ausreichend ausgewertet worden. Besonders kritisch wurde angemerkt, dass nun auf Basis dieser unvollständigen Erkenntnisse bereits weitreichende Entscheidungen getroffen werden sollen, obwohl die notwendigen Grundlagen schon in den Vorjahren hätten systematischer erarbeitet werden können.

Ein weiterer Kritikpunkt betraf die ungenügende Berücksichtigung der Situation von Angehörigen: Werden Patientinnen oder Patienten statt im Spital zu Hause betreut, fallen gewisse Leistungen wie Nachtwache oder Hotellerie weg, ohne dass ein adäquater Ersatz dafür geschaffen wird. Dies könne insbesondere die oft ebenfalls betagten Lebenspartner zusätzlich belasten.

Aus diesem Grund beantragte ein Mitglied, die Pilotphase des Projekts um anderthalb Jahre – bis Ende 2026 – zu verlängern und bis Mitte 2026 eine unabhängige, wissenschaftlich fundierte Evaluation der Phase 2023–2025 vorzulegen, die als Grundlage für die Entscheidung dienen würde, ob und in welcher Form das Projekt nach der Pilotphase in einen Regelbetrieb überführt werden soll.

Die Direktion bestätigte, dass der endgültige Evaluationsbericht derzeit noch nicht vorliege. Der bereits vorhandene Zwischenbericht zeige jedoch deutlich, dass das Projekt nicht nur finanzielle, sondern auch qualitative Verbesserungen erziele – darunter weniger Stürze, weniger Spitalinfektionen und ein geringerer Medikamentenkonsum. Sobald der Schlussbericht verfügbar ist, sollen die Ergebnisse der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission vorgelegt werden.

Die Direktion betonte, dass sämtliche geäusserten Bedenken ernst genommen und in den Entscheidungsprozess einbezogen würden. Insgesamt seien die bisherigen Rückmeldungen zum Projekt äusserst positiv ausgefallen. Im Rahmen einer Umfrage hätten alle befragten Patientinnen und Patienten angegeben, das Angebot auch künftig wieder in Anspruch nehmen zu wollen, sollten sie erneut vor einer entsprechenden Wahl stehen. Darüber hinaus würden auch im Falle einer Verlängerung der Pilotphase kontinuierlich neue Erkenntnisse gewonnen, die gegebenenfalls Anpassungen erforderlich machen werden. Ein funktionierendes Controlling sei entscheidend, um den Effekt auf die stationären Kosten transparent nachzuweisen und sicherzustellen, dass Hospital at Home aufgrund einer nicht ausreichenden stationär ersetzenden Wirkung nicht zu Mehrkosten führe.

Die Kommission lehnte den Antrag auf Verlängerung der Pilot-Phase mit 8:1 Stimmen bei zwei Enthaltungen ab.

– *Mehr Zufriedenheit dank aufsuchender Betreuung*

Im Rahmen der Diskussion wurde die Frage erörtert, ob die verfügbaren personellen und zeitlichen Ressourcen ausreichen, um eine qualitativ angemessene medizinische Betreuung im häuslichen Umfeld sicherzustellen. Insbesondere der durch die erforderlichen Fahrten entstehende Mehraufwand wurde von einem Mitglied als potenzielle Herausforderung benannt.

Die Direktion versicherte, dass die personellen Kapazitäten grundsätzlich gegeben seien. Der zusätzliche zeitliche Aufwand werde durch die mit dem Modell Hospital at Home ermöglichte intensivere Nähe zu den Patientinnen und Patienten mehr als aufgewogen. Die Versorgung im vertrauten häuslichen Umfeld, frei von den eng getakteten Betriebsabläufen und Ablenkungen eines Spitals, ermögliche eine stärkere patientenzentrierte Betreuung. Dies wirke sich nicht nur positiv auf die Versorgungsqualität aus, sondern stelle auch einen wesentlichen Motivationsfaktor für medizinisches Fachpersonal dar. Das Projekt trage somit in erheblichem Masse zur Arbeitszufriedenheit und zur langfristigen Bindung der Mitarbeitenden bei.

Im Rahmen des Modells wird laut Direktion kein zusätzliches Personal eingesetzt; vielmehr erfolgt der Einsatz durch dasselbe Fachpersonal, das regulär im stationären Bereich tätig ist. Die medizinischen und pflegerischen Leistungen werden demnach nicht ausgeweitet, sondern neu strukturiert. Die aufsuchende Betreuung bringt jedoch zwangsläufig einen höheren Zeitaufwand mit sich, insbesondere aufgrund der Wegzeiten und des Bedarfs an mobiler Infrastruktur.

Dies sei, so die Direktion, auch der Grund dafür, dass die Versorgung im Rahmen von Hospital at Home lediglich rund 10 % kostengünstiger sei als eine stationäre Behandlung. Zwar entfielen klassische Spitalkosten wie Hotellerie, Infrastruktur und Verpflegung, gleichzeitig entstünden jedoch neue Aufwendungen infolge der erhöhten Mobilität und der dezentralen Organisation der Leistungserbringung.

4. Antrag an den Landrat

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission beantragt dem Landrat mit 9:1 Stimmen bei einer Enthaltung, gemäss beiliegendem Landratsbeschluss zu beschliessen.

18.06.2025 / mko

Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission

Lucia Mikeler Knaack, Präsidentin

Beilage

- Landratsbeschluss (unveränderter Entwurf)

Landratsbeschluss

über Gesundheit BL 2030 – Umsetzung Hospital at Home; Ausgabenbewilligung

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

1. Für die Ausweitung des Angebots «Hospital at Home» wird eine neue einmalige Ausgabe in Höhe von 9'508'110 Franken von Juli 2025 bis Juni 2028 bewilligt.
2. Ziffer 1 dieses Beschlusses untersteht gemäss § 31 Absatz 1 Buchstabe b der Kantonsverfassung der fakultativen Volksabstimmung

Liestal, Datum wird von der LKA eingesetzt!

Im Namen des Landrats

Der Präsident:

Die Landschreiberin: