

## **Vorlage an den Landrat**

**Gesundheit BL 2030 – Ausweitung Hospital at Home; Ausgabenbewilligung  
2025/185**

vom 6. Mai 2025

## 1. Übersicht

### 1.1. Zusammenfassung

Mit dem [Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030»](#) hat der Regierungsrat am [29. November 2024](#) ein Massnahmenpaket zur optimierten Gesundheitsversorgung vorgestellt. Unter Punkt 8.4 wird das Konzept Hospital at Home (H-at-H) genannt. Ziel von H-at-H ist die Verlagerung von stationären Fällen in ein günstigeres und qualitativ gleichwertiges oder sogar besseres Behandlungssystem. Bisher bestand ein entsprechendes Angebot im Rahmen eines Pilotprojektes durch die Klinik Arlesheim. Die notwendige Finanzierung wurde durch zwei Regierungsratsbeschlüsse sichergestellt.

Das Ziel dieser Landratsvorlage ist, den Behandlungsansatz für weitere Leistungsanbieter und damit auch Bevölkerungsteile zu öffnen. Die aus dem Pilotprojekt H-at-H der Klinik Arlesheim gewonnenen ersten, positiven Erkenntnisse bilden die Grundlage zur Umsetzung der Angebotsausweitung im Kanton Basel-Landschaft. Ebenso sollen weitere Leistungserbringergruppen (z.B. Spitex) konzeptionell eingebunden werden. Der Umsetzungsprozess wird über einen Zeitraum von drei Jahren formativ wissenschaftlich begleitet, um die System- und Skalierungsmöglichkeiten zu bewerten.

Mit der vorliegenden Landratsvorlage soll die Umschichtung der finanziellen Mittel in Höhe von maximal 9'508'110 Franken innerhalb des Transferaufwands im Bereich der stationären Spitalkosten für drei Jahre (2025 bis 2028) über eine Ausgabenbewilligung genehmigt werden. Diese Ausgabenbewilligung für H-at-H wird für den Kanton aufgrund des zu erwartenden Verlagerungseffektes keine Erhöhung der Ausgaben im AFP 2025–2028 ([LRV 2024/461](#); LRB 2024/896 vom 12. Dezember 2024) notwendig machen.

Im Kanton Basel-Landschaft besteht ein Verfassungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung (§ 111 Abs. 3 Kantonsverfassung; [SGS 100](#)). Dazu kann der Kanton die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gemäss § 2 Gesundheitsgesetz ([SGS 901](#)) mit geeigneten Massnahmen fördern. Ausserdem umfasst die Spitalversorgung des Kantons laut § 1 Spitalversorgungsgesetz (SpiVG, [SGS 931](#)) spitalgebundene ambulante und intermediäre Leistungen. Darunter fallen auch die Leistungen von H-at-H. Entsprechende Ausgaben werden durch den Landrat beschlossen (§ 16 SpiVG).

Die Evaluationsergebnisse des Pilotprojekts bestätigen den Regierungsrat in seiner Einschätzung, dass das Konzept H-at-H zur kosten- und qualitätsbewussten Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungsangebots im Kanton Basel-Landschaft beitragen kann. Die Verschiebung von ausgewählten Behandlungen aus dem stationären Spitalbereich in das gewohnte Umfeld zu Hause ist sowohl für den Kanton, die Versicherer, die Patientinnen und Patienten als auch die Leistungserbringer von Vorteil. Der Zeitraum von drei Jahren bis zur Schaffung der kantonalen Rechtsgrundlagen zur Umsetzung der «Einheitlichen Finanzierung Ambulant Stationär» (EFAS)<sup>1</sup> soll im Kanton Basel-Landschaft dazu genutzt werden, die vorteilhaften, stationäre Behandlungen ersetzenden Angebote bereits umzusetzen und Einsparungen von rund 670'000 Franken in den Transferausgaben zu realisieren. Mit dem Kantonsspital Baselland 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.

---

<sup>1</sup> Mit dem SpiVG besteht eine ausreichende rechtliche Grundlage zur zeitlich befristeten Umsetzung von H-at-H, sofern der Landrat die entsprechende Ausgabenbewilligung genehmigt. Mit der von der Schweizer Stimmbevölkerung am 24. November 2024 beschlossenen einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (EFAS) beteiligen sich die Kantone und die Versicherer neu im gleichen Umfang (Kanton 26,9 %, Versicherer 73,1 %) an den ambulanten und stationären Kosten. Der Kanton wird prüfen, ob im Rahmen des Einführungsgesetzes zu EFAS eine eigenständige Rechtsgrundlage für H-at-H geschaffen werden soll, um die Finanzierungsströme zu synchronisieren und zu verstetigen.

Mit einer extern initiierten und vom Kanton begleiteten, formativen wissenschaftlichen Analyse werden weitergehende Aussagen zu den Kosten-Nutzen Relationen inkl. dem stationär-ersetzenden Potential des Versorgungsansatzes für den Kanton Basel-Landschaft und die Schweiz erwartet.

Die Differenzierung der H-at-H-Pauschale über die Spital-Baserates dient als Kalkulationsannahme für die hier beantragte Ausgabenbewilligung. Die Betriebskosten eines H-at-H-Angebotes werden massgeblich durch die Bevölkerungsdichte im jeweiligen H-at-H-Einzugsgebiet mitbestimmt. Aus Sicht des Regierungsrats ist anzustreben, diesen Faktor als Differenzierungsmerkmal der H-at-H-Pauschale in den Tarifverhandlungen zu berücksichtigen. Eine kantonale H-at-H-Pauschale könnte einen H-at-H-Aufschlag für eine H-at-H-Versorgung in Regionen, Bezirken und Gemeinden mit hoher Bevölkerungsdichte und einen Abschlag in Regionen, Bezirken und Gemeinden mit tiefer Bevölkerungsdichte vorsehen. Entsprechende Modellrechnungen kommen zum Ergebnis, dass auch mit dieser Methodik das Einsparpotenzial realisiert wird.

## 1.2. Inhaltsverzeichnis

1.	Übersicht.....	2
1.1.	Zusammenfassung	2
1.2.	Inhaltsverzeichnis	4
2.	Bericht.....	5
2.1.	Ausgangslage	5
2.2.	Ziel der Vorlage	5
2.3.	Hospital at Home (H-at-H)	5
2.6.	Ausblick	13
2.7.	Strategische Verankerung / Bezug zum Regierungsprogramm (Referenz-Nr.) oder zur Langfristplanung	13
2.8.	Rechtsgrundlagen; Finanz- oder Planungsreferendum	14
2.9.	Finanzielle Auswirkungen	14
2.10.	Finanzhaushaltsrechtliche Prüfung	17
2.11.	Regulierungsfolgenabschätzung (§ 4 KMU-Entlastungsgesetz und § 58 Abs.1 Bst. e und e <sup>bis</sup> Geschäftsordnung Landrat)	17
3.	Anträge .....	17
3.1.	Beschluss	17

## 2. Bericht

### 2.1. Ausgangslage

Mit dem [Rahmenkonzept Gesundheit BL 2030](#) hat der Regierungsrat am [29. November 2024](#) ein Massnahmenpaket zur optimierten Gesundheitsversorgung vorgestellt. Unter Punkt 8.4 wird das Konzept Hospital at Home (H-at-H) genannt. Bisher konnten die Leistungen im Rahmen eines Pilotprojektes durch die Klinik Arlesheim (KLA) angeboten werden. Dieses Pilotprojekt hat sich gemäss den Erkenntnissen einer begleitenden wissenschaftlichen Auswertung bewährt (siehe Kapitel 2.5.) und läuft im Sommer des Jahres 2025 aus.

Am 20. Juni 2023 hat der Regierungsrat eine einmalige Ausgabe für die Behandlungen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Basel-Landschaft im Pilotprojekt «Hospital at Home» der KLA für die Jahre 2023 und 2024 mit einem Kostendach von 500'000 Franken bewilligt. Am 22. Oktober 2024 wurde die Ausgabenbewilligung um 490'000 Franken auf insgesamt 990'000 Franken erhöht und die Laufzeit bis zu einem möglichen Beschluss des Landrats zur flächendeckenden Umsetzung von H-at-H im Jahr 2025 verlängert.

### 2.2. Ziel der Vorlage

Der Regierungsrat strebt an, den Behandlungsansatz H-at-H für weitere Leistungsanbieter und damit Bevölkerungsteile zu öffnen. Die aus dem Pilotprojekt H-at-H der KLA gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage zur Umsetzung für die Ausweitung des Angebotes im Kanton Basel-Landschaft. Ebenso sollen weitere Leistungserbringergruppen (insbesondere Spitex) konzeptionell eingebunden werden.

Mit der vorliegenden Landratsvorlage soll die Finanzierung von H-at-H über eine Umschichtung der finanziellen Mittel in Höhe von maximal 9'508'110 Franken innerhalb der stationären Transferausgaben für drei Jahre (2025 bis 2028) mittels Ausgabenbewilligung abgesichert werden.

### 2.3. Hospital at Home (H-at-H)

Die Evaluationsergebnisse des Pilotprojektes (siehe Kapitel 2.5.) bestätigen den Regierungsrat in seiner Einschätzung, dass das Konzept H-at-H zur kosten- und qualitätsbewussten Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungsangebots im Kanton Basel-Landschaft beiträgt. Das Konzept H-at-H erlaubt eine akutmedizinische Versorgung von ausgewählten Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Diagnosen im gewohnten Umfeld zu Hause und richtet sich vorwiegend an internistisch erkrankte, hospitalisierungsbedürftige vulnerable Patientinnen und Patienten. Für diese bietet H-at-H die Möglichkeit einer medizinisch-pflegerischen Versorgung zu Hause mit einem deutlichen Mehrwert gegenüber der stationären Hospitalisierung.

#### 2.3.1. Konzept

Die internationale Konsensdefinition für H-at-H wurde am [World Hospital at Home Kongress 2023](#) in Barcelona durch das wissenschaftliche Komitee vorgestellt. H-at-H ist demnach *«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 erbringt. H-at-H 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 erfolgt»*.

Die [Swiss Hospital at Home Society](#) hat eine differenzierte Kategorisierung der unterschiedlichen Angebote erstellt, welche sich in der Schweiz unter dem Begriff H-at-H subsumieren:

- Kategorie I: Akutmedizin zu Hause, mit pflegerischer und ärztlicher vor Ort Betreuung zu Hause. Diese Kategorie bietet eine **spitaläquivalente, akutmedizinische Versorgung** direkt im häuslichen Umfeld.
- Kategorie II: Früherer Spitalaustritt, mit pflegerischer und ärztlicher vor Ort Betreuung zu Hause, **spitalergänzend**. Hier ermöglicht H-at-H einen früheren Austritt aus dem Krankenhaus mit weiterer Betreuung zu Hause.
- Kategorie III: Home Monitoring mit telemedizinischen Kontakten und/oder erweiterter Grundversorgung. Diese Kategorie konzentriert sich auf das **Monitoring** von Patientinnen und Patienten zu Hause, unterstützt durch telemedizinische Kontakte und erweiterte Grundversorgung.

Gegenstand dieser Vorlage sind Behandlungen im Rahmen der **Kategorie I**.

#### *Leistungen innerhalb der Kategorie I*

Voraussetzung zur Erbringung von Leistungen innerhalb der Kategorie I ist die vorgängige Feststellung der grundsätzlichen Spitalbedürftigkeit der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten. Ein interdisziplinäres Team an Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten übernimmt die häusliche Akutversorgung im vertrauten Umfeld. Unterstützt von moderner Home Monitoring Technologie wird dieses Team tägliche pflegerische und ärztliche Visiten zu Hause durchführen sowie eine 24/7-Rufbereitschaft sicherstellen. Die Behandlung orientiert sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten eines stationären Aufenthalts.

Wie und durch wen die stationär ersetzende Leistungserbringung erfolgt, liegt in der Verantwortung des Spitals, welches die spitaläquivalente Versorgung indiziert. Unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen ist ein möglichst kosteneffizienter Behandlungsmix anzustreben.

Die Patientinnen und Patienten haben die Wahlfreiheit, ob sie das Angebot von H-at-H annehmen wollen oder ob sie eine konventionelle, stationäre Hospitalisierung vorziehen.

#### *Geeignete Diagnosen für eine H-at-H-Behandlung*

Die für H-at-H geeigneten Diagnosen orientieren sich an den Diagnosen, welche sich international für eine H-at-H-Behandlung als geeignet erwiesen haben.<sup>2</sup> Es sind dies insbesondere internistische Erkrankungen wie zum Beispiel Lungen- oder Nierenbeckenentzündung, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Herzinsuffizienz, Weichteilinfekte, Schmerztherapien, Influenza, Infektionen sowie Akutversorgungen von palliativen Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus werden auch soziale Indikationen in einen allfälligen H-at-H-Entscheid einbezogen (z.B. ist der Patient oder die Patientin alleinstehend, lebt in verwahrlosten Umständen, ausreichend mobil etc.).

#### *Abgeltung*

Die Leistungen von H-at-H können grundsätzlich mit den geltenden ambulanten Tarifen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden (ärztliche Leistungen gemäss ambulantem Einzelleistungstarif TARMED/TARDOC und pflegerische Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Bei den Pflegeleistungen wird die Restfinanzierung der öffentlichen Hand (Art. 25a Abs. 5 KVG) nicht in Rechnung gestellt, da die Mitfinanzierung durch den Kanton auf andere Weise erfolgt (siehe nachfolgend).

Es steht den Spitälern aber auch frei, mit den Krankenversicherern andere Formen der Tarifierung (bspw. mit Pauschalen) zu vereinbaren. Für eine Abrechnung über ambulante Einzelleistungstarife

---

<sup>2</sup> Siehe beispielhaft unter: [Hospital at Home \(H@H\) referrals - Oxford University Hospitals](#) oder [Home Hospital | Mass General Brigham](#)

oder Pauschalen sind eine gesamtschweizerisch vereinbarte Tarifstruktur (Art. 43 Abs. 5 KVG) sowie Tarifverträge mit den Krankenversicherern erforderlich.

Die Abgeltung des Kantonsanteils für die Leistungen im H-at-H erfolgt zunächst in Form einer an das DRG-Modell angelehnten, leistungsbezogenen Pauschale, welche mit dem patienten- beziehungsweise fallindividuellem Kostengewicht multipliziert wird. Die «Kantonspauschale» entspricht 55 %<sup>3</sup> der in der Leistungsvereinbarung festgelegten «H-at-H-Baserate». Die «H-at-H-Baserate» und somit die Gesamtkosten sind geringer als die zwischen Spital und Krankenversicherern vereinbarte spital-stationäre DRG-Fallpauschale für denselben Fall. Mit der Anlehnung an das DRG-Modell soll eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit den zu ersetzenden stationären DRGs gewährleistet werden. Die Mitfinanzierung der Leistungen von H-at-H durch den Kanton stützt sich jedoch nicht auf das Krankenversicherungsgesetz, sondern auf das kantonale Spitalversorgungsgesetz, welches in § 16 eine Abgeltung von ambulanten und intermediären Leistungen von Spitälern durch den Kanton vorsieht. Die Mitfinanzierung durch den Kanton wird über die vorliegende Ausgabenbewilligung gewährleistet.

Die Betriebskosten eines H-at-H-Angebotes werden massgeblich durch die Bevölkerungsdichte im jeweiligen H-at-H-Einzugsgebiet mitbestimmt. Aus Sicht des Kanton Basel-Landschaft ist anzustreben, diesen Faktor als Differenzierungsmerkmal der H-at-H-Pauschale in den Tarifverhandlungen zu berücksichtigen. Eine kantonale H-at-H-Pauschale könnte einen H-at-H-Aufschlag für eine H-at-H-Versorgung in Regionen, Bezirken und Gemeinden mit hoher Bevölkerungsdichte und einen Abschlag in Regionen, Bezirken und Gemeinden mit tiefer Bevölkerungsdichte vorsehen. Entsprechende Modellrechnungen kommen zum Ergebnis, dass auch mit dieser Methodik das Einsparpotenzial realisiert wird.

*H-at-H als Teil des Massnahmenprogramms im Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030»*

[«Gesundheit BL 2030»](#) skizziert die vom Regierungsrat angestrebte künftige Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Landschaft. Diese sieht eine dezentrale, wohnortnahe, stationär ersetzende Versorgung in einem engmaschigen Gesundheitsnetzwerk vor.

Unter Punkt 8.4 des Rahmenkonzeptes führt der Regierungsrat aus, dass die Umschichtung der finanziellen Ressourcen bis zum Vorliegen der Gesetzesrevision (kantonales Einführungsgesetz Einheitliche Finanzierung Ambulant Stationär (EG EFAS; Arbeitstitel)) über eine Ausgabenbewilligung von Juli 2025 bis Juni 2028 über einen Landratsbeschluss gesichert werden soll, was mit dieser Landratsvorlage erfolgt. Mit Einführung der ersten Etappe von EFAS wird H-at-H im Kanton Basel-Landschaft anhand einer Erfolgskontrolle neu bewertet. Dazu gehört auch eine extern initiierten und vom Kanton begleitete formative wissenschaftliche Analyse. Diese soll weitergehende Aussagen zu den Kosten-Nutzen Relationen inkl. dem stationär-ersetzenden Potential des Versorgungsansatzes für den Kanton Basel-Landschaft und die Schweiz aufzeigen. Der Kanton wird darüber hinaus prüfen, ob im Rahmen des Einführungsgesetzes zu EFAS eine eigenständige Rechtsgrundlage für H-at-H geschaffen werden soll, um die Finanzierungsströme zu synchronisieren und zu verstetigen.

---

<sup>3</sup> Kantonsanteil [KVG Art. 49a](#)

## 2.4. Finanzierung durch den Kanton

Die Vergütung des Kantonsanteils für die Leistungen von H-at-H sollen analog der stationären Aufenthalte über leistungsbezogene Pauschalen abgerechnet werden.

Die nachfolgende Kostenschätzung basiert auf den Erfahrungen des Pilotprojektes an der KLA sowie Analysen und Planungen des Kantonsspitals Baselland (KSBL).

Für die Kostenschätzung von Juli 2025 bis Juni 2028 werden folgende Annahmen zugrunde gelegt:

- Abschlag auf der jeweiligen Spital-Baserate von durchschnittlich über drei Jahre gewichtet 10 Prozent<sup>4</sup>
- Differenzierung über die Spital-Baserate für die Jahre 2026 bis 2028<sup>5</sup>: Spital-Baserate Stand 2025 plus 1 Prozent
- Durchschnittliches Kostengewicht 1 (CMI<sup>6</sup>)
- Fallzahlentwicklung
  - KLA: Erfahrungen aus Pilotprojekt
  - KSBL: Potenzialanalyse und Entwicklungsplan H-at-H

Im Jahr 2024 hat die KLA rund 110 hospitalisierungsbedürftige Patientinnen und Patienten im Versorgungssetting H-at-H behandelt. Aufgrund der zunehmenden Akzeptanz des Versorgungssettings ist davon auszugehen, dass die KLA in den Jahren 2026 und 2027 je 150 Patientinnen und Patienten und im zweiten Halbjahr des Jahres 2025 sowie im ersten Halbjahr des Jahres 2028 75 Patientinnen und Patienten im Versorgungssetting H-at-H stationär-ersetzend behandeln wird.

Jahr	Fallzahl H-at-H	Spital-Baserate in CHF	H-at-H Baserate in CHF <sup>7</sup>	Kantonspauschale pro Fall (55 %) in CHF	CMI
2025 (2. HJ)	75	9'900 <sup>8</sup>	9'405	5'173	1
2026	150	9'999 <sup>9</sup>	9'499	5'224	1
2027	150	9'999 <sup>9</sup>	8'999	4'950	1
2028 (1. HJ)	75	9'999 <sup>9</sup>	8'499	4'675	1

Tabelle 1: Entwicklungsplan H-at-H der KLA

<sup>4</sup> Abschlag 2025: 5 %, Abschlag 2026: 5 %, Abschlag 2027: 10 %, Abschlag 2028: 15 % // Der geringere Abschlag in den ersten 18 Monaten berücksichtigt die Evaluationsergebnisse (Kapitel 2.5) im Hinblick auf die zu erzielenden Skaleneffekte. Der erhöhte Abschlag von 15 Prozent in den sechs Monaten des Jahres 2028 kompensiert den geringeren Abschlag der ersten 18 Monate. Im Durchschnitt wird ein H-at-H Abschlag auf die jeweilige Spitalbaserate von 10 Prozent realisiert.

<sup>5</sup> Die Spital-Baserates für die Jahre 2026 bis 2028 beruhen auf Annahmen, die auf Erfahrungswerten basieren. Abweichende Entwicklungen sind dennoch möglich und werden in den Leistungsvereinbarungen entsprechend berücksichtigt.

<sup>6</sup> Case Mix Index: Gemäss SwissDRG beschreibt der Case Mix den Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Als kalkulatorischer H-at-H CMI wird der CMI der Spitäler (KLA und KSBL) von 1 gewählt.

<sup>7</sup> Spital-Baserate \* Abschlag

<sup>8</sup> Baserate 2025

<sup>9</sup> Baserate 2025 + 1 Prozent

Das KSBL geht in seinen Planungen davon aus, dass im Jahr 2028 das Potenzial an H-at-H-Fällen zu 60 Prozent ausgeschöpft ist. Der Entwicklungsplan sieht wie folgt aus:

Jahr	Fallzahl H-at-H	Spital-Baserate in CHF	H-at-H Baserate in CHF <sup>10</sup>	Kantonspauschale pro Fall (55 %) in CHF	CMI
2025 (2. HJ)	41	10'230 <sup>11</sup>	9'719	5'345	1
2026	167	10'332 <sup>12</sup>	9'816	5'399	1
2027	337	10'332 <sup>12</sup>	9'299	5'114	1
2028 (1. HJ)	255	10'332 <sup>12</sup>	8'782	4'830	1

Tabelle 2: Entwicklungsplan H-at-H des KSBL

Die Differenzierung der H-at-H Pauschale über die Spital-Baserates dient als Kalkulationsannahme der Landratsvorlage. Aus Sicht des Kantons ist erstrebenswert, dass sich die Tarifpartner auf eine einheitliche Standard-Baserate für H-at-H einigen und diese nachfolgend über die Bevölkerungsdichte im jeweiligen H-at-H-Einzugsgebiet eine Differenzierung erfährt. So sich die Partner für diesen alternativen Ansatz einigen, würde dieser im Rahmen der Leistungsvereinbarungen antizipiert, soweit das Einsparpotential (siehe nachfolgende Tabelle 4) weiterhin realisiert wird.

Auf Grundlage der dargestellten Annahmen ergibt sich, für eine Laufzeit von drei Jahren sowie einer Reserve von 50 Prozent, folgende Kostenschätzung:

Jahr	KLA in CHF	KSBL in CHF	Gesamt in CHF	Gesamt inkl. 50 % Reserve in CHF
2025 (2. HJ)	387'956	220'756	608'712	913'068
2026	783'672	900'491	1'684'163	2'526'244
2027	742'426	1'722'560	2'464'985	3'697'478
2028 (1. HJ)	350'590	1'230'290	1'580'880	2'371'320
<b>Gesamt 3 Jahre</b>	<b>2'264'644</b>	<b>4'074'097</b>	<b>6'338'740</b>	<b>9'508'110</b>

Tabelle 3: Kostenschätzung H-at-H 2025 bis 2028

Sollte die Akzeptanz (Fallzahl) unter den Entwicklungsplänen der Spitäler zurückbleiben, sinken die Finanzierungskosten entsprechend. Mit der Reserve von 50 Prozent wird die Finanzierung einer allfälligen höheren Inanspruchnahme sichergestellt.

<sup>10</sup> Spital-Baserate \* Abschlag

<sup>11</sup> Baserate 2025

<sup>12</sup> Baserate 2025 + 1 Prozent

Die untenstehende Tabelle beinhaltet die Berechnung des Einsparpotentials des stationär ersetzenden Settings H-at-H für den Kanton Basel-Landschaft für die Jahre 2025 bis 2028.

Jahr	Gesamtkosten in CHF		Einsparungen in CHF <sup>13</sup>
	H-at-H	Stationäre Versorgung	
2025 (2. HJ)	608'712	640'749	32'037
2026	1'684'163	1'772'803	88'640
2027	2'464'985	2'738'873	273'887
2028 (1. HJ)	1'580'880	1'859'859	278'979
<b>Gesamt 3 Jahre</b>	<b>6'338'740</b>	<b>7'012'284</b>	<b>673'544</b>

Tabelle 4: Einsparpotential H-at-H 2025 bis 2028

Die sich aus der reinen Verlagerung ergebenden Einsparungen beim Tarif belaufen sich somit für den Kanton Basel-Landschaft auf einen Betrag von rund 670'000 Franken während der Laufzeit von drei Jahren. Wird die oben genannte Reserve von 50 Prozent voll ausgeschöpft, werden die Einsparungen über die gesamte Laufzeit von drei Jahren rund 1 Million Franken betragen.

Modellrechnungen (siehe Kapitel 2.5) kommen zum Ergebnis, dass weitere Einsparungen innerhalb der drei Jahre in Höhe von über 6 Millionen Franken (davon bis zu 3,3 Millionen Franken Kantonsanteil) z.B. durch Vermeidung von REHA-Behandlungen realisiert werden könnten.

Mit dem Ziel der Substitution von Hospitalisierungen im stationären Setting durch das Setting H-at-H von 1'250 bis zu rund 1'900 Fällen, resultiert eine maximale Mitfinanzierung des Kantons Basel-Landschaft von 9'508'110 Franken während der Phase von Mitte 2025 bis Mitte 2028.

Die Ausgabenbewilligung für H-at-H führt weder im Jahr 2025 noch in den Folgejahren zu einer Budgetkreditüberschreitung. Die Ausgaben werden durch eine Umschichtung innerhalb der budgetierten bzw. geplanten stationären Spitalkosten mindestens kostenneutral erfolgen.

<sup>13</sup> Differenz stationäre Versorgung versus H-at-H

## 2.5. Evaluationsergebnisse des Pilotprojekts «Hospital at Home»

Im Auftrag des Vereins Hospital at Home wurde in Zusammenarbeit mit der KLA im Jahr 2024 eine deskriptive Zwischenevaluation<sup>14,15</sup> erstellt. Darin werden ausgewählte Aspekte hinsichtlich der Zusammensetzung des Kollektivs der Patientinnen und Patienten, der geleisteten stationär-ersetzenden Versorgung, der Behandlungsqualität, der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen aber auch der Weiterversorgung nach der H-at-H-Behandlung durch die KLA im Zeitraum vom 1. Juni 2023 bis 31. Dezember 2023 beschrieben. In die Analyse flossen die Ergebnisse aller 89 Patientinnen und Patienten ein, die in diesem Zeitraum im H-at-H der KLA behandelt wurden.

89 Patientinnen und Patienten	Ø Alter: 73 Jahre	55 % weiblich 45 % männlich
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 verschiedene Diagnosegruppen<sup>16</sup>, Abdeckung der gesamten Bandbreite der inneren Medizin</li> <li>• Vorwiegend geriatrische Fälle sowie</li> <li>• Polymorbide Patientinnen und Patienten</li> </ul>	

Tabelle 5: Patientenkollektiv H-at-H der KLA

Versorgungssituation	Versorgung vor Eintritt ins H-at-H	Versorgung nach Austritt aus H-at-H
Selbstversorgung	55	47
Pflegeheim	12	12
Spitex	17	21
24h Pflege	5	4
verstorben	-	5
Gesamt	89	89

Tabelle 6: Versorgungssituationen vor- und nach der Behandlung im H-at-H

Für 78 der 89 Patientinnen und Patienten, die im H-at-H betreut wurden, änderte sich nach der Behandlung im H-at-H nichts an der anschliessenden Versorgungssituation. Bei drei Patientinnen und Patienten war die Betreuungsintensität der Spitex im Anschluss an die H-at-H-Behandlung höher als vor der Behandlung. Zusätzliche Verlegungen pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten in die Langzeitpflege oder in eine geriatrische Rehabilitation (siehe unten) gab es im Anschluss an die Betreuung im H-at-H keine. Die verstorbenen Patientinnen und Patienten befanden sich bei ihrer Zuweisung ins H-at-H in einer palliativen Lebenssituation.

H-at-H zeigt ein geringeres Auftreten unerwünschter medizinischer Ereignisse<sup>17</sup>:

- Geringe bis moderate Sturzrate
- Keine spital-assoziierten Komplikationen wie Delir und nosokomiale Infektionen
- Geringe Häufigkeit von Dekubitus

<sup>14</sup> Schneider, C.; Vach, W. (2024): Deskriptive Evaluation der Hospital-At-Home Patient\*innen der Klinik Arlesheim («EvalHaHArI-2023»), unveröffentlicht; mehr zur BFH und der Evaluation [hier](#).

<sup>15</sup> Der Abschlussbericht der Fachhochschule Bern wird für Ende 2025 erwartet.

<sup>16</sup> Unter anderem Blutung Anaemie, Exazerbation palliative Situation, Gastrointestinale Beschwerden, Pneumonie, Schmerzexazerbation, Weichteil Infekt, Stoffwechsel Autoimmunerkrankung

<sup>17</sup> Schneider, C.; Vach, W. (2024): Deskriptive Evaluation der Hospital-At-Home Patient\*innen der Klinik Arlesheim («EvalHaHArI-2023»), unveröffentlicht; mehr zur BFH und der Evaluation [hier](#).

- geringerer Schlafmittel- und Sedativa Verbrauch

Die Erfassung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen erfolgte mittels Fragebogen. Bei einer Rücklaufquote von 37 Prozent empfehlen alle Patientinnen und Patienten die Behandlung im H-at-H weiter. Auch die Rückmeldungen von Angehörigen fällt positiv aus. Die Angehörigen fühlten sich während der H-at-H-Behandlung sicher begleitet, empfanden diese Zeit als entlastend und fühlten sich in Entscheidungen miteinbezogen.

Eine ökonomische Analyse von H-at-H der KLA kommt für das Jahr 2024 zu folgenden Eckdaten<sup>18</sup>.

	H-at-H Setting	Stationäres Setting (Opportunitätskosten)	Differenz
Ø Fallpauschale	CHF 8'776	CHF 9'780	CHF -1'004 / -10 %
Ø CMI	0.86	0.96	-0.10
Anzahl Fälle H-at-H	111	111	
Kosten insgesamt	CHF 837'757	CHF 1'042'157	CHF -204'400
Kantonsanteil 55 %	CHF 460'766	CHF 573'186	CHF -112'420

Tabelle 7: ökonomische Eckdaten H-at-H, Jahr 2024

Im darauffolgenden Jahr 2024 ermöglichte die stationär ersetzende Versorgung von 111 Patientinnen und Patienten im H-at-H der KLA eine kostengünstigere Versorgung in Höhe von 204'400 Franken (Einsparungen für das Gesamtsystem). Anteilig (55 %) betragen die Einsparungen in den Transferausgaben des Kanton Basel-Landschaft 112'420 Franken. Der Klinik Arlesheim ist es gelungen, die Überauslastung der stationären Ressourcen um rund 10 Prozentpunkte zu reduzieren und damit eine «Normalauslastung» der stationären Kapazitäten zu realisieren.

Die Einsparungen ergeben sich durch die um 10 Prozent geringere Fallpauschale (gegenüber der Baserate des Spitals) und einer weniger kostenintensiven Behandlung der Patientinnen und Patienten ausgedrückt im Fallgewicht (CM) im H-at-H.

Das Pilotprojekt zeigte auf, dass der Deckungsbeitrag der KLA aufgrund der umgelegten Systemkosten (beispielsweise Overheadkosten, Abschreibungen) des Spitals nicht ausreichend war. Die Erkenntnis der Analyse ist, dass das Angebot H-at-H eine ausreichende Fallzahl benötigt, um Skaleneffekte realisieren zu können. Diese Skaleneffekte lassen sich über Kooperationen oder ambulante Hubs erzielen, da hiermit die Produktivität (Umsatz pro Zeiteinheit) der H-at-H-Teams gesteigert werden kann. Mit der Verstetigung von H-at-H müssen daher entsprechende Massnahmen von Seiten der Leistungsanbieter umgesetzt werden. Die Businesspläne der stationären Leistungsanbieter (KLA und KSBL) legen dar, dass mit dem Leistungsangebot H-at-H innerhalb des Zeitraums der LRV der Break-even-Point<sup>19</sup> erreichbar ist.

Analysen der KLA und dem KSBL kommen zum Ergebnis, dass 25 bis 30 Prozent der geriatrischen stationären Patientinnen- und Patienten im stationären Setting, in einer stationären geriatrischen Rehabilitation für durchschnittlich 20,5 Tage weiterbehandelt werden. Dies bei einer durchschnittlichen Fallpauschale von 770 Franken pro Tag und damit durchschnittlichen Gesamtkosten von rund 16'000 Franken (davon 8'800 Franken Kantonsanteil).

<sup>18</sup> Internes Controlling der KLA, welches unabhängig von der deskriptiven Evaluation erstellt wurde.

<sup>19</sup> Der Break-even-Point (Gewinnschwelle) bezeichnet den Punkt, an dem Erlös und Kosten gleich hoch sind.

	H-at-H	Stationär (Opportuni- tätsannah- men)	Differenz
<u>Anteil</u> Überweisungen an stationäre geriatrische Reha	5 % <sup>20</sup>	25 %	20 %
<u>Anzahl</u> Fälle mit Anschlusslösung stationäre geriatrische Reha	6 <sup>21</sup>	28	22
Kosten stationäre geriatrische Reha gesamt, in CHF	96'000	448'000	352'000
Kantonsanteil, in CHF	52'800	246'400	193'600

Tabelle 8: Einsparung durch Reduktion Rehabilitationsquote im H-at-H im Jahr 2024

Unter Berücksichtigung der obigen Annahmen konnten durch die Vermeidung stationärer Rehabilitationsbehandlungen oder die Substitution durch ambulante Rehabilitationsbehandlungen im Anschluss an eine Betreuung im H-at-H, im Jahr 2024 stationäre Rehabilitationskosten von insgesamt 352'000 Franken für das Gesamtsystem und anteilig 193'600 Franken für den Kanton vermieden werden.

## 2.6. Ausblick

Mit einer extern initiierten formativen wissenschaftlichen Analyse werden weitergehende Aussagen zu den Kosten-Nutzen Relationen des Versorgungsansatzes für den Kanton Basel-Landschaft und die Schweiz erwartet. Sollte die wissenschaftliche Analyse die vorliegenden Evaluationsergebnisse bestätigen und damit schweizweit an System- und Finanzierungsrelevanz gewinnen, wird das Konzept H-at-H zur kosten- und qualitätsbewussten Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungsangebots im Kanton Basel-Landschaft nach Ablauf der drei Jahre weitergeführt und im Rahmen der Schaffung der kantonalen Rechtsgrundlagen zur Umsetzung der «Einheitlichen Finanzierung Ambulant Stationär» (EFAS)<sup>22</sup> verstetigt. Sollte die wissenschaftliche Analyse zu einer gegenteiligen Einschätzung kommen, wird dies im Rahmen der Neubewertung im Jahr 2027 durch den Kanton Basel-Landschaft berücksichtigt.

## 2.7. Strategische Verankerung / Bezug zum Regierungsprogramm (Referenz-Nr.) oder zur Langfristplanung

Die Förderung von intermediären Angeboten unterstützt das Erreichen der strategischen Ziele in der Gesundheitspolitik des Kantons Basel-Landschaft und orientiert sich an der Langfristplanung des Regierungsrates gemäss AFP 2025–2028 (siehe Seite 31 und Seite 46), wonach es gilt, die wirtschaftliche, wirksame und zweckmässige Gesundheitsversorgung im ambulanten, intermediären und stationären Bereich sicherzustellen.

<sup>20</sup> Annahme von Seiten KSBL basierend auf den Erfahrungen der KLA während dem Pilotprojekt H-at-H.

<sup>21</sup> 111 Fälle im H-at-H \* 5 % = 6 Fälle

<sup>22</sup> Mit dem SpiVG besteht eine ausreichende rechtliche Grundlage zur zeitlich befristeten Umsetzung von H-at-H, sofern der Landrat die entsprechende Ausgabenbewilligung genehmigt. Mit der von der Schweizer Stimmbevölkerung am 24. November 2024 beschlossenen einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (EFAS) beteiligen sich die Kantone und die Versicherer neu im gleichen Umfang (Kanton 26,9 %, Versicherer 73,1 %) an den ambulanten und stationären Kosten. Der Kanton wird prüfen, ob im Rahmen des Einführungsgesetzes zu EFAS eine eigenständige Rechtsgrundlage für H-at-H geschaffen werden soll, um die Finanzierungsströme zu synchronisieren und zu verstetigen.

## 2.8. Rechtsgrundlagen; Finanz- oder Planungsreferendum

Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung ist ein Verfassungsauftrag des Kantons Basel-Landschaft (§ 111 Abs. 3 Kantonsverfassung; [SGS 100](#)). Der Kanton kann gemäss § 3 Gesundheitsgesetz (SGS 901) die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit geeigneten Massnahmen fördern. Gemäss dem Spitalversorgungsgesetz (SpiVG, [SGS 931](#), § 1) umfasst die Spitalversorgung des Kantons auch spitalgebundene ambulante und intermediäre Leistungen. Darunter fallen auch die Leistungen von H-at-H. § 16 SpiVG hält fest:

<sup>1</sup> Decken die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht, kann der Kanton den Spitälern Beiträge an spitalgebundene ambulante und intermediäre Leistungen gewähren, welche insgesamt kostendämpfend wirken und:

- zur Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendig sind oder
- im Rahmen innovativer Versorgungsmodelle erbracht werden.

<sup>2</sup> Die Beiträge werden in der Regel in Form von leistungsbezogenen Pauschalen ausgerichtet.

<sup>3</sup> Der Landrat beschliesst die entsprechenden Ausgaben.

<sup>4</sup> Der Beschluss untersteht gemäss § 31 Absatz 1 Buchstabe b der Kantonsverfassung der fakultativen Volksabstimmung

## 2.9. Finanzielle Auswirkungen

**Rechtsgrundlage und rechtliche Qualifikation** (§ 35 Abs. 1 Bst. a–b Vo FHG):

<i>Im Kanton Basel-Landschaft besteht ein Verfassungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung (§ 111 Abs. 3 Kantonsverfassung <a href="#">SGS 100</a>). Ausserdem umfasst die Spitalversorgung des Kantons laut § 1 Spitalversorgungsgesetz (SpiVG, <a href="#">SGS 931</a>) spitalgebundene ambulante und intermediäre Leistungen. Darunter fallen auch die Leistungen von H-at-H. § 16, SpiVG hält fest, dass der Landrat diese Ausgaben beschliesst, siehe Kapitel 2.7.</i>			
Die Ausgabe ist ... (§ 34 und § 35 FHG, entsprechendes ankreuzen)			
<input checked="" type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Gebunden	<input checked="" type="checkbox"/> Einmalig	<input type="checkbox"/> Wiederkehrend

**Ausgabe** (§ 35 Abs. 1 Bst. c–f Vo FHG):

Budgetkredit:	Profit-Center: 22140	Kt:	KLA: 3619 0001	Kontierungsobj.:	502626
			KSBL: 3619 0000		502625
Verbuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Erfolgsrechnung			<input type="checkbox"/> Investitionsrechnung	
Massgeblicher Ausgabenbetrag (in CHF)			9'508'110		

**Investitionsrechnung**

Ja  Nein

**Erfolgsrechnung**

Ja  Nein

	Voraussichtlich jährlich anfallende Beträge:	PC	Kt	2025	2026	2027	2028	Total
A	Personalaufwand		30					
A	Sach- und Betriebsaufw.		31					
A	Transferaufwand	22140	36	913'068	2'526'244	3'697'478	2'371'320	<b>9'508'110</b>
A	<b>Bruttoausgabe</b>	22140	36	913'068	2'526'244	3'697'478	2'371'320	<b>9'508'110</b>
E	Beiträge Dritter*		46					
	<b>Nettoausgabe</b>	<b>22140</b>		<b>913'068</b>	<b>2'526'244</b>	<b>3'697'478</b>	<b>2'371'320</b>	<b>9'508'110</b>

\* Gemäss § 36 Abs. 3 FHG; PC = Profitcenter; Kt = Kontengruppe

**Auswirkungen auf den Aufgaben- und Finanzplan** (§ 35 Abs. 1 Bst. j Vo FHG):

Die Finanzierung der Ausgabenbewilligung wird durch eine Umschichtung innerhalb des Transferaufwandes der stationären Spitalkosten kostenneutral erfolgen.

Eine Anpassung des AFP 2025 bis 2028 ist nicht notwendig.

**Weitere Einnahmen** (§ 35 Abs. 1 Bst. f Vo FHG):  Ja  Nein

**Folgekosten** (§ 35 Abs. 1 Bst. g Vo FHG):  Ja  Nein

**Auswirkungen auf den Stellenplan** (§ 35 Abs. 1 Bst. i Vo FHG):  Ja  Nein

**Schätzung der Eigenleistungen** (§ 35 Abs. 1 Bst. h Vo FHG): keine

**Strategiebezug** (§ 35 Abs. 1 Bst. m Vo FHG):  Ja  Nein

LFP 8	Die Förderung von intermediären Angeboten unterstützt das Erreichen der strategischen Ziele in der Gesundheitspolitik des Kantons Basel-Landschaft und orientiert sich an der Langfristplanung des Regierungsrates gemäss <a href="#">AFP 2025–2028</a> (siehe Seite 31 und Seite 46), wonach es gilt, die wirtschaftliche, wirksame und zweckmässige Gesundheitsversorgung im ambulanten, intermediären und stationären Bereich sicherzustellen.
-------	---

**Risiken (Chancen und Gefahren) (§ 35 Abs. 1 Bst. I Vo FHG):**

Chancen	Gefahren
Kurzfristige Realisierung von direkten und indirekten Einsparpotenzialen durch stationär ersetzende Behandlungen.	Einsparpotenziale durch Ambulantisierung werden nicht realisiert. Glaubwürdigkeit der Zielsetzung «Kostendämpfung» wird in Frage gestellt.
Ein wichtiger Bestandteil des Rahmenkonzepts Gesundheit BL 2030 wird umgesetzt.	Ein wichtiger Bestandteil des Rahmenkonzeptes Gesundheit BL 2030 wird erst mit erheblicher Verzögerung umgesetzt.
Optimierte Versorgung der Bevölkerung durch Vermeidung von spitalbedingten Komplikationen (Stürze, Infektionen, ...).	Passgenaue Strukturen (Optimierte Versorgung) für die alternde Bevölkerung BL stehen nicht zur Verfügung.
Zeitnahe Schaffung von stationär- ersetzenden Strukturen durch BL-Leistungsanbieter.	Strukturen und Erfahrung des Pilotprojektes gehen verloren.
Kanton BL sichert Innovationsführerschaft nach Abschluss des Pilotprojektes an der KLA.	H-at-H wird nicht im Kanton BL umgesetzt.
Weiterentwicklung des Konzeptes zur Erschliessung von Skaleneffekten wird möglich.	Einsparpotenziale in nachgelagerten Leistungsbereichen werden nicht erschlossen.

**Zeitpunkt der Inbetriebnahme (§ 35 Abs. 1 Bst. n Vo FHG):**

Juli 2025

**Wirtschaftlichkeitsrechnung (§ 35 Abs. 1 Bst. k, § 49–51 Vo FHG):**

Kosten/Nutzen:

Die sich aus der reinen Verlagerung ergebenden Einsparungen beim Tarif belaufen sich für den Kanton Basel-Landschaft auf einen Betrag von bis zu 0,67 Millionen Franken während der Laufzeit von drei Jahren (Kapitel 2.4).

Wird das Kosteneinsparpotential, welches durch die Reduktion von stationären Rehabilitationsleistungen entsteht (siehe Kapitel 2.5, Tabelle 8), gemäss dem Entwicklungsplan (Kapitel 2.4.) auf die Anzahl Patientinnen und Patienten (maximal 1'900) während der gesamten Laufzeit hochgerechnet, ergibt sich für den Kanton eine zusätzliche Reduktion der zu erwartenden Kosten durch die Behandlung im H-at-H in der Höhe von bis zu 3,3 Millionen Franken<sup>23</sup>. Mit den Erfahrungen, dass H-at-H weitere positive Auswirkungen auf die Sturzrate, Komplikationen wie Delir nosokomiale Infektionen, Dekubitus sowie den Verbrauch von Schlafmitteln und Sedativa hat, liegt das Einsparpotential für die drei Jahre insgesamt deutlich über 3 Millionen Franken.

Gesamthaft wird durch H-at-H eine Entlastung für den Kantonshaushalt erwartet. Sollte die Zwischenfinanzierung bis zur Inkraftsetzung des Einführungsgesetzes EFAS nicht sichergestellt sein, besteht die Gefahr eines Reputationsschadens für den Kanton Basel-Landschaft, da die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt nicht langfristig gesichert werden und eine wissenschaftliche Analyse der

<sup>23</sup> Berechnung Opportunitätskosten:

Kosten stationäre Rehabilitation nach Aufenthalt im stationären Setting:	1'900 Fälle * 25 % * CHF 16'000 =	CHF 7'600'000
Kosten stationäre Rehabilitation nach Aufenthalt im H-at-H Setting:	1'900 Fälle * 5 % * CHF 16'000 =	CHF 1'520'000
Einsparpotenzial stationäre geriatrische Rehabilitation gesamt:		CHF 6'080'000
Einsparpotenzial stationäre geriatrische Rehabilitation Kantonsanteil (55 %):		CHF 3'344'000

Systemrelevanz für die Schweiz nicht durchgeführt wird. Darüber hinaus kann ein wichtiger Bestandteil des Rahmenkonzeptes Gesundheit BL 2030 erst mit erheblicher Verzögerung umgesetzt werden.

Gesamtbeurteilung: Die Chancen überwiegen die Gefahren deutlich. Zudem handelt es sich um eine wichtige Massnahme des Rahmenkonzeptes Gesundheit BL 2030.

## **2.10. Finanzhaushaltsrechtliche Prüfung**

Die Finanz- und Kirchendirektion hat die Vorlage gemäss § 12 des Finanzhaushaltsgesetzes geprüft und stellt fest, dass die Grundsätze der Haushaltsführung und die Kompetenzordnung eingehalten sind.

## **2.11. Regulierungsfolgenabschätzung ([§ 4 KMU-Entlastungsgesetz](#) und [§ 58 Abs.1 Bst. e und e<sup>bis</sup> Geschäftsordnung Landrat](#))**

*Ausführungen über die finanziellen, volkswirtschaftlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wesentlichen regionalen Auswirkungen der Vorlage, über deren finanzielle und übrigen Auswirkungen auf die Gemeinden sowie Regulierungsfolgenabschätzung gemäss § 4 KMU-Entlastungsgesetz.*

Für Kanton und Gemeinden sind keine organisatorischen, personellen, finanziellen oder wirtschaftlichen Folgen absehbar.

## **3. Anträge**

### **3.1. Beschluss**

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat zu beschliessen:

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, 6. Mai 2025

Im Namen des Regierungsrats

Der Präsident:

Isaac Reber

Die Landschreiberin:

Elisabeth Heer Dietrich

## **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: