

Bericht der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission an den Landrat

betreffend Gesundheit BL 2030 – Versorgungsmodell Baselland sowie Ausbau und Stärkung AVOS-Controlling

2026/6315

vom 16. September 2026

Das Wichtigste in Kürze	
Inhalt der Vorlage	Im Rahmen von «Gesundheit BL 2030» will der Regierungsrat die Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Landschaft schrittweise zu einem integrierten, vernetzten und sektorübergreifenden Versorgungsmodell weiterentwickeln. Eines der wichtigsten Instrumente dazu ist OpenHealth BL als digitale Infrastruktur des geplanten integrierten Versorgungsmodells Baselland. Da für diese sektorübergreifende Vernetzung derzeit ausreichende Marktanreize fehlen, soll der Kanton eine koordinierende Rolle übernehmen und sich an der Anschubfinanzierung beteiligen. Dafür beantragt der Regierungsrat dem Landrat eine einmalige Ausgabe von CHF 2,45 Mio. Ein zweiter Schwerpunkt betrifft den Grundsatz «ambulant vor stationär» (AVOS). Bei diesem Vorhaben liegt der Kanton Basel-Landschaft derzeit deutlich hinter dem Schweizer Durchschnitt zurück: Noch immer werden zu viele Operationen, die ambulant durchgeführt werden könnten, stationär durchgeführt. Für ein verstärktes Controlling in diesem Bereich beantragt der Regierungsrat deshalb die Schaffung zweier Stellen für wiederkehrend CHF 400'000 pro Jahr.
Beratung Kommission	Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission begrüsst die Anstrengungen des Regierungsrats, die Gesundheitsdienstleistungen im Kanton mittels Digitalisierung besser zu vernetzen und dabei patientenzentrierte und gleichzeitig wirtschaftlich tragbare Gesundheitslösungen anzubieten. Eine Minderheit vermisste in der Vorlage klare und messbare Zielvorgaben sowie einen nachweislichen qualitativen und quantitativen Nutzen von OpenHealth BL. Der Antrag auf Ablehnung der Ausgabenbewilligung von CHF 2,45 Mio. für Aufbau und Implementierung fand jedoch keine Mehrheit. Obschon seitens Kommission die Höhe der finanziellen Mittel für ein AVOS-Controlling kritisch hinterfragt wurde, unterstützte sie diesen Teil der Vorlage, da von der Wichtigkeit der Ambulantisierung überzeugt. Für Details wird auf das Kapitel Kommissionsberatung verwiesen.
Antrag an den Landrat	Die Kommission beantragt dem Landrat mit 12:1 Stimmen Zustimmung zum von ihr geänderten Landratsbeschluss. Zum Landratsbeschluss gemäss Kommission.

1. Ausgangslage

Im Rahmen von «Gesundheit BL 2030» will der Regierungsrat die Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Landschaft schrittweise zu einem integrierten, vernetzten und sektorübergreifenden Versorgungsmodell weiterentwickeln. Im Zentrum stehen eine stärkere Ambulantisierung, eine wohnortsnahe Versorgung, die bessere Vernetzung der Leistungserbringer, eine fokussierte stationäre Versorgung sowie die Digitalisierung.

Eine zentrale Voraussetzung dafür ist die digitale Vernetzung der Leistungserbringer. Mit **Open-Health BL** soll eine Infrastruktur geschaffen werden, über die behandlungsrelevante Informationen wie Angaben zu Spitaleintritten, Verlegungen oder Austritten zwischen Hausärzten, Spitälern, Apotheken, Gesundheitszentren, Telemedizin und weiteren Akteuren – unter Wahrung des Datenschutzes – sichtbar gemacht werden können. Die Patientendaten bleiben dabei dezentral in den bestehenden Systemen; OpenHealth BL dient lediglich als Integrations- und Vermittlungsschicht. Die jeweiligen Leistungserbringer bleiben für ihre Primärdaten verantwortlich.

In einer ersten Phase sollen insbesondere die Identifikation der teilnehmenden Patienten, die Zuordnung zur Fallführung, der Zugriff auf Medikations- und Diagnosedaten sowie Benachrichtigungen bei Spitaleintritten, Verlegungen und Austritten ermöglicht werden. Da für eine solche sektorübergreifende Vernetzung derzeit ausreichende Marktanreize fehlen, übernimmt der Kanton eine koordinierende Rolle und beteiligt sich an der Anschubfinanzierung. Dafür beantragt der Regierungsrat **einmalig CHF 2,45 Mio.** Der spätere Betrieb sowie Wartung und Weiterentwicklung sollen hingegen von Leistungserbringern und Krankenversicherern finanziert werden. OpenHealth BL soll das geplante nationale elektronische Gesundheitsdossier nicht ersetzen, sondern dieses als Instrument für die operative Zusammenarbeit im Versorgungsprozess ergänzen. Die Ausschreibung von OpenHealth BL als zentraler Baustein des Versorgungsmodells Baselland ist für Ende Jahr und die voraussichtliche Installation bzw. weitere Entwicklung für Mitte 2027 vorgesehen. Die Teilnahme am Versorgungsmodell ist sowohl für die Versicherten als auch die Leistungserbringenden freiwillig. In einer ersten Phase sollen insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, Apotheken, Telemedizin, Gesundheitszentren, die Medizinische Notrufzentrale sowie Grundversorger-Spitäler angeschlossen werden.

Der zweite Schwerpunkt der Vorlage betrifft den Grundsatz **«ambulant vor stationär» (AVOS)**. Obwohl bestimmte Eingriffe grundsätzlich ambulant durchgeführt werden sollen, liegt Basel-Landschaft bei den weiterhin stationär vorgenommenen AVOS-Eingriffen deutlich über dem Schweizer Durchschnitt. 2024 waren es 800 Fälle pro 100'000 Einwohner gegenüber 583 im Schweizer Durchschnitt. Das bisherige stichprobenartige ex-post-Controlling hat sich nach Einschätzung des Regierungsrats nicht bewährt. Deshalb soll ein medizinisch abgestütztes ex-ante-Controlling eingeführt und zudem eine Erweiterung der kantonalen AVOS-Liste geprüft werden. Bei konsequenter Umsetzung der bestehenden Liste wird mit Netto-Einsparungen von insgesamt CHF 1,6 bis 3,4 Mio. für das Jahr 2027 und ab 2028 von jährlich CHF 0,01 bis 0,46 Mio. gerechnet. Für das verstärkte Controlling sollen beim Amt für Gesundheit ab 2027 1,7 Vollzeitäquivalente (VZÄ) beziehungsweise zwei unbefristete Stellen geschaffen werden. Dafür beantragt der Regierungsrat eine **wiederkehrende Ausgabe von CHF 400'000 pro Jahr**, die durch Einsparungen bei den stationären Behandlungskosten saldoneutral finanziert werden soll.

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

2. Kommissionsberatung

2.1. Organisatorisches

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission behandelte die Vorlage an ihrer Sitzung vom 4. September 2026 im Beisein von Regierungsrat Thomi Jourdan und VGD-Generalsekretär Oliver Kungler. Seitens des Amts für Gesundheit nahmen dessen Leiter Michael Steiner sowie Tamara Widmer und Celine Jansen, Co-Programmleiterinnen «Gesundheit BL 2030», an der Beratung teil.

2.2. Eintreten

Eintreten auf die Vorlage war unbestritten.

2.3. Detailberatung

Die Mitglieder der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission begrüßten die Anstrengungen des Regierungsrats, die Gesundheitsdienstleistungen im Kanton mittels Digitalisierung besser zu vernetzen und dabei patientenzentrierte und gleichzeitig wirtschaftlich tragbare Gesundheitslösungen anzubieten. Eine Minderheit vermisste in der Vorlage klare und messbare Zielvorgaben sowie einen klar ausgewiesenen qualitativen und quantitativen Nutzen von OpenHealth BL. Der Antrag auf Ablehnung der Ausgabenbewilligung von CHF 2,45 Mio. für Aufbau und Implementierung fand jedoch keine Mehrheit.

Von der Wichtigkeit der Ambulantisierung überzeugt, wurde auch der Antrag auf Finanzierung eines AVOS-Controllings in der Höhe von wiederkehrend CHF 400'000.– unterstützt, obschon die Höhe der dafür bereitzustellenden Mittel kritisch hinterfragt wurde.

– Mehrwert auf mehreren Ebenen

Eine Frage aus der Kommission betraf den konkreten Mehrwert und den Benefit einer durch OpenHealth administrierten Schnittstellenlösung für die Versicherten. Die Direktion nannte als erstes Ziel eine qualitativ hochstehende Behandlung bei gleichzeitiger **Erhöhung der Patientensicherheit**. So sollten etwa Notfallkonsultationen durch vorgelagerte telemedizinische Angebote verhindert und Doppeluntersuchungen sowie unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten durch verbesserten Informationsaustausch (z. B. Medikationslisten) reduziert werden. Dies würde gleichzeitig bedeuten, dass weniger Leistungen abgerechnet werden müssten und sowohl für den Kanton als auch die Versicherungen **weniger Rechnungen** anfallen würden.

Weiter soll das Modell eine **Erleichterung bei der Administration** bringen. Nach Aussage der Direktion verbringen Ärztinnen und Ärzte häufig mehrere Stunden damit, die bei anderen Leistungserbringern vorhandenen, aber nicht direkt greifbaren Unterlagen zusammenzusuchen. Diese und andere Leerläufe gelte es mit dem Modell zu verhindern, indem die behandelnde Ärztin verpflichtet ist, innert kurzer Zeit Rückmeldung an den zuständigen Hausarzt zu geben, der die Fallnachbearbeitung vorzunehmen hat.

Nebst der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit liegt die wesentliche Stärke des Modells laut Direktion auch in der bislang schweizweit einmaligen Grösse des Versichertenkollektivs. Da auf bestehenden alternativen Modellen verschiedener Versicherungen aufgebaut wird, wird hier mit einem **Grundkollektiv von rund 30'000 bis 40'000 Versicherten** gerechnet. Auch ausserkantonale Personen können daran teilnehmen, sofern die fallführende Person im Kanton Basel-Landschaft tätig ist.

Die Direktion betonte dabei den Vorzug gegenüber einem bereits existierenden integrierten Versorgungsmodell wie dem «Réseau de l'Arc», das bereits 2024 seinen Betrieb aufgenommen hat. Dieses auf den Jurabogen beschränkte Modell weist eine mit rund 3'000 Versicherten sehr kleine Zahl von Versicherten auf, die zudem durchschnittlich jung und somit eher gesund sind. Dagegen setzt das Versorgungsmodell Baselland auf eine strukturelle Breite: Es bindet gleich sieben Versicherungen ein und nutzt bestehende Hausarztmodelle. Der grösste Vorteil ist, dass dadurch kein Modellwechsel nötig ist. Damit soll mit den **chronisch Kranken** insbesondere jene Patientengruppe mit den meisten Kontakt und somit dem grössten Impact erreicht werden.

Sobald Berechnungen effektiv erzielte **Einsparungen** ergeben, können diese laut Direktion an die Versicherten (z. B. über eine reduzierte Prämie) weitergegeben werden. Der Mehrwert des Modells ist für die Versicherungen allerdings u. U. erst nach ein paar Jahren ersichtlich. Die Versicherungen haben sich laut Direktion einverstanden erklärt, für eine Dauer von vier Jahren zu investieren.

Einem Mitglied war wichtig, dass die mit den kantonalen Mitteln finanzierten Schnittstellen nicht nur den Versicherten des neuen Modells zugutekommen, sondern grundsätzlich allen Patientinnen

und Patienten offenstehen. Zudem sollen die Schnittstellen über die Kantonsgrenzen hinweg funktionieren. Die Direktion verdeutlichte, dass die fallführenden Personen die Schnittstelle mit Einwilligung auch für andere Patienten freischalten könnten.

Für die vierjährige Pilotphase sollen gemeinsam mit den Versicherern und Leistungserbringern Indikatoren entwickelt werden, anhand derer die **Wirkung des Modells** gemessen werden kann. Als Beispiel nannte die Direktion die Erhöhung der Impfquote. Konkrete Einsparungsziele, etwa bezüglich Hospitalisationen oder Notfallbesuche, wurden bislang nicht festgelegt.

– *Antrag auf Teilrückweisung von Ziffer 1*

Ein Kommissionsmitglied hielt den Reifegrad von OpenHealth für noch nicht ausreichend. Bevor die CHF 2,45 Mio. gesprochen werden sollen, müssten **klare und messbare Ziele** definiert werden, anhand derer sich nach der Pilotphase beurteilen lässt, ob das Modell erfolgreich ist oder allenfalls das Projekt abgebrochen werden muss. Insbesondere sei, so das Mitglied, noch zu wenig konkret, welche Einsparungen und Verbesserungen erreicht werden sollen. In diesem Sinne beantragte das Mitglied eine Teilrückweisung von Ziffer 1 des Landratsbeschlusses.

Die Direktion hielt dem entgegen, dass OpenHealth BL zuerst die technische und organisatorische Grundlage für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit schaffe. Die konkreten Indikatoren würden gemeinsam mit Versicherern und Leistungserbringern erarbeitet und mit der Umsetzung erst begonnen, wenn deren Finanzierung verbindlich zugesichert und eine **Indikatorenliste** vereinbart sei. Ein Kommissionsmitglied zeigte zwar Verständnis für die Forderung nach überprüfbaren Zielen, erachtete die Digitalisierung jedoch als so bedeutend und vordringlich, dass es angebracht sei, wenn der Kanton dafür in eine Vorleistung gehe. Anschliessend, so verdeutlichten auch andere Mitglieder, müsse kritisch überprüft werden, ob sich das Modell bewährt habe.

://: Die Kommission lehnte die Streichung von Ziffer 1 mit 10:2 Stimmen bei einer Enthaltung ab.

– *Umfang und Abgrenzung des Versorgungsmodells*

Auf die Frage aus der Kommission, weshalb nicht von Beginn an weitere Bereiche wie insbesondere die Psychiatrie einbezogen würden, verwies die Direktion auf die **hohe Komplexität** des Vorhabens. Bereits die Abstimmung zwischen mehreren Versicherern und Leistungserbringern sei anspruchsvoll. Das Modell sollte deshalb zunächst mit einem überschaubaren akutsomatischen Kern aufgebaut und stabilisiert werden. Anschliessend könnten weitere Leistungserbringer, Versicherer oder Regionen einbezogen werden.

Die Kommission thematisierte zudem die **Abgrenzung zu bereits bestehenden Digitalisierungsprojekten** und hinterfragte vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit einer kantonalen Anschubfinanzierung. Die Direktion betonte, dass mit OpenHealth BL keine neue Software entwickelt, sondern eine bestehende Schnittstellenlösung weiterentwickelt werde. Der entscheidende Unterschied liege in der Versorgungslogik: Neben dem technischen Datenaustausch sollen auch Zuständigkeiten und Abläufe innerhalb des Versorgungspfads definiert werden. Die definierte Primärquelle sei jeweils jene des Fallführers, der die Krankenakte konsolidiert und den aktuellen Datenstand einpflegt.

OpenHealth BL werde dabei nicht in Konkurrenz zum geplanten **nationalen elektronischen Gesundheitsdossier** (E-GD) treten, sondern dieses ergänzen. Während das nationale Vorhaben primär die technische Infrastruktur für den Datenaustausch bereitstelle, werde OpenHealth BL die konkrete Koordination zwischen den Leistungserbringern ermöglichen. Das Projekt werde deshalb eng mit den nationalen Bestrebungen von DigiSanté abgestimmt. Als weiterer Vorteil hob die Direktion hervor, dass das Modell gemeinsam mit Versicherern und Leistungserbringern entwickelt werde und damit eine von beiden Seiten getragene Grundlage für die Zusammenarbeit schaffe.

Die Kommission interessierte sich weiter für die konkrete Funktionsweise des Datenaustauschs. Gemäss Aussage der Direktion schafft OpenHealth BL weder einen zentralen Patientendatensatz noch ein Langzeitarchiv. Die Primärdaten verbleiben in den jeweiligen Systemen der Leistungser-

bringer. Die Schnittstellenlösung soll dabei ermöglichen, Informationen **unabhängig von den unterschiedlichen Systemformaten** bereitzustellen und zwischen den beteiligten Leistungserbringern auszutauschen. Dabei soll die fallführende Hausärztin oder der fallführende Hausarzt entscheiden, welche Informationen in das eigene Primärsystem übernommen werden. Gegenwärtig, so die Direktion, würden die Daten lediglich zur Verfügung gestellt beziehungsweise an die Empfänger übermittelt. Für die weitere Entwicklung des Versorgungsmodells werde auch an einer «Write»-Funktion gearbeitet, mit der übermittelte Daten direkt in das eigene System übernommen werden könnten. Ob und wann diese Funktion realisiert werde, sei noch offen.

– *AVOS-Controlling – notwendig, aber teuer*

Analysen des Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan für die Jahre 2015 bis 2023 zeigen, dass seit der Einführung der AVOS-Liste¹ die Zahl von Eingriffen, die stationär statt ambulant durchgeführt werden, im Kanton Basel-Landschaft zwar zurückgegangen ist, jedoch weiterhin deutlich **über dem Schweizer Durchschnitt** liegt. Gemäss Direktion liegt der Hauptgrund für die kantonalen Unterschiede darin, dass die AVOS-Regelungen durch die Leistungserbringer unterschiedlich konsequent umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund unterstützte die Kommission grundsätzlich die Verstärkung des AVOS-Controllings. Verschiedene Mitglieder beurteilten die dafür vorgesehenen **wiederkehrenden Kosten von CHF 400'000.– für 1,7 Vollzeitäquivalente (VZÄ)** als ziemlich hoch. Die Direktion begründete dies damit, dass für die Kontrollen medizinische Fachkenntnisse erforderlich seien, die von ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern mit Berufserfahrung vorgenommen werden müssen. Dies betreffe namentlich Kardiologie und Orthopädie, jene AVOS-Bereiche, in denen nach wie vor vergleichsweise viele Eingriffe stationär durchgeführt werden. Da sich das bestehende stichprobenartige ex-post-Controlling nicht bewährt habe, soll dieses durch ein adäquateres ex-ante Controlling abgelöst werden. Nachkontrollen werde es laut Direktion aber für bestimmte Fälle weiterhin geben. Die erwarteten Einsparungen orientieren sich im Minimalszenario am Schweizer Durchschnitt, während das Maximalszenario davon ausgeht, dass Basel-Landschaft bei der Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen zu den führenden Kantonen aufschliessen könnte. Daraus ergäben sich für 2027 **Bruttoeinsparungen** von CHF 2,24 bis 4,7 Mio. und ab dem Jahr 2028 von CHF 0,41 bis 0,86 Mio. pro Jahr. Davon wären jeweils die Kosten des Controllings abzuziehen. Wie hoch der dauerhaft erforderliche Aufwand tatsächlich sein würde, sollte sich aufgrund der Erfahrungen im Betrieb zeigen.

Noch offen sind laut Direktion die Auswirkungen von EFAS (einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen im Schweizer Gesundheitswesen). Im Vernehmlassungsverfahren zum neuen KVG wurde vorgeschlagen, dass zukünftig die Versicherer das AVOS-Controlling übernehmen. Diese würden jedoch nur die grundlegende AVOS-Liste des Bundesamts für Gesundheit überprüfen. Für eine darüber hinausgehende kantonale Erweiterung der Liste wäre weiterhin ein eigenes kantonales Controlling erforderlich.

Die ursprüngliche unbefristete Finanzierung des AVOS-Controllings wurde auf Antrag eines Mitglieds auf vier Jahre befristet. Damit soll nach der Aufbau- und Betriebsphase überprüft werden können, ob das Controlling weiterhin im gleichen Umfang notwendig ist. Zu berücksichtigen wäre, dass sich der kantonale Kontrollaufwand durch EFAS und eine mögliche Übernahme von Aufgaben durch die Versicherer verändern könnte.

://: Die Kommission stimmte der Befristung auf vier Jahre einstimmig mit 13:0 Stimmen zu.

¹ Die AVOS-Liste (ambulant vor stationär) legt fest, welche medizinischen Eingriffe grundsätzlich ambulant statt stationär durchgeführt werden sollen. Eine stationäre Behandlung ist bei diesen Eingriffen nur vorgesehen, wenn medizinische oder andere anerkannte Ausnahmegründe vorliegen. Seit 1. Januar 2026 umfasst die AVOS-Liste 19 Gruppen von Eingriffen. Für 2026 haben die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt beschlossen, die Bundesregelung zu übernehmen.

3. Antrag an den Landrat

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission beschliesst mit 12:1 Stimmen, gemäss dem von ihr geänderten Landratsbeschluss zu beschliessen.

16.09.2026 / mko

Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission

Lucia Mikeler Knaack, Präsidentin

Beilage

- Landratsbeschluss (von der Kommission geändert)

Landratsbeschluss

über Gesundheit BL 2030 – Umsetzung OpenHealth BL und AVOS-Controlling; Ausgabenbewilligungen

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

1. Für den Aufbau und die Implementierung von *OpenHealth BL* im Kanton Basel-Landschaft wird eine neue einmalige Ausgabe in der Höhe von 2.45 Millionen Franken bewilligt.
2. Für den Ausbau und die Stärkung des kantonalen AVOS-Controllings wird, abgestützt auf § 15 Abs. 1 SpiVG, eine auf vier Jahre befristete neue einmalige Ausgabe in der Höhe von 400'000 Franken pro Jahr für 1.7 Vollzeitäquivalente (VZÄ) für das Amt für Gesundheit bewilligt.
3. Ziffern 1 und 2 dieses Beschlusses unterstehen 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: