



An den Grossen Rat

23.5454.02

GD/P235454

Basel, 5. November 2025

Regierungsratsbeschluss vom 4. November 2025

## **Anzug Daniel Seiler und Konsorten betreffend «defizitären Versorgungsgrad des Kantons mit Hausärztinnen und Hausärzten»**

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 08. November 2023 den nachstehenden Anzug Daniel Seiler und Konsorten dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

«Das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) hat Anfang Jahr eine Übersicht über die Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich veröffentlicht. Daraus geht für den Kanton Basel-Stadt hervor, dass im Bereich der „Allgemeinen Inneren Medizin“, also primär bei Hausärztinnen und Hausärzten, eine mögliche Unterversorgung besteht. Mit 93.9% liegt der Kanton Basel-Stadt 6% unter den 100%, die für eine ausgeglichene Versorgung sprechen. Der Kanton Zürich hat bei den Hausärztinnen und Hausärzten einen Wert von 105,7%. Im Vergleich zu den Hausärzten liegt in Basel-Stadt im Bereich der „Oto-Rhino-Laryngologie“ (Hals-Hasen-Ohren-Ärzte) gemäss EDI mit 126,2% eine Überversorgung vor. Bisher diskutierte man primär darüber, dass sich eine Überversorgung spezialisierter Ärztinnen und Ärzte in städtischen Räumen tendenziell kostentreibend auf die Krankenkassenprämien auswirkt. Der Kanton Basel-Stadt hat deshalb für acht Fachgebiete Obergrenzen für Zulassungen von neuen Ärztinnen und Ärzten festgelegt. Welche Konsequenzen eine Unterversorgung von Hausärztinnen und Hausärzten haben könnte, wurde bisher hingegen noch wenig diskutiert. Gesundheitspolitisch werden Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zunehmend gefördert, da bis zu 20 Prozent Kosteneinsparungen durch niedrigere Prämien für Versicherte resultieren, wenn HMO- oder Hausarzt-Modell-Versicherungen gewählt werden. Diese Entwicklung ist in Bezug auf die Gesundheitskosten zu begrüßen, sie setzt aber voraus, dass ausreichend Hausärzte und HMO-Zentren die Erstbeurteilung und Koordination der Überweisungen an Spezialisten übernehmen können. Die Unterzeichnenden können sich vorstellen, dass eine Unterversorgung von Hausärztinnen und Hausärzten den Druck auf die Notfallstationen erhöht und damit auch kostentreibend für die Krankenkassenprämien ist. Personen, die keine Hausärztin oder keinen Hausarzt haben oder bei akuter Krankheit keine Hausärztin oder keinen Hausarzt erreichen, müssen fast zwangsläufig in die Notfallaufnahmen der Spitäler gehen. Auch lassen sich die attraktiveren Versicherungsmodelle (Hausarzt/HMO) nur umsetzen, wenn entsprechende Kapazitäten an Ärztinnen oder Ärzten in der Grundversorgung vorhanden sind. Der Regierungsrat wird deshalb gebeten, zu prüfen und zu berichten, wie er den durch das EDI kommunizierten defizitären Versorgungsgrad im Kanton Basel-Stadt beurteilt und welche möglichen Massnahmen er plant, um einer Unterversorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten entgegenzuwirken.

Daniel Seiler, Joël Thüring, Thomas Gander, Jean-Luc Perret, Luca Urgese, Jo Vergeat, Christian C. Moesch, Beat Braun, Georg Mattmüller, Andreas Zappalà, Daniel Albiets, Lorenz Amiet, David Jenny, Raoul I. Furlano, Lydia Isler-Christ, Franz-Xaver Leonhardt, Niggi Daniel Rechsteiner, Tobias Christ, Oliver Bolliger»

Wir berichten zu diesem Anzug wie folgt:

## 1. Einleitung

Im Kanton Basel-Stadt – wie auch gesamtschweizerisch – herrscht ein grosses und stetig wachsendes Interesse daran, die Gesundheitsversorgung so zu gestalten, dass sie nicht nur wirtschaftlich tragbar ist, sondern auch den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten bestmöglich entspricht. Die hausärztliche Versorgung bildet dabei das Rückgrat des Gesundheitssystems, da Hausärztinnen und Hausärzte häufig die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen sind und gleichzeitig eine kontinuierliche, umfassende Betreuung gewährleisten.

Um die Qualität und Verfügbarkeit dieser Grundversorgung langfristig zu sichern, müssen die Anzahl und Verteilung der in diesem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte laufend beobachtet werden. Durch eine systematische Analyse können Veränderungen, etwa ein Rückgang der verfügbaren Hausärztinnen und Hausärzte oder eine regionale Unterversorgung, frühzeitig erkannt und rechtzeitig geeignete Gegenmassnahmen entwickelt und umgesetzt werden, um mögliche Versorgungsengpässe zu verhindern. Dabei übernehmen die Kantone eine zentrale Rolle – sowohl in der Finanzierung als auch in der Steuerung der Versorgungsstruktur.

Vor diesem Hintergrund stellt die Einführung von Zulassungsbeschränkungen und Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte ein gesundheitspolitisches Instrument dar, das auf eine bedarfsgerechte Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots abzielt. Ziel der Massnahme ist es, eine ausgewogene Verteilung der ärztlichen Leistungen zu fördern und sowohl regionalen Über- als auch potenziellen Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. So kann insbesondere in Regionen mit hoher Ärztedichte eine Begrenzung der Zulassungen dazu beitragen, einer angebotsinduzierten Nachfrage und damit einem unnötigen Anstieg der Gesundheitskosten entgegenzuwirken. Somit bietet die Festlegung von Höchstzahlen den Kantonen ein flexibles Instrument, um die Entwicklung des ambulanten Angebots gezielt zu steuern und frühzeitig auf Veränderungen im Versorgungsbedarf zu reagieren.

## 2. Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Methodik

### 2.1 Hintergrund und gesetzliche Grundlage

Der am 19. Juni 2020 vom Parlament verabschiedete Art. 55a Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) erlaubt es den Kantonen, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten<sup>1</sup> oder in bestimmten Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen dürfen, zu beschränken (Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte).<sup>2</sup>

Nach Art. 55a Abs. 2 KVG wurde der Bundesrat beauftragt, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen zu definieren. Die Umsetzung erfolgte durch die Verabschiedung der Verordnung vom 23. Juni 2021 über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (nachfolgend: Höchstzahlenverordnung, HZV; SR 832.107). Die Verordnung wurde am 30. September 2024 revidiert und die revidierte Fassung trat am 1. Juli 2025 in Kraft. Die HZV bildet den methodischen Rahmen, innerhalb dessen die kantonalen Höchstzahlen definiert werden können, dies unter Berücksichtigung von Angebot, Versorgungsgrad und regionalen Besonderheiten (s. nachfolgende Ziff. 2.2). Die Versorgungsgrade basieren auf einer Analyse, die das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in

<sup>1</sup> Aktuell existieren in der Schweiz 45 Facharzttitel (vgl. SIWF/FMH; abrufbar unter [Facharzttitel und Schwerpunkte \(Weiterbildungsprogramme\)](#)) | SIWF.

<sup>2</sup> Abrufbar unter [Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte](#).

Zusammenarbeit mit der BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG (nachfolgend BSS) durchgeführt hat.

## 2.2 Methodik des Versorgungsgrades auf Bundesebene

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt im Rahmen der HZV ein gesamtschweizerisches Regressionsmodell fest. Gemäss Art. 1 Abs. 1 HZV zeigt der Versorgungsgrad, inwiefern das tatsächlich erbrachte Leistungsvolumen in einer Region demjenigen entspricht, das auf Basis eines nationalen Regressionsmodells und unter Berücksichtigung der Patientenströme (Art. 3 HZV) zu erwarten wäre. Das Regressionsmodell prognostiziert das von den Versicherten in Anspruch genommene Leistungsvolumen an ambulanten ärztlichen Leistungen, basierend auf verschiedenen demografischen und morbiditätsbezogenen Faktoren (z. B. Spitalaufenthalte oder Medikamentenkosten im Vorjahr) sowie den Patientenströmen zwischen den Regionen.

Der Versorgungsgrad wird für jedes Fachgebiet und jede Region berechnet und in einer Verordnung festgelegt. Das EDI überprüft den Versorgungsgrad regelmässig und passt ihn bei Bedarf an und definiert so für jede Region ein realitätsnahes Bild der notwendigen ärztlichen Versorgung.

## 2.3 Berechnung und Interpretation des Versorgungsgrads

Demografische Unterschiede zwischen Regionen lassen sich mit dem Regressionsmodell gut erfassen. Regionale Unterschiede in der Morbidität<sup>3</sup> sind hingegen schwieriger abzubilden, da qualitativ hochwertige Morbiditätsdaten nur begrenzt verfügbar sind. Je mehr qualitativ gute Morbiditätsindikatoren, mit denen die Krankheitslast in einer Bevölkerung gemessen wird, zur Verfügung stehen, desto besser lässt sich der regionale Bedarf ermitteln. Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet, dass das beobachtete Leistungsvolumen dem prognostizierten Bedarf entspricht. Also jenes Volumen, das man in einer Region erwarten würde, wenn sie im Vergleich zum schweizweiten Durchschnitt eine gleichartige Versorgungsstruktur aufwiese. Ein Wert unter 100 % zeigt ein geringeres tatsächliches Volumen als erwartet, ein Wert über 100 % ein höheres.

Diese Werte dürfen jedoch nicht direkt als Unter- oder Überversorgung interpretiert werden, da das Regressionsmodell auf der Annahme basiert, dass das nationale Angebot insgesamt dem Bedarf entspricht – was nicht in allen Fachgebieten realistisch ist. Ein Wert unter 100% bedeutet somit lediglich, dass die erbrachten Leistungen unter dem Modellwert liegen.

Aus diesem Grund wird in dem von den Anzugstellenden genannten EDI-Bericht bei Werten unter 100% nicht von einer Unterversorgung gesprochen, sondern von einem «unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad». Analog ist bei Werten von über 100% von einem «überdurchschnittlichen Versorgungsgrad» die Rede. Unterdurchschnittlich heisst, dass in einer Region weniger Leistungen in Anspruch genommen wurden, als dies anhand des Regressionsmodells – ausgehend von der Bevölkerungsstruktur sowie den Morbiditätsindikatoren – zu erwarten gewesen wären.

Die tatsächliche Versorgungslage in einer Region muss daher immer im Kontext weiterer Informationen beurteilt werden, etwa der lokalen Versorgungsstruktur, fach- und regionalspezifischen Besonderheiten sowie dem kantonal festgelegten Gewichtungsfaktor im Rahmen der Höchstzahlenberechnung.

Eine wesentliche methodische Einschränkung liegt zudem in der Berechnung nach dem sogenannten Wohnkantonsprinzip: Der Versorgungsgrad misst das Leistungsvolumen, das von im Kanton Basel-Stadt wohnhaften Personen bezogen wird – unabhängig davon, wo sie die Leistung tatsächlich erhalten. Leistungen, die im Kanton Basel-Stadt erbracht werden, aber von ausserkantonalen

---

<sup>3</sup> Morbidität bezieht sich auf das Vorkommen von Krankheiten oder gesundheitlichen Zuständen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe und ist ein wichtiger Indikator für die öffentliche Gesundheit.

Patientinnen und Patienten (etwa aus dem Kanton Basel-Landschaft oder dem grenznahen Ausland) in Anspruch genommen werden, fliessen nicht in den Versorgungsgrad des Kantons ein.<sup>4</sup> Dies führt insbesondere in städtischen und grenznahen Regionen zu einer strukturellen Unterschätzung der tatsächlichen Versorgungskapazität.

In dem von den Anzugstellenden genannten Obsan-Bericht ist die Allgemeine Innere Medizin mit 93,9 % leicht unter dem Durchschnitt, während das Fachgebiet Oto-Rhino-Laryngologie und weitere Spezialgebiete teilweise deutlich höhere Versorgungsgrade aufweisen. Diese Unterschiede resultieren jedoch aus dem variierenden Bedarf, Patientenmobilität und unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen.

## 2.4 Analyse der EDI-Daten

Mit der Einführung der neuen HZV veröffentlichte das EDI Anfang des Jahres 2023 die von den Anzugstellenden genannte umfassende Übersicht der regionalen Versorgungsgrade nach medizinischen Fachgebieten. Ziel war es, die Planung und Steuerung des ambulanten medizinischen Angebots besser an den tatsächlichen Bedarf anzupassen. Eine zentrale Rolle spielt dabei das Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin, das einen wichtigen Eckpfeiler der Grundversorgung bildet.

Im Frühjahr des Jahres 2025 publizierte das EDI schliesslich eine aktualisierte Übersicht der regionalen Versorgungsgrade in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Grundlage bildeten die überarbeiteten methodischen Konzepte, die in den Obsan-Berichten 16/2024 und 17/2024 detailliert dargestellt sind.<sup>5</sup> Diese Berichte entwickelten das ursprüngliche Modell aus dem Obsan-Bericht 05/2022 weiter, indem sie sowohl die Berechnungsmethodik verfeinerten als auch die zugrundeliegenden Daten aktualisierten.

Auf Basis dieser Erkenntnisse verabschiedete das EDI im September 2024 eine Anpassung der Höchstzahlenverordnung (s. dazu auch Ziff. 3). Die neue Berechnungsmethode trat am 1. Juli 2025 in Kraft und stellt für die Kantone eine verbindliche Grundlage zur Festlegung ihrer Höchstzahlen dar. Damit wird die datengestützte Planung der medizinischen Versorgung nachhaltig gestärkt.<sup>6</sup>

Für den Kanton Basel-Stadt bedeutet dies, dass frühere Versorgungsgrade, wie der Wert von 93,9% für die Allgemeine Innere Medizin aus dem Jahr 2022, im Licht der neuen Methodik vorsichtig zu interpretieren sind. Die weiterentwickelten Modelle berücksichtigen die tatsächliche Inanspruchnahme über Kantongrenzen hinweg stärker und erlauben so eine realitätsnähere Einschätzung der Versorgungssituation – gerade in urbanen Zentren mit hohem Pendler- und Patientenaufkommen.

Die neueren Obsan-Berichte und die darauf basierenden Anpassungen des Bundes verdeutlichen, dass Versorgungsgrade nicht als statische, rein zahlenbasierte Indikatoren verstanden werden dürfen. Sie müssen stets im jeweiligen regionalen und methodischen Kontext interpretiert werden.

Für den Kanton Basel-Stadt zeigt sich, dass die medizinische Versorgung selbst in Fachgebieten mit rechnerisch unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad in der Praxis gut gewährleistet ist. Der dokumentierte Unterstand ist – wie bereits oben ausgeführt – vielmehr ein rechnerischer Indikator, aus dem keine reale Versorgungslücke abgeleitet werden kann.

Viele Indikatoren aus den aktuellen Obsan-Berichten, darunter der Gesundheitsbericht 2024 für den Kanton Basel-Stadt, sprechen für eine flächendeckende Primärversorgung.<sup>7</sup> Die Hausarzt-

---

<sup>4</sup> Bericht „Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ (Obsan Bericht 05/2022, abrufbar unter [Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung | OBSAN](#)).

<sup>5</sup> Obsan-Bericht 16/2024: Weiterentwicklung der Methodik zur Berechnung der Versorgungsgrade, abrufbar unter [obsan\\_16\\_2024\\_bericht.pdf](#).

<sup>6</sup> EDI, Änderung der Höchstzahlenverordnung, September 2024, abrufbar unter [Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte](#).

<sup>7</sup> Gesundheitsrapport Basel-Stadt 2024, abrufbar unter [obsan\\_07\\_2024\\_bericht\\_bs.pdf](#).

dicke im Kanton Basel-Stadt liegt deutlich über dem nationalen Durchschnitt für städtische Gebiete. Zudem können 94% der Patientinnen und Patienten ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt innerhalb von maximal 40 Minuten erreichen. Praxisgemeinschaften, Gruppenpraxen und digitale Hausärzteteams entwickeln sich weiterhin positiv, unterstützt durch kantonale Initiativen und Ausbildungsanreize, wie sie in den Obsan-Analysen empfohlen werden.

## 2.5 Umsetzung und Konkretisierung auf Kantonsebene

Mit der Verabschiedung der HZV am 23. Juni 2021 und deren Revision vom 30. September 2024 hat der Bundesrat die Methodik zur Festlegung von Höchstzahlen konkretisiert. Die revidierte Verordnung trat am 1. Juli 2025 in Kraft.<sup>8</sup> Gemäss den Art. 1 und 5 HZV basiert die Berechnung der Höchstzahlen auf drei Elementen:

- **Angebot:** Anzahl Ärztinnen und Ärzte im Fachgebiet, gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ);
- **Versorgungsgrad:** Verhältnis von tatsächlichem zu bedarfsadjustiertem Leistungsvolumen;
- **Gewichtungsfaktor:** Korrekturfaktor für regionale oder fachspezifische Besonderheiten, die im Versorgungsgrad nicht berücksichtigt sind.

Gemäss Art. 5 HZV wird für die Bestimmung der Höchstzahlen je medizinisches Fachgebiet das ärztliche Angebot ins Verhältnis zum Versorgungsgrad der jeweiligen Region gesetzt. Gleichzeitig können die Kantone einen Gewichtungsfaktor einführen, um Umstände zu berücksichtigen, die bei der Berechnung des Versorgungsgrads nicht miteinbezogen werden konnten. Daraus ergibt sich die nachfolgende Berechnungsformel:

$$\text{Höchstzahl} = \frac{\text{tatsächliche VZÄ}}{\text{Versorgungsgrad}} * \text{Gewichtungsfaktor}$$

Die Höchstzahlen werden in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben, um dem effektiven Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte Rechnung zu tragen. Als Vollzeittätigkeit gilt eine Tätigkeit an zehn Halbtagen pro Woche. Gemäss Art. 2 Abs. 3 HZV wird zur Berechnung der VZÄ die tatsächliche Arbeitszeit ins Verhältnis zur durchschnittlichen Arbeitszeit einer vollzeittätigen Ärztin oder eines Arztes gesetzt.

Die vom Bundesrat festgelegten Kriterien und methodischen Grundsätze sehen vor, dass die Kantone die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte festlegen. Dabei berücksichtigen sie sowohl die von ihnen ermittelte Anzahl tatsächlicher VZÄ der in einer bestimmten Region tätigen Ärztinnen und Ärzte eines bestimmten Fachgebiets als auch die vom EDI veröffentlichten regionalen Versorgungsgrade pro Fachgebiet. Die Kantone haben zudem die Möglichkeit, einen Gewichtungsfaktor einzubeziehen, um regionale oder fachspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen, denen bei der Herleitung der Versorgungsgrade nicht Rechnung getragen werden konnte.

Gemäss der Übergangsbestimmung der KVG-Revision zur Zulassung von Leistungserbringern hatten die Kantone bis zum 30. Juni 2023 Zeit, Höchstzahlen zu definieren. Bis zum 30. Juni 2025 hatten sie gemäss der Höchstzahlenverordnung zudem die Möglichkeit, entweder zu definieren, dass die von ihnen ermittelte Anzahl VZÄ der Höchstzahl an Ärztinnen und Ärzten entspricht, oder die Methode in ihrer Gesamtheit anzuwenden (d.h. unter Berücksichtigung der Anzahl VZÄ, der Versorgungsgrade und eines allfälligen Gewichtungsfaktors).

<sup>8</sup> Die VZH sowie die zugehörigen Erläuterungen sind abrufbar unter: [SG 310.420 - Verordnung über die Zulassung und Höchstzahlen von ambulanten Leistungserbringern - Kanton Basel Stadt - Erlass-Sammlung](#).

Seit dem 1. Juli 2025 muss im Kanton Basel-Stadt die in der Höchstzahlenverordnung verankerte Methode in ihrer Gesamtheit – also unter Einbezug von VZÄ, Versorgungsgrad und Gewichtungsfaktor – angewendet werden.

### **3. Periodische Überprüfung der Versorgungsgrade**

Gemäss Art. 3 Abs. 5 HZV müssen die vom EDI veröffentlichten Versorgungsgrade regelmässig mit aktuellen Daten überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Auch die zugrunde liegende Methode zur Berechnung des Versorgungsgrads unterliegt einer kontinuierlichen Evaluation und Weiterentwicklung. Diese Überprüfungen sind ebenfalls für die kantonalen Höchstzahlen relevant, da diese auf den jeweils aktuellen Versorgungsgraden beruhen (s. Ziff. 2.2). Die entsprechenden Arbeiten wurden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter Einbezug von Obsan und BSS durchgeführt. Im Rahmen dieser Überprüfung wurde am 23. September 2024 eine Änderung der Verordnung über die Festlegung der Versorgungsgrade beschlossen (s. Ziff. 2.1).

Die neuen Versorgungsgrade gelten seit dem 1. Juli 2025 – zeitgleich mit dem Termin, ab dem die Kantone die Höchstzahlen verpflichtend auf Basis der vollständigen Methodik (inkl. Versorgungsgrad und Gewichtungsfaktor) festlegen müssen (s. Ziff. 4).

### **4. Ausgangslage im Kanton Basel-Stadt**

#### **4.1 Kantonale Verordnung über Zulassung und Höchstzahlen von ambulanten Leistungserbringern (VZH)**

Mit der neuen kantonalen Verordnung über Zulassung und Höchstzahlen von ambulanten Leistungserbringern (VZH; SG 310.420) ersetzt der Kanton Basel-Stadt den seit 2001 geltenden «Zulassungsstopp» durch ein neues System von Höchstzahlen. Diese begrenzen die Zahl ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen, Spitalambulatorien und Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege.

Die VZH regelt seit dem 1. Juli 2025 das Zulassungsverfahren gestützt auf:

- die Zulassungsvoraussetzungen gemäss Art. 35 ff. KVG und den revidierten Bestimmungen der KVV;
- die Umsetzung der Zulassungssteuerung durch Höchstzahlen gemäss Art. 55a KVG;
- sowie die Anwendung der Höchstzahlenverordnung (HZV) des Bundesrats vom 23. Juni 2021.

Damit ersetzt die VZH die bisherige, befristete Zulassungsverordnung (SG 310.500), die als Übergangslösung am 1. April 2022 in Kraft trat. Ziel der neuen Regelung ist es, das ärztliche Angebot besser an den tatsächlichen Versorgungsbedarf anzupassen, eine Überversorgung zu vermeiden und dadurch das Kostenwachstum im ambulanten Bereich zu dämpfen.

#### **4.2 Versorgungslage der Allgemeinen Inneren Medizin im Kanton Basel-Stadt**

Die alternde Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt bringt zwei zentrale Herausforderungen mit sich. Zum einen steigt die Zahl der Menschen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen, die auf eine wohnortnahe und gut zugängliche Grundversorgung angewiesen sind. Zum anderen betrifft der demografische Wandel auch das Gesundheitspersonal, das für die medizinische Versorgung, Betreuung und Pflege älterer Menschen benötigt wird. Um einem allfälligen zukünftigen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten entgegenzuwirken, wurden bereits verschiedene Fördermassnah-

men initiiert. Ein Beispiel hierfür ist die nachfolgend unter Ziff. 6.1 vorgestellte Förderung der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in Hausarztpraxen des Kantons Basel-Stadt.

In den städtischen Kantonen ist die Ärztedichte generell deutlich höher als in ländlichen Regionen. Dies gilt sowohl für Spezialistinnen und Spezialisten wie auch für Grundversorgerinnen und Grundversorger. Anzeichen eines Ärztemangels finden sich damit deutlich weniger in Städten als in ländlichen Regionen. So verfügt auch der Kanton Basel-Stadt über eine überdurchschnittlich hohe Versorgungs- und Ärztedichte: Im Kanton Basel-Stadt (Stand August 2025) gibt es 1'136 niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte sowie 606 niedergelassene Grundversorger, womit über 50% aller im Kanton Basel-Stadt niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als Grundversorger tätig sind. Die 606 in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte setzen sich zusammen aus 69 Praktischen Ärztinnen und Ärzten, 336 Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin, 105 Ärztinnen und Ärzten der Kinderheilkunde sowie 96 Ärztinnen und Ärzten der Gynäkologie und Geburtshilfe. Grundversorger mit einer zusätzlichen Spezialisierung (beispielsweise einem zweiten Facharzttitel) werden zu den Spezialisten hinzugerechnet.

Die Anzahl der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich damit seit dem Jahr 2021 um über 30% und damit deutlich erhöht:

**Tabelle 1:**

<b>Fachrichtung</b>	<b>31.08.2025</b>	<b>31.12.2024</b>	<b>31.12.2023</b>	<b>31.12.2022</b>	<b>31.12.2021</b>
Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	69	56	65	47	48
Allgemeine Innere Medizin	336	321	315	282	270
Kinder- und Jugendmedizin	105	99	92	80	74
Gynäkologie und Geburtshilfe	96	85	73	71	73
<b>Total Auswahl</b>	<b>606</b>	<b>561</b>	<b>545</b>	<b>480</b>	<b>465</b>

Zudem hat sich das Durchschnittsalter der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte seit 2021 gesenkt:

**Tabelle 2:**

<b>Fachrichtung</b>	<b>Durchschnittsalter per 31.08.2025 in Jahren</b>	<b>Durchschnittsalter per 31.12.2021 in Jahren</b>
Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	54	59
Allgemeine Innere Medizin	55	60
Kinder- und Jugendmedizin	52	57
Gynäkologie und Geburtshilfe	54	59

## 5. Koordinierte Versicherungsmodelle

Der Regierungsrat geht mit den Anzugstellenden einig, dass koordinierte Versicherungsmodelle – wie Hausarztmodelle oder HMO-Versicherungen – nur dann wirksam zur Steuerung der Gesundheitsversorgung beitragen können, wenn ein funktionierendes, flächendeckendes hausärztliches Netzwerk vorhanden ist. Wie die vorangehenden Ausführungen aufzeigen, erfüllt die aktuelle Versorgungslage im Kanton Basel-Stadt diese Voraussetzungen. Die hohe Hausarztdichte, die gute

Erreichbarkeit sowie interprofessionell organisierte Praxisteams schaffen die strukturellen Grundlagen, damit koordinierte Modelle sinnvoll umgesetzt werden können.

Die aktuellen Analysen des Obsan zeigen, dass sowohl bei Gesundheitsfachpersonen als auch in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz für integrierte, interprofessionelle Versorgungsmodelle besteht. Strukturen wie Gruppenpraxen, HMO-Zentren oder Praxisnetzwerke gelten als zukunftsfähig und werden zunehmend gestärkt.<sup>9</sup> Diese bestehenden Versorgungsstrukturen ermöglichen es, Versicherte auch ausserhalb klassischer Öffnungszeiten bedarfsgerecht zu betreuen – insbesondere im Rahmen der koordinierten Versorgung.

Für den Kanton Basel-Stadt bedeutet dies konkret: Auch Versicherte ohne spezifisches Hausarztmodell können sinnvoll in die medizinische Versorgung eingebunden werden, ohne dass dies zu ineffizienten Mehrfachkonsultationen oder vermeidbaren Notfallinanspruchnahmen führt. Damit stärkt die kantonale Versorgung nicht nur die Wahlfreiheit der Versicherten, sondern wirkt auch potenziellen Kostensteigerungen entgegen.<sup>10</sup>

## **6. Massnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung**

Die Erhaltung der medizinischen Grundversorgung geniesst nach wie vor eine hohe Priorität in der baselstädtischen Gesundheitspolitik, weshalb bereits verschiedene Massnahmen und Vorhaben auf kantonaler Ebene getroffen wurden, um einer möglichen Mangelsituation an Grundversorgerinnen und Grundversorgern frühzeitig entgegenzuwirken. Diese Massnahmen werden nachfolgend vorgestellt.

### **6.1 Förderprogramm Assistenzstellen in Hausarztpraxen in Basel-Stadt**

Das im Kanton Basel-Stadt praktizierte Modell der Praxisassistenzen in Hausarztpraxen ermöglicht Assistenzärztinnen und -ärzten, die spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten in einer Hausarztpraxis vor Ort zu erwerben. Bei diesem Förderprogramm werden drei Vollzeitstellen bzw. sechs 50%-Stellen (300 Stellenprozent) in Weiterbildungspraxen im Kanton Basel-Stadt mit bis zu 300'000 Franken pro Jahr unterstützt.

Damit sollen junge Ärztinnen und Ärzte für die Hausarztmedizin motiviert werden, was ihre Berufswahl diesbezüglich positiv beeinflussen soll. Seit dem Jahr 2009 konnten im Kanton Basel-Stadt auf diese Weise 93 Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Ausbildung zur Grundversorgerin resp. zum Grundversorger gefördert werden. Folgende Optionen werden angeboten:

- Sechs Stellen à 100% für max. sechs Monate (Übernahme von 75% der Kosten durch den Kanton Basel-Stadt) oder
- Zwölf Stellen à 50% für max. sechs Monate (Übernahme von 75% der Kosten durch den Kanton Basel-Stadt).

Der Nachfrage nach Ausbildungsplätzen kann bislang vollumfänglich Rechnung getragen werden. Das Förderprogramm ist gut ausgelastet, aber nicht überlastet. Mit dem kantonalen Programm der Praxisassistentenstellen konnte in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg bei den Grundversorgenden verzeichnet werden. Der Kanton Basel-Stadt weist damit eine stabile Versorgungssituation auf, welche zumindest mittelfristig Bestand haben wird. Der Regierungsrat erachtet es als wichtig und sinnvoll, das Angebot an Assistenzstellen in Hausarztpraxen weiter und im bestehenden Rahmen zu fördern. Falls die Nachfrage nach Praxisassistentenstellen das Angebot mittelfristig übersteigen sollte, wird die Regierung einen Ausbau der Förderung erneut prüfen.

<sup>9</sup> Obsan (2023): *Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen*, Obsan-Bericht 06/2023, abrufbar unter [Obsan\\_06\\_2023\\_BERICHT.pdf](#).

<sup>10</sup> Bundesamt für Gesundheit (BAG): *Agenda Grundversorgung – Koordinierte Versorgung*, abrufbar unter [Agenda Grundversorgung](#).



## 6.2 Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel

Im Rahmen der ergriffenen Massnahmen, welche dazu beitragen sollen, dass die Gesundheitsversorgung besser am zukünftigen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und die vorhandenen Ressourcen gezielter eingesetzt werden, wurden an allen medizinischen Fakultäten in der Schweiz Institute oder Departemente für Hausarztmedizin geschaffen. Mit dem «Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel» wurde 2005 das erste Institut in der Schweiz gegründet.<sup>11</sup> Das Zentrum unterstützt bezüglich der Weiterbildungs-, Rotations- und Praxisassistentenstellen für das Weiterbildungscurriculum zur Hausärztin/zum Hausarzt.

## 7. Fazit

Die medizinische Grundversorgung ist im Kanton Basel-Stadt gewährleistet. Die zur Zeit vorhandene Dichte an in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten deutet auf eine erfolgreiche Nachwuchsförderung hin. Auch das kantonale Förderprogramm für Praxisassistentenstellen hat sich als wirksames Instrument etabliert, um qualifizierten Nachwuchs zu sichern und gleichzeitig eine kosteneffiziente Versorgung zu ermöglichen.

Der Kanton Basel-Stadt profitiert zusätzlich von seiner Zentrumsfunktion, was einer kritischen Unterversorgung in der Allgemeinmedizin derzeit entgegenwirkt. Eine kontinuierliche Beobachtung der Versorgungslage ist jedoch wichtig, um frühzeitig auf Veränderungen reagieren zu können. Der Regierungsrat beobachtet daher die hausärztlichen Kapazitäten regelmässig, unter anderem mithilfe der Gesundheitsberichte des Obsan und den Zahlen zu erteilten Bewilligungen und Praxisaufgaben, um frühzeitig auf sich abzeichnende Versorgungslücken reagieren zu können.

Der Regierungsrat ist zuversichtlich, dass die Situation in der medizinischen Grundversorgung aufgrund der getroffenen Massnahmen stabil bleiben wird und allfällige Versorgungsengpässe frühzeitig erkannt werden können.

## 8. Antrag

Aufgrund dieses Berichts beantragen wir, den Anzug Daniel Seiler und Konsorten betreffend defizitären Versorgungsgrad des Kantons mit Hausärztinnen und Hausärzten abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Conradin Cramer  
Regierungspräsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin

<sup>11</sup> Abrufbar unter [Home | Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | Universität Basel](#).