

# Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe

## Projekt STAB



**Kantonsspital  
Baselland**

**Universitätsspital  
Basel**

**Version vom 18. August 2016, von den Verwaltungsräten  
KSBL und USB verabschiedet.**

*Mit Fortschrittsberichten „Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags)“ per 31. Dezember 2017 zu definierten Kapiteln und Themen.*

*Durch den Steuerungsausschuss vom 18.12.2017 im Grundsatz freigegeben.*

# Inhalt

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>6</b>
<b>0 Zusammenfassung</b> .....	<b>7</b>
0.1 Ausgangslage des Projekts (Kapitel 1).....	8
0.2 Ausgangslage der Spitäler (Kapitel 2) .....	8
0.3 Leitbild, Zielbild und strategische Positionierung „Vier Standorte – ein System“ (Kapitel 3) .	9
0.4 Führung- und Organisationsstruktur (Kapitel 4) .....	11
0.5 Personal (Kapitel 5) .....	11
0.6 Recht (Kapitel 6).....	11
0.7 Finanzielle Synergien (Kapitel 7).....	12
0.8 Finanzieller Businessplan (Kapitel 8) .....	12
0.9 Projektrisiken (Kapitel 9).....	12
0.10 Umsetzungsfahrplan (Kapitel 10) .....	13
0.11 Fazit und Anträge (Kapitel 11).....	13
<b>1 Ausgangslage des Projekts</b> .....	<b>15</b>
1.1 Projektzielsetzung .....	15
1.2 Projektorganisation und -vorgehen.....	15
1.3 Aufbau des Grundlagenberichts .....	16
<b>2 Ausgangslage der Spitäler</b> .....	<b>18</b>
2.1 Umfeld- und Marktanalysen.....	18
2.2 Markt- und Konkurrenzanalyse.....	20
2.3 Beschreibung der Patientenströme .....	21
2.4 Regionales Gesundheitssystem .....	22
2.5 Interne Analyse von KSBL und USB .....	23
2.6 Möglichkeiten einer gemeinsamen Spitalgruppe .....	23
2.7 Schlussfolgerungen „Ausgangslage der Spitäler“ .....	25
<b>3 Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung</b> .....	<b>26</b>
3.1 Leitlinien für die gemeinsame Spitalgruppe.....	26
3.2 Zielbild und strategische Positionierung .....	26
3.2.1 „Vier Standorte – Ein System“ .....	26
3.2.2 Hochschulmedizin und Innovation.....	27
3.2.3 Positionierung gegenüber Konkurrenten.....	28
3.2.4 Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern .....	28
3.2.5 Proaktiver Umgang mit dem Trend der Ambulantisierung .....	29
3.3 Angebotsstrategie.....	29
3.4 Profile der einzelnen Standorte und der Spitalgruppe.....	31
3.4.1 Basel – Maximalversorger .....	31
3.4.2 Liestal – Umfassender Grundversorger mit stationären Schwerpunkten.....	31

3.4.3	Bruderholz – Innovative Neuausrichtung mit ambulantem Gesundheitscampus (TOP) und elektiver Orthopädie .....	32
3.4.4	Laufen – Gesundheitszentrum .....	35
3.4.5	Gemeinsame Spitalgruppe .....	35
3.5	Weitere angebotsrelevante Themen .....	36
3.5.1	Notfall- und wohnortnahe Grundversorgung der Spitalgruppe.....	36
3.5.2	Forschung – Verhältnis zur Universität.....	37
3.6	Schlussfolgerungen „Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung“ .....	37
<b>4</b>	<b>Führungs- und Organisationsstruktur .....</b>	<b>46</b>
4.1	Prinzipien für die Gestaltung der Führungs- und Organisationsstruktur.....	46
4.2	Präferiertes Organisationsmodell .....	46
4.3	Schlussfolgerungen „Führungs- und Organisationsstruktur“ .....	47
<b>5</b>	<b>Personal .....</b>	<b>48</b>
5.1	Attraktiver Arbeitgeber .....	48
5.2	Weiterbildungs- und Forschungsangebot.....	48
5.3	Werte / Kultur.....	48
5.4	Privatrechtliche Regelung der Arbeitsverhältnisse .....	48
5.5	Lohnsystem .....	48
5.6	Pensionskasse .....	49
5.7	Schlussfolgerungen „Personal“ .....	49
<b>6</b>	<b>Recht .....</b>	<b>59</b>
6.1	Anforderungen an das rechtliche Modell .....	59
6.2	Wahl der Rechtsform.....	59
<b>7</b>	<b>Finanzielle Synergien .....</b>	<b>64</b>
7.1	Übersicht .....	64
7.2	Medizinisches Kerngeschäft.....	65
7.3	Medizinische Querschnittsfunktionen .....	65
7.4	Nicht-medizinische Querschnittsfunktionen.....	66
7.5	Dyssynergien.....	66
7.6	Transformationskosten .....	66
7.7	Beurteilung der Zielerreichung .....	67
7.8	Schlussfolgerungen „Finanzielle Synergien“ .....	67
<b>8</b>	<b>Finanzieller Businessplan .....</b>	<b>68</b>
8.1	Konzeption des Finanzmodells.....	68
8.2	Übersicht und wesentliche Planungsannahmen.....	69
8.3	Planerfolgsrechnungen aus Sicht Base Case .....	70
8.4	Potentiale.....	71
8.5	Beurteilung der Zielerreichung – Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe .....	72
8.6	Basisfallpreise (Baserate).....	73
8.7	Investitionsrechnung.....	73
8.8	Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen .....	74

8.8.1	Auswirkungen durch die Spitalgruppe auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich.....	75
8.8.2	Auswirkungen ausserhalb der Spitalgruppe / Gesamtsystem auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich.....	77
8.8.3	Eignersicht (Beteiligungen).....	77
8.9	Ergebnisse der Financial Due Diligence.....	77
8.10	Schlussfolgerungen „Finanzieller Businessplan“ .....	78
<b>9</b>	<b>Projektrisiken .....</b>	<b>85</b>
9.1	Schlussfolgerungen „Projektrisiken“ .....	86
<b>10</b>	<b>Umsetzungsfahrplan .....</b>	<b>90</b>
10.1	Projektphasen.....	90
10.2	Projektorganisation.....	92
10.3	Rückfallszenario .....	92
10.4	Schlussfolgerungen „Umsetzungsfahrplan“ .....	93
<b>11</b>	<b>Fazit und Anträge.....</b>	<b>97</b>
11.1	Fazit.....	97
11.2	Anträge .....	99
<b>12</b>	<b>Glossar.....</b>	<b>100</b>
<b>13</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>103</b>
<b>Anhang.....</b>		<b>104</b>
	Inhaltsverzeichnis .....	104
A.1	Varianten des Organisationsmodells (Ergänzung zu Kapitel 4) .....	105
A.2	Varianten für die rechtliche Zielstruktur (Ergänzung zu Kapitel 6).....	108
A.3	Vergleich von AG und bikantonalen Anstalt (Ergänzung zu Kapitel 6).....	109
A.4	Wettbewerbsrechtliche Abklärungen (Ergänzung zu Kapitel 6).....	111

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umsetzungsphasen .....	13
Abbildung 2: Projektorganisation STAB .....	16
Abbildung 3: Inhaltlicher Aufbau des Grundlagenberichts .....	17
Abbildung 4: Übersicht zur Umfeldanalyse Gesundheitswesen .....	18
Abbildung 5: Übersicht zu Leistungsangeboten.....	20
Abbildung 6: Regionale Wettbewerbssituation .....	21
Abbildung 7: Stärken und Schwächen-Analyse KSBL und USB .....	23
Abbildung 8: Leitlinien der Spitalgruppe .....	26
Abbildung 9: Angestrebtes Angebotsportfolio nach Standort der Spitalgruppe .....	31
Abbildung 10: Visualisierung der Transformation des Standort Bruderholz (Machbarkeitsstudie mit modularer Dimensionierung).....	33
Abbildung 11: Regionales Konzept für Notfallversorgung ergänzt um Permanenzen (neue Standorte in Evaluation).....	37
Abbildung 12: Qualitätskriterien für das Organisationsmodell der Spitalgruppe: .....	46
Abbildung 13: Künftiges Organisationsmodell der Spitalgruppe .....	47
Abbildung 14: Darstellung der hochintegrierten rechtlichen Integrationsmodelle .....	60
Abbildung 15: Darstellung der Synergiepotentiale nach Bereichen im Zieljahr 2026 .....	65
Abbildung 16: Zusammensetzung der Spitalgruppe .....	68
Abbildung 17: Aufbau der Finanzplanung der Spitalgruppe .....	68
Abbildung 18: Inputfaktoren zur Herleitung des EBITDA.....	69
Abbildung 19: EBITDA-Entwicklung im Base Case .....	71
Abbildung 20: Schematische Darstellung der EBITDA-Veränderung .....	71
Abbildung 21: EBITDA-Entwicklung im Business Case "Spitalgruppe" .....	72
Abbildung 22: Modellierung der Investitionen der Spitalgruppe.....	74
Abbildung 23: Kantonsanteil Basel-Stadt.....	75
Abbildung 24: Kantonsanteil Basel-Landschaft .....	76
Abbildung 25: Konsolidierte Kantonsanteile .....	76
Abbildung 26: Risikobeurteilung .....	86
Abbildung 27: Umsetzungsfahrplan .....	90
Abbildung 28: Projektorganisation ab Phase 3 (vgl. Abbildung 27) .....	92
Abbildung 29: Beschreibung der Variante „Status Quo“ .....	105
Abbildung 30: Erfüllung der Kriterien durch Variante „Status Quo“ .....	105
Abbildung 31: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation“ .....	106
Abbildung 32: Erfüllung der Kriterien durch die Variante „Funktionale Organisation“ .....	106
Abbildung 33: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“ .....	107

Abbildung 34: Erfüllung der Kriterien durch die Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen" .....	107
Abbildung 35: Darstellung der rechtlichen Integrationsmodelle .....	108
Abbildung 36: Wettbewerbsrechtlicher Prozess .....	111

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Detailbeschreibung der Umfeldanalyse Gesundheitswesen .....	19
Tabelle 2: Konsequenzen eines Alleingangs und Möglichkeiten der Spitalgruppe.....	24
Tabelle 3: Ergebnisse der Financial Due Diligence .....	78
Tabelle 4: Vergleich AG - Bikantonale Anstalt .....	110

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.*

## 0 Zusammenfassung

Aus Sicht der Verwaltungsräte des Kantonsspitals Baselland (KSBL) und des Universitätsspitals Basel (USB) macht ein Zusammenschluss der Spitäler KSBL und USB hinsichtlich Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Stärkung der Hochschulmedizin Sinn und erreicht balanciert folgende übergeordnete Projektzielsetzungen:

1. Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
2. Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich;
3. Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

Die Verwaltungsräte empfehlen die Weiterführung des Projekts mit dem Ziel eines Zusammenschlusses der beiden Spitäler.

Der neuen Spitalgruppe gelingt die bedarfsgerechte Anpassung und Modernisierung der gemeinsamen Strukturen. Die Spitäler erreichen gemeinsam die Grösse, um die Innovationskraft zu stärken. Die Spitalgruppe wird einen wesentlichen Beitrag zur Ambulantisierung der Medizin, zur Digitalisierung und zu neuen Versorgungsmodellen in der Region leisten. Damit wird ermöglicht, dass der Bevölkerung nachhaltig eine hoch qualitative und bezahlbare Versorgung gewährleistet werden kann.

Für alle vier Standorte der Gruppe bieten sich attraktive Zukunftsmöglichkeiten für Patienten und Mitarbeitende. Die Kombination von KSBL und USB in einem System ermöglicht eine optimale Balance von wohnortnaher Versorgung und Konzentration spezialisierter Leistungen. Die gemeinsame Spitalgruppe hat die Kraft, in Zukunft weiterhin einen starken klinischen und universitären Beitrag zum Life Science Cluster der Region zu liefern und den hochschulmedizinischen Auftrag koordiniert über alle Standorte der Spitalgruppe zu erfüllen. Als Arbeitgeber ist die Spitalgruppe attraktiv für alle Berufsgruppen. Es können gute Karrieremöglichkeiten in Akademie, Dienstleistung und Management angeboten werden.

Die erforderliche Neustrukturierung kann umgesetzt werden, sofern in folgenden **offenen Punkten** Lösungen erarbeitet werden, die für beide Seiten befriedigend sind, d.h. wenn:

- gemeinsam mit den Eignern verbindliche Lösungen definiert werden, welche die Unterschiede zwischen den Spitälern bei den finanziellen Anstellungsbedingungen (inkl. Lohn, Sozialleistungen, Pensionskasse) im Sinne der „total compensation“ ausgleichen. Bei einer allfälligen Sanierung einer der beiden Pensionskassen soll die Nachfinanzierung für die Besitzständer nicht zulasten der Spitalgruppe erfolgen. Hierzu wurden Entscheidungsgrundlagen für die beiden Regierungen erarbeitet, die bis zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Vernehmlassungsvorlagen für die rechtlichen Grundlagen der Spitalgruppe zu konkretisieren sind,
- der Kanton BL sein Darlehen beim KSBL in Eigenkapital umwandelt,
- keine gravierenden regulatorischen Änderungen erfolgen, wie z.B. die Annahme der Bruderholzinitiative.

Der Übergang von der heutigen Ausgangslage in die gemeinsame Spitalgruppe wird sorgfältig unter Einbezug aller Interessengruppen gestaltet und nimmt Rücksicht auf die Bedürfnisse der ganzen Region. Die Transformationsphase kann mit der Unterstützung der Regierungsräte, der Parlamente und der Bevölkerung beider Basel erfolgreich realisiert werden. Voraussetzung ist eine aktiv geführte, vertrauensbildende interne und externe Kommunikation, die dem Informationsanspruch der über 10'000 direkt betroffenen Mitarbeitenden, der Kooperationspartner als auch der Allgemeinheit gerecht wird.

Falls der Zusammenschluss nicht umgesetzt wird, hätte dies einen Alleingang von KSBL und USB mit erheblichen negativen Konsequenzen für Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Hochschulmedizin zur Folge.

Der Grundlagenbericht wird nachfolgend Kapitel für Kapitel summarisch dargestellt.

## **0.1 Ausgangslage des Projekts (Kapitel 1)**

Die Vorsteher der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (VGD BL) und des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt (GD BS) beauftragten die beiden Verwaltungsräte von KSBL und USB am 28.09.2015 mit der Prüfung einer gemeinsamen Spitalgruppe und der Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für eine Zusammenführung der Spitäler.

Das Projekt soll eine optimale Ausgangslage für das nachhaltige Erreichen der folgenden übergeordneten Projektzielsetzungen schaffen:

1. Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
2. Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich;
3. Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

Im vom KSBL und USB partnerschaftlich geführten Projekt STAB wurden die vorliegenden Grundlagen in acht Teilprojekten mit über 100 Verantwortlichen aus dem KSBL und dem USB erarbeitet. Dabei wurden verschiedene Ziel-, Lösungs- bzw. Umsetzungsvarianten in Betracht gezogen, mit externen Experten validiert und gegeneinander abgewogen.

Die beiden Verwaltungsräte von KSBL und USB haben gemeinsam eine Auswahl getroffen, welche die gesetzten Zielsetzungen am besten erreichen kann. Der Projektauftrag vom 28.09.2015 ist damit umgesetzt.

## **0.2 Ausgangslage der Spitäler (Kapitel 2)**

Aufgrund der dynamischen Entwicklung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (insbesondere Preisdruck, fortschreitende Spezialisierung, zunehmende Patientenmobilität und Digitalisierung) und der Verschärfung der Wettbewerbssituation („Aufrüstung der Privaten“) stehen das KSBL und das USB vor grossen Herausforderungen. Gleichzeitig lassen sich bereits heute grosse Teile der Baselbieter Patienten in Spitälern in Basel-Stadt behandeln.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 haben sich die Rahmenbedingungen für die Spitäler wesentlich verändert. Die finanzielle Verantwortung liegt nicht mehr bei den Kantonen, sondern bei den Spitälern selbst.

Das KSBL und das USB können in der heutigen Struktur mittel- bis langfristig nicht den Selbstfinanzierungsgrad<sup>1</sup> erreichen, welcher für die Investitionen zur Aufrechterhaltung ihres heutigen Leistungsangebots notwendig wäre. So kann das KSBL einen ausreichenden Selbstfinanzierungsgrad nur unter Einbussen beim Angebot und der Versorgung sicherstellen. Das USB seinerseits wird in der gegebenen Situation seine nationale und universitäre Konkurrenzfähigkeit langfristig nicht gewährleisten können. Treiber sind hierfür die hohen Doppelspurigkeiten in der Region, die Vorhalteleistungen, das beschränkte Einzugsgebiet sowie die Sicherung der langfristigen Investitionsfähigkeit. Es sind schlankere Strukturen notwendig, die mit weniger Aufwand betrieben werden können bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Qualität und Leistungsfähigkeit. Die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe ermöglicht es, den benötigten Spielraum für die erforderliche Neustrukturierung zu schaffen.

Eine gemeinsame Spitalgruppe ermöglicht eine integrierte und auf Patientenbedürfnisse und regionale Patientenströme ausgerichtete Leistungserbringung im Versorgungsraum sowie eine Stärkung der Wettbewerbsposition. Die Spitalgruppe setzt Kräfte frei für hochinnovative Lösungen, stärkt die Hochschulmedizin in Forschung und Lehre und ermöglicht es auch in Zukunft ein

---

<sup>1</sup> Der Selbstfinanzierungsgrad zeigt an, in welchem Ausmass Investitionen durch selbsterwirtschaftete Mittel finanziert werden können. Vor allem im Vergleich über mehrere Jahre wird deutlich, ob die Investitionen aus selbst erwirtschafteten Mitteln finanziell tragbar sind. Ein Selbstfinanzierungsgrad von unter 100% zeigt einen zusätzlichen Kapitalbedarf an, der entweder durch eine Eigenkapitalerhöhung oder eine Fremdkapitalaufnahme gedeckt werden muss. Liegt der Wert über 100 %, können Fremdkapital amortisiert oder Eigenkapitalreserven gebildet werden.



attraktiver Arbeitgeber zu sein. Durch die Bündelung der Ressourcen werden zudem strategische Investitionen ermöglicht, um die Behandlungsqualität durch Skaleneffekte zu verbessern.

### **0.3 Leitbild, Zielbild und strategische Positionierung „Vier Standorte – ein System“ (Kapitel 3)**

Die gemeinsame Spitalgruppe hat folgende Vision:

„Für die Bevölkerung in der gesamten Nordwestschweiz

- entwickeln wir Medizin und Pflege innovativ, nachhaltig und gemäss neuester Erkenntnisse weiter
- prüfen wir vor jeder Untersuchung, Operation und Behandlung, ob sie aus der Sicht der Patientin oder des Patienten nötig, sinnvoll und nützlich ist
- vermeiden wir unnötige Übernachtungen im Spital dank des raschen medizinischen Fortschritts in Richtung ambulanter Behandlungen
- stellen wir zum Nutzen der Patienten eine integrierte Versorgung mit Hausärzten, Spitex, Rehabilitation und weiteren vor- und nachgelagerten Stellen sicher
- erbringen wir unsere Leistungen wirtschaftlich und leisten einen Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Spitalbereich
- tragen wir zur Innovationskraft und Ausbildungsqualität der universitären Medizin bei.

Deshalb setzen wir uns für eine gemeinsame Zukunft des KSBL und des USB ein“.

Die nachhaltige Gesundheitsversorgung in der Region, die langfristige Stärkung der Spitäler und deren wirtschaftliche Sicherung wird durch Schwerpunktbildung (Bündelung) und eine nach Leistungskomplexität abgestufte Neuordnung der Angebote erreicht. Die vier Standorte des KSBL und USB werden in einem gemeinsamen System gesteuert, um die Leistungsangebote besser an Patientenbedürfnissen und regionalen Patientenströmen ausrichten zu können. Dies ermöglicht nachhaltigen Nutzen für Bevölkerung und Patienten bei gleichzeitiger Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

Die Spitalgruppe bietet innovativste medizinische Dienstleistungen in der Versorgungsregion an. Diese werden durch auf den Patientennutzen ausgerichtete Innovationen in der Behandlungskette ergänzt. Neue Technologien werden dabei durch klinische Studien geprüft, etabliert und zu überregionalen Angebote weiterentwickelt.

Die Spitalgruppe beschränkt sich nicht auf wirtschaftlich attraktive, sondern bietet alle notwendigen Leistungen (service public) umfassend an. Die Spitalgruppe differenziert sich als die Anlaufstelle für unklare Diagnosen durch interdisziplinäre Beurteilung und beste Leistungen bei komplexen Fällen und schweren Verläufen. Aufgrund der erstarkten Finanzkraft investiert die Spitalgruppe in medizinische Innovation, patientennahe Infrastrukturen und Hotellerie. Mit adäquater Infrastruktur und Hotellerie werden auch elektive sowie klar definierte und diagnostizierte Patienten mit speziellen Krankheitsbildern überregional angesprochen.

Die Spitalgruppe ist eine verlässliche Partnerin, die sich mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern eng vernetzt und ihnen unkompliziert Zugang zu relevanten Informationen ermöglicht.

Die Spitalgruppe nimmt den internationalen Trend zur Ambulantisierung auf, der durch Patientenwünsche, medizinischen Fortschritt und Druck der Kostenträger bedingt ist.

Das umfassende Angebotsportfolio der Spitalgruppe besteht aus Leistungen von der Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten, universitären Medizin sowohl ambulant als auch stationär. Aus- Weiter- und Fortbildung sowie Forschungsleistungen werden koordiniert über alle Standorte erbracht.

Entlang der Wertschöpfungskette ist der Hauptschwerpunkt der Spitalgruppe die Akutsomatik. Ergänzende Dienstleistungen, wie z.B. Rehabilitation, werden bei klarem Patientennutzen und Synergien gezielt ausgebaut. Eine interne nachsorgende Einheit wie die Rehabilitation unterstützt die optimal abgestimmte Nachbetreuung aus dem Akutspital heraus. Dies ermöglicht es, die Anzahl akutsomatischer Betten zu reduzieren.

Die Spitalgruppe bildet standortübergreifend medizinische Schwerpunkte in Form interdisziplinärer Zentren, um sich überregional und national mit hochstehender Behandlungsqualität und innovativen Leistungen positionieren zu können. Die Auswahl von Schwerpunkten erfolgt nach Verfügbarkeit der notwendigen Kompetenzen und Ressourcen. Dadurch können diese Schwerpunktthemen auch im intensiven regionalen Wettbewerb erfolgreich und mit überregionaler Strahlkraft betrieben werden. Gemäss dem aktuellen Stand der Überlegungen wurden die heute bestehenden Schwerpunkte Tumor<sup>2</sup>, Bewegungsapparat und Herz-/Kreislauf als Schwerpunkte der gemeinsamen Spitalgruppe festgelegt. Weitere sind zu prüfen.

Mit einer eindeutigen Ausrichtung in diesen Schwerpunkten kann die Spitalgruppe qualitativ hochwertige Behandlungen anbieten, Innovationen umsetzen und sich einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Mitbewerbern in der Region verschaffen. Die Kombination der Leistungsangebote in der Spitalgruppe und ihre abgestimmte Verteilung über die einzelnen Standorte ermöglicht zudem, auf künftige Nachfrage-Veränderungen, die eine Umstellung des Angebots erfordern, zeitnah reagieren zu können.

Alle Standorte der Spitalgruppe werden für Patienten und Mitarbeitende klar positioniert:

- Der Standort **Basel** hat als Maximalversorger ein breites Leistungsangebot mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Er wird als universitäres Zentrum für hochkomplexe Eingriffe mit hochinstallierter Infrastruktur positioniert. Die Grundversorgung bleibt dabei mit der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin am Standort Basel verbunden. Auf diese Weise wird eine wohnortnahe Versorgung für Patienten aus Basel-Stadt sichergestellt.
- Der Standort **Liestal** hat als umfassender Grundversorger im stationären Bereich ein klar positioniertes Leistungsangebot als Akutspital für die wohnortnahe Versorgung der Einwohner des oberen Baselbietes. Er ist für die erweiterte Grundversorgung zuständig und betreibt zusätzlich eine Notfallstation 24/7, eine Intensivstation (IPS), eine Intermediate Care Unit (IMC) und eine Dialysestation. Bestehende Schwerpunkte werden gestärkt und mittelfristig weitere Schwerpunkte am Standort Liestal aus- und aufgebaut.
- Der Standort **Bruderholz** ist ein Standort mit einem innovativen Leistungsangebot. Zusätzlich zu einem ambulanten Gesundheitscampus mit einer Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) und einer Permanence soll am Standort Bruderholz die elektive Orthopädie der gemeinsamen Spitalgruppe sowie die ambulante und stationäre Rehabilitation gebündelt werden. Durch die Konzentration der elektiven Orthopädie<sup>3</sup> der ganzen Spitalgruppe wird der Standort Bruderholz deutlich gestärkt.
- Der Standort **Laufen** wird als bedarfsorientiertes Gesundheitszentrum betrieben, welches im Kern eine Permanence mit ausgewählten Sprechstunden umfasst. Die geriatrische Rehabilitation wird weitergeführt, zudem wird die stationäre chronische Schmerztherapie der Spitalgruppe in Laufen konzentriert.

Die Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen ermöglicht neben exzellenter Grundversorgung Höchstleistungen in Forschung, Lehre, spezialisierter und hochspezialisierter Medizin, was die gemeinsame Spitalgruppe für bestqualifiziertes Personal attraktiv macht. Abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät der Universität Basel positioniert sich die Spitalgruppe

---

<sup>2</sup> Der Schwerpunkt Tumor beinhaltet auch Leistungen wie allogene Stammzelltransplantationen und Behandlung von neuroendokrinen Tumoren.

<sup>3</sup> Hochkomplexe Behandlungen (inkl. komplexe Revisionen und Infektbehandlungen von Prothesen) sowie Eingriffe bei multimorbiden Patienten erfolgen weiterhin aufgrund des Bedarfs an spezialisierter Infrastruktur und Personal in Liestal und Basel.

national. Die Spitalgruppe bietet innovativste medizinische Dienstleistungen in der Versorgungsregion an. Diese werden durch auf den Patientennutzen ausgerichtete Innovationen in der Behandlungskette ergänzt. Die Spitalgruppe bietet daher optimale Bedingungen für die langfristige Sicherung und Stärkung der Hochschulmedizin in der Region und eine bestmögliche Ausgangslage, um auf heutige und künftige Anforderungen reagieren zu können. Durch Kooperationen mit Partnern ausserhalb der Gruppe wird die Hochschulmedizin zusätzlich gezielt gestärkt. Die Spitalgruppe ist ein verlässlicher Partner für vor- und nachgelagerte Leistungserbringer.

#### **0.4 Führung- und Organisationsstruktur (Kapitel 4)**

Auf Basis ausgewählter Kriterien wurden verschiedene Führungs- und Organisationsmodelle entwickelt und bewertet. Als Zielbild gilt eine funktionale Organisation mit übergreifenden Querschnittsfunktionen. Diese erfüllt die Anforderungen am besten. In der Transformationsphase wird das Führungs- und Organisationsmodell konkretisiert.

#### **0.5 Personal (Kapitel 5)**

Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor für die gemeinsame Spitalgruppe. Die Stärke der Spitalgruppe ermöglicht attraktive Entwicklungsmöglichkeiten und höhere Arbeitsplatzsicherheit für die Mitarbeitenden. Dies führt zu einer höheren Attraktivität als Arbeitgeber.

Der Businessplan sieht einen effizienteren Personaleinsatz durch Reduktion von Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten vor. Aufgrund dessen sowie der Angebotsumstrukturierung an den verschiedenen Standorten wird der Personalbedarf mittelfristig zwischen 2020-2021 sinken und danach wieder ansteigen, um der erwarteten steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu entsprechen. Es ist ein klares Ziel, den Zusammenschluss möglichst personalverträglich umzusetzen. Falls in bestimmten Fällen aufgrund der Angebotsverschiebung kein Stellenangebot am gleichen Standort unterbreitet werden kann, wird versucht werden, eine andere Stelle innerhalb der Spitalgruppe anzubieten.

Die Unternehmenskulturen von KSBL und USB sind trotz Parallelen unterschiedlich. Eine umsichtige Heranführung an eine gemeinsame Unternehmenskultur ist frühzeitig in der Transformationsphase zu beginnen. Voraussetzung ist eine aktiv geführte, vertrauensbildende interne Kommunikation, die dem Informationsanspruch der über 10'000 direkt betroffenen Mitarbeitenden gerecht wird.

Die Lohnsysteme sind sehr ähnlich. Wo Unterschiede bei einzelnen Funktionen bestehen, sind selektive Lohnanpassungen benchmarkbasiert denkbar.

Die Vorsorgelösung ist eine wichtige zu lösende Aufgabe in der Transformationsphase. Es sind verschiedene Vorsorgeträger denkbar, wobei die heutigen beiden (jeweils ein eigenes Vorsorgewerk bei der PKBS bzw. der BLPK) eine ähnliche strukturelle Risikofähigkeit und einen ähnlich hohen Deckungsgrad (inkl. Wertschwankungsreserven) aufweisen. Die PKBS hat höhere Arbeitgeberbeiträge und einen höheren technischen Zins als die BLPK. Anpassungen in den Vorsorgelösungen sind aufgrund von Marktanpassungen auch ohne Zusammenschluss notwendig. Zielbild ist die Vereinheitlichung des Vorsorgeplans über die Zeit. Die Frage der Pensionskasse soll als Teil einer Gesamtlösung betrachtet werden, welche alle Arbeitgeberleistungen im Sinne einer Total Compensation berücksichtigt. Es sind zudem Übergangsregelungen zu treffen.

Die öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen mit GAV der beiden Unternehmen orientieren sich in weiten Teilen materiell bereits am OR. Der Hauptunterschied zwischen diesen beiden Anstellungsformen liegt vor allem im verfahrensrechtlichen Bereich. Aus Sicht der gemeinsamen Spitalgruppe sind privatrechtliche Arbeitsverhältnisse im Rahmen eines GAV bezüglich einer künftigen Erweiterung der Spitalgruppe sowie aufgrund der kürzeren Verfahrenswege vorteilhaft.

#### **0.6 Recht (Kapitel 6)**

Zurzeit sind das KSBL und das USB zwei unterschiedliche juristische Personen in der Rechtsform von selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalten. Für das rechtliche Zielmodell wird ein hoch

integriertes Modell vorgeschlagen (ein Unternehmen resp. eine Rechtspersönlichkeit). Dieses erfüllt die Anforderungen aus dem strategischen Zielbild (vgl. Kapitel 3) und die Anforderungen an die Führungs- und Organisationsstruktur (vgl. Kapitel 4) am besten. Eine wenig integrierte gemeinsame Spitalgruppe erlaubt es nicht, die strategische Positionierung umzusetzen, die betriebswirtschaftlichen Ziele zu erreichen und damit die drei übergeordneten Projektzielsetzungen optimal zu erfüllen.

Als Rechtsform wird diejenige der Aktiengesellschaft vorgeschlagen. Gegenüber der Rechtsform der Anstalt weist diese insbesondere Vorteile bezüglich einer allfälligen späteren Erweiterung auf.

## **0.7 Finanzielle Synergien (Kapitel 7)**

Mit konservativ gerechneten Netto-Synergien in Höhe von rund CHF 73 Mio. pro Jahr nach Umsetzung des Zusammenschlusses wird der Zielwert für die Synergien von mindestens CHF 50 Mio. deutlich übertroffen. Der Zielwert berechnet sich aus der EBITDA-Marge von mindestens 10%. Dieser Zielwert gilt in der Schweiz allgemein als Mindestgrösse für eine nachhaltige Selbstfinanzierung von Spitälern.

Die Synergien können durch die Zusammenführung im medizinischen Kerngeschäft, in den medizinischen Querschnittsfunktionen, sowie den nicht-medizinischen Funktionen realisiert werden.

Trotz der anfallenden Dyssynergien und Transformationskosten übertrifft die gemeinsame Spitalgruppe den angestrebten Wert der Netto-Synergien. Die anfallenden Transformationskosten kann die Spitalgruppe vollumfänglich selbst tragen.

## **0.8 Finanzieller Businessplan (Kapitel 8)**

Der Businessplan zeigt, dass der Zusammenschluss des KSBL und des USB betriebswirtschaftlich und finanziell sinnvoll ist. Die EBITDA-Marge kann dank der Realisierung von finanziellen Synergiepotentialen um fast 5 Prozentpunkte auf über 11% gesteigert werden.

Es werden signifikant Kosten im System reduziert. Die Spitalgruppe leistet damit einen Beitrag zu der in den übergeordneten Projektzielsetzungen geforderten deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums.

Der Zusammenschluss führt im Vergleich zum Alleingang der Spitäler zu einer signifikanten Reduktion der Belastung der beiden Kantone BS und BL durch geringere Beiträge der Kantone für stationäre Behandlungen über die nächsten 20 Jahre an die Spitalgruppe. Beim Kanton BS fallen die Entlastungen höher aus als beim Kanton BL. Die Verteilung des finanziellen Nutzens des Zusammenschlusses (Kantonsbeiträge im stationären Bereich, GWL, Eignersicht) ist im späteren Projektverlauf durch die beiden Eigner zu regeln.

Die Ergebnisse der Financial Due Diligence zeigen, dass es keine fundamentalen Hindernisse oder Risiken für den Zusammenschluss gibt. Das USB wird höher bewertet, was Implikationen für die Beteiligungsverhältnisse hat.

## **0.9 Projektrisiken (Kapitel 9)**

Ein zentraler Erfolgsfaktor für das Projekt ist die Unterstützung durch Politik und Bevölkerung. Ist dies gegeben, sind die Risiken zwar beträchtlich, entsprechen denen eines grossen Vorhabens und sind in der Beurteilung der Verwaltungsräte kontrollierbar. Das wesentlichste Risiko ist, dass bei ungenügender Kommunikation in einer zu langen Transformationsphase eine Verunsicherung von Fachkräften, Zuweisern und Patienten resultiert. Dies führt zu einem Rückgang von Fällen und einem Verlust von Know-How. Auch unternehmenskulturelle Differenzen können zu Missverständnissen und Verunsicherungen führen. Als zentrale Massnahme ist eine aktive, vertrauensbildende interne und externe Kommunikation entscheidend.

Die in diesem Grundlagenbericht aufgezeigten Risiken und im Risikomanagement des Projektes entwickelten Gegenmassnahmen fliessen in die Planung der anschliessenden Transformationsphase ein.

## 0.10 Umsetzungsfahrplan (Kapitel 10)

Die effektive Umsetzung des Zusammenschlusses soll nach dem politischen Entscheid der beiden Regierungsräte voraussichtlich im September 2016 in einer anschliessenden Transformationsphase beginnen. Ziel ist eine Umsetzung der rechtlichen Zusammenführung und des Marktauftritts per 01.01.2019. Der Umsetzungsfahrplan sieht folgende Phasen vor:



Abbildung 1: Umsetzungsphasen

In der Transformationsphase werden die bisherigen Ergebnisse konkretisiert und die Umsetzung vorbereitet. Die Zusammenarbeit in den Supportfunktionen wird erheblich intensiviert werden. Im Kerngeschäft erfolgt in dieser Phase grundsätzlich keine Integration, mit Ausnahme der vorgezogenen, intensivierten Kooperationen in ausgewählten Fachgebieten. Als Umsetzungszeitpunkt bietet sich der 01.01.2019, oder spätestens der 01.01.2020 an.

Bis zum erfolgreichen Zusammenschluss bestehen weiterhin zwei getrennte Verwaltungsräte und Geschäftsleitungen. Ein aus je vier Mitgliedern der Verwaltungsräte des KSBL und des USB sowie dem Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Basel zusammengesetzter Steuerungsausschuss führt das Transformationsprojekt strategisch. Die Transformation wird sorgfältig gestaltet, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen und unter Einbezug aller Interessengruppen.

## 0.11 Fazit und Anträge (Kapitel 11)

Aus Sicht der Verwaltungsräte von KSBL und USB bietet ein Zusammenschluss der Spitäler KSBL und USB sowohl aus medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive hohe Vorteile und ist daher die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen.

Die Verwaltungsräte empfehlen die Weiterführung des Projekts mit dem Ziel eines Zusammenschlusses der beiden Spitäler und haben konkrete Anträge für die weiteren Arbeiten formuliert.

Die Verwaltungsräte von KSBL und USB stellen zuhanden ihres jeweiligen Eigners folgende identische Anträge:

://: Aufbauend auf den Grundsatzentscheiden der Regierungen beider Basel vom 23. Juni 2015 beantragen der Verwaltungsrat KSBL und der Verwaltungsrat USB die Weiterführung des Projekts mit dem Ziel eines Zusammenschlusses der beiden Spitäler:

1. Der Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe inkl. der Beiträge zur Erreichung der gesteckten übergeordneten Projektzielsetzungen wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Insbesondere wird zur Kenntnis genommen:
  - a) Das strategische Zielbild „vier Standorte – ein System“ mit den entsprechenden Positionierungen der Standorte.
  - b) Für die Marktentwicklung wurden Annahmen getroffen. Dabei wird anerkannt, dass sich die zukünftige Spitalgruppe in einem dynamischen Markt bewegt und sich daher Veränderungen im strategischen Zielbild ergeben können.
  - c) Die im Projekt STAB aufgezeigten Synergiepotentiale und der finanzielle Businessplan.
  - d) Das organisatorische Zielbild.
  - e) Die bewerteten Projektrisiken.
  - f) Die noch zu erarbeitenden für beide Seiten befriedigenden Lösungen der offenen Punkte.

://: Um die Zusammenführung des KSBL und des USB zu einer Spitalgruppe zu ermöglichen, beantragen Verwaltungsrat KSBL und Verwaltungsrat USB:

2. Die Zusammenführung soll durch ein hoch integriertes Modell (rechtliches Zielbild), das eine kompetitive Positionierung der Spitalgruppe im dynamischen Umfeld sowie zukünftige Erweiterungen ermöglicht, umgesetzt werden.
3. Bei der Ausgestaltung eines Staatsvertrages, der die Zusammenführung von KSBL und USB in die gemeinsame Spitalgruppe ermöglicht, sollten folgende Grundsätze gelten:
  - a) Als juristische Person soll die Rechtsform der AG zur Anwendung kommen.
  - b) Das Beteiligungsmodell für die gemeinsame Spitalgruppe soll eine zukünftige Beteiligung Dritter ermöglichen.
  - c) Die Spitalgruppe kann Leistungsangebote an allen Standorten an medizinische, ökonomische und regulative Anforderungen anpassen.
  - d) Die gemeinsame Spitalgruppe soll selbstständig Beteiligungen gründen, erwerben und veräussern, sowie Auslagerungen durchführen dürfen.
  - e) Für die Anstellungsverhältnisse kommt vorzugsweise Privatrecht zur Anwendung. Die bestehenden GAV sind mittelfristig zusammenzuführen und es sind sozialverträgliche Übergangsfristen für alle personalrechtlichen Aspekte der Anstellungsverhältnisse vorzusehen.
4. Eine Gesetzesrevision in beiden Kantonen wird initialisiert.
5. Eine gemeinsame Eigentümerstrategie für die Spitalgruppe wird durch die Kantone erarbeitet.
6. Die Zusammenführung ist durch die Verwaltungsräte bei der Wettbewerbskommission (WEKO) zu beantragen.
7. Für die Umsetzung in der Transformationsphase sind der Verwaltungsrat KSBL und der Verwaltungsrat USB verantwortlich.

# 1 Ausgangslage des Projekts

## 1.1 Projektzielsetzung

Die Vorsteher der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (VGD BL) und des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt (GD BS) beauftragten die beiden Verwaltungsräte von KSBL und USB am 28.09.2015 mit der Prüfung einer gemeinsamen Spitalgruppe und der Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für eine Zusammenführung der Spitäler KSBL und USB. Das Projekt STAB soll eine optimale Ausgangslage für die langfristige Sicherstellung der folgenden Ziele schaffen:

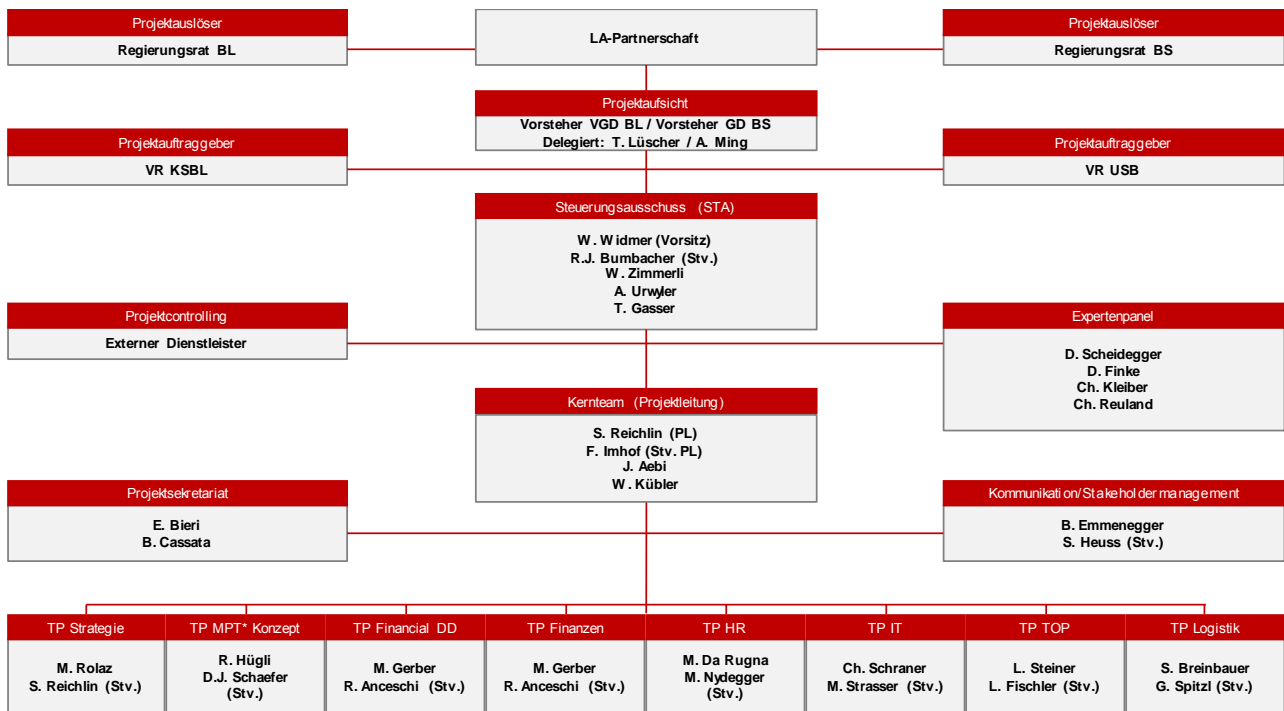
1. Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
2. Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich;
3. Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

Im vorliegenden Grundlagenbericht sind die von den Verwaltungsräten KSBL und USB verabschiedeten Ergebnisse des Projekts STAB zusammengefasst. Die Regierungsräte verfügen dadurch über eine Entscheidungsgrundlage, um über den Zusammenschluss des KSBL mit dem USB sowie über die organisatorische Ausgestaltung der gemeinsamen Spitalgruppe entscheiden zu können.

## 1.2 Projektorganisation und -vorgehen

Die Projektorganisation und -verantwortung gestaltet sich folgendermassen (vgl. Abbildung 2):

- Projektauslöser sind die beiden Regierungsräte der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, welche die Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für eine Prüfung der Zusammenführung des KSBL und USB in Auftrag gaben.
- Die Projektaufsicht üben die Vorsteher von VGD BL und GD BS aus.
- Projektauftraggeber für die Erarbeitung der Ergebnisse sind die Verwaltungsräte des KSBL und des USB. Sie sind gegenüber den Regierungsräten für die Durchführung des Projekts verantwortlich.
- Die beiden Verwaltungsräte haben einen Steuerungsausschuss (STA) eingesetzt, welcher die Durchführung des Projekts im Namen der beiden Verwaltungsräte leitet. Dieser ist paritätisch aus Verwaltungsratsmitgliedern des KSBL und des USB zusammengesetzt und um den Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Basel ergänzt. Der STA wird geleitet vom KSBL-Verwaltungsratspräsidenten Dr. Werner Widmer und USB-Verwaltungsratspräsident Robert-Jan Bumbacher (Stv.). Ein Expertenpanel unterstützt den STA in der Beurteilung und in der Validierung der Ergebnisse.
- Das Kernteam, bestehend aus den CEOs Dr. Werner Kübler (USB) und Jürg Aebi (KSBL) und den Projektleitern Dr. Serge Reichlin (USB) und Fernando Imhof (Stv.; KSBL), führt die Projektarbeiten durch und ist verantwortlich für die Erarbeitung der Lieferrergebnisse der einzelnen Teilprojekte (TP) sowie für die Erarbeitung des Grundlagenberichts.
- Insgesamt ist das Projekt STAB in 8 TP und über 40 Arbeitspakete gegliedert. Die TPs werden jeweils gemeinsam von einem KSBL- und einem USB-Mitarbeitenden als Teilprojektleiter bzw. Stellvertreter geführt.
- Die Projektarbeiten werden vom Kernteam, den Projekt- und Teilprojektleitern und über 100 Mitarbeitenden von KSBL und USB durchgeführt. Zusätzliche Leistungen, insbesondere zur unabhängigen Erarbeitung und Validierung von Ergebnissen, werden von externen Firmen durchgeführt (u.a. Financial Due Diligence von EY; Commercial Due Diligence von PwC).



\*Medizin-Pflege-Therapie

Abbildung 2: Projektorganisation STAB

Der vorliegende Grundlagenbericht konsolidiert die Ergebnisse aller Teilprojekte. Er nimmt als Entscheidungsgrundlage für eine Zusammenführung des KSBL und USB Stellung zu folgenden Themengebieten:

1. Strategie einer gemeinsamen Spitalgruppe (Kapitel 3)
2. Führungs- und Organisationsstruktur sowie Personal (Kapitel 4 und 5)
3. Rechtliche Implikationen (Kapitel 6)
4. Synergiepotentiale in verschiedenen Businessmodellen (Kapitel 7)
5. Finanzieller Businessplan für mögliche Umsetzungsvarianten (Kapitel 8)
6. Projektrisiken (Kapitel 9)
7. Umsetzungsfahrplan (Kapitel 10)

### 1.3 Aufbau des Grundlagenberichts

Der Aufbau des Grundlagenberichts richtet sich grundsätzlich nach dem Prozess der Strategieformulierung und Organisationsentwicklung des Projekts. Die folgende Abbildung beschreibt den Aufbau und die Struktur des Grundlagenberichts.





Abbildung 3: Inhaltlicher Aufbau des Grundlagenberichts

## 2 Ausgangslage der Spitäler

### 2.1 Umfeld- und Marktanalysen

Das Gesundheitswesen ist eine dynamische Branche und zeichnet sich insbesondere durch die folgenden Rahmenbedingungen und Entwicklungen im Umfeld gemäss Abbildung 4 aus.



Abbildung 4: Übersicht zur Umfeldanalyse Gesundheitswesen

Die Trends werden nachfolgend im Detail beschrieben. Die Rahmenbedingungen sowohl von politisch-regulatorischer Seite als auch in Bezug auf den Wettbewerb werden sich in der Tendenz eher verschärfen. Die Spitalbranche sieht einer weiter steigenden Nachfrage bei zunehmendem Kostendruck entgegen. Neue Anforderungen der Patienten (Selbstbestimmung, Mobilität) in Verbindung mit Digitalisierung verändern die Dynamik in der Branche nachhaltig.

### Politische und regulatorische Faktoren

- 1 Die „neue“ Spitalfinanzierung ermöglicht eine zunehmende Verflechtung der Versorgungsgebiete und dadurch vermehrte Behandlungen ausserhalb der Wohnkantons.
- 2 Die Kostenträger legen den Fokus zunehmend auf Wirkungs- statt Aufwandsorientierung, was zu neuen Herausforderungen bei der Kostenkalkulation führt.
- 3 Neue Versorgungs- und Spitalplanung findet vermehrt auch über Kantonsgrenze hinweg statt.
- 4 Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen fordern vehement eine umfassende Transparenz hinsichtlich Qualität, Vorgaben von Mindestmengen und Zertifizierungen.

### Wirtschaftliche Faktoren

- 5 Private Mitbewerber, welche nicht alle medizinischen Leistungen (service public) anbieten müssen, erhöhen die regionale Wettbewerbsintensität durch konsequentes Ausweiten der gewinnbringenden Angebote und drängen zunehmend in spezialisierte und hochspezialisierte Medizin vor. Überregional konkurrieren Universitätsspitäler vermehrt international.
- 6 Wirtschaftliches Fortbestehen und Erhalt der Investitionskraft (insbesondere für Immobilien und Innovationen) erfordern von den Spitälern einen ausreichenden EBITDA (Gewinn vor Steuern, Abschreibungen und Verzinsung). Aufgrund des zunehmenden Preisdrucks durch voraussichtlich sinkende Tarife (SwissDRG, Tarmed/ambulanter Tarif) und Kürzungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) sind bedarfsgerechte und effiziente Produktionsstrukturen erforderlich.
- 7 Anbieter spezialisieren sich verstärkt nach spezifischen Krankheiten und Krankheitsbildern und verschaffen sich so eine klare Positionierung und Expertise. Gleichzeitig nimmt die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit zu.
- 8 Einerseits besteht eine Tendenz zur Standardisierung von Leistungen (Patientenpfade) und andererseits werden die Leistungen immer mehr individualisiert und personalisiert.
- 9 Neue Versorgungsmodelle: Vermehrte Vernetzung und vertikale Integration entlang der Wertschöpfungskette sowohl mit vorgelagerten Institutionen wie z. B. Hausärzte als auch nachgelagerten Institutionen wie z. B. Spitex und Rehabilitationen.
- 10 Moderne Medizin spezialisiert sich zunehmend, so dass in kleineren Einrichtungen, wohnortsnah eine kompetente Triage, Erst- und Grundversorgung angeboten wird. Die Behandlungsketten professionalisieren sich weiter und ermöglichen Koordination und Zentralisierung von spezialisierten Leistungen in grösseren Spitälern.

### Sozioökonomische Faktoren

- 11 Das Durchschnittsalter der Bevölkerung wird immer höher, d.h. die Zahl der über 65-Jährigen wird in den nächsten Jahren weiter deutlich zunehmen.
- 12 Insgesamt kommt es zu einer Zunahme ambulanter Fälle und zu einer stetigen Verlagerung von stationärer auf ambulante Behandlung. Des Weiteren verkürzt sich die mittlere Aufenthaltsdauer bei stationären Aufenthalten.
- 13 Chronische Krankheiten wie Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf, Tumore sowie generelle Multimorbidität werden weiter zunehmen.
- 14 Mobilität der Bevölkerung nimmt weiter zu.
- 15 Selbstbestimmungs- und Mitsprachewillen prägen sich bei Patienten immer stärker aus.
- 16 Der Fachkräftemangel beim medizinischen Personal wird sich weiter verschärfen.
- 17 Viele Hausärzte gehen in den nächsten Jahren in Rente. Nachfolgeregelungen sind nur zum Teil absehbar. Dies erfordert neue Ansätze wie den Aufbau von Permanenzen oder spezialisierte ambulante Pflege.

### Technologische Faktoren

- 18 Digitale Elemente halten weiter Einzug in das Gesundheitswesen (eHealth, mobile-Health, Telemedizin)
- 19 Der medizinische Fortschritt und neue Behandlungsmethoden führen zu erhöhter Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen.
- 20 Die medizinische Forschung professionalisiert sich weiter und findet vermehrt international und in Vollzeit statt.

*Tabelle 1: Detailbeschreibung der Umfeldanalyse Gesundheitswesen*

## 2.2 Markt- und Konkurrenzanalyse

Mit dem Zusammenschluss von KSBL und USB würde die gemeinsame Spitalgruppe mit knapp 62'000 Austritten zum grössten Leistungsbringer in der Nordwestschweiz<sup>4</sup>.

Die Spitalgruppe wäre hauptsächlich in zwei unterschiedlichen Märkten tätig; einerseits in der regionalen Basis- resp. Grundversorgung<sup>5</sup> und andererseits im Gebiet der überregionalen spezialisierten und hochspezialisierten Medizin. Die gemeinsame Spitalgruppe deckt dabei ambulante und stationäre Leistungen für geplante und ungeplante Fälle umfassend ab.

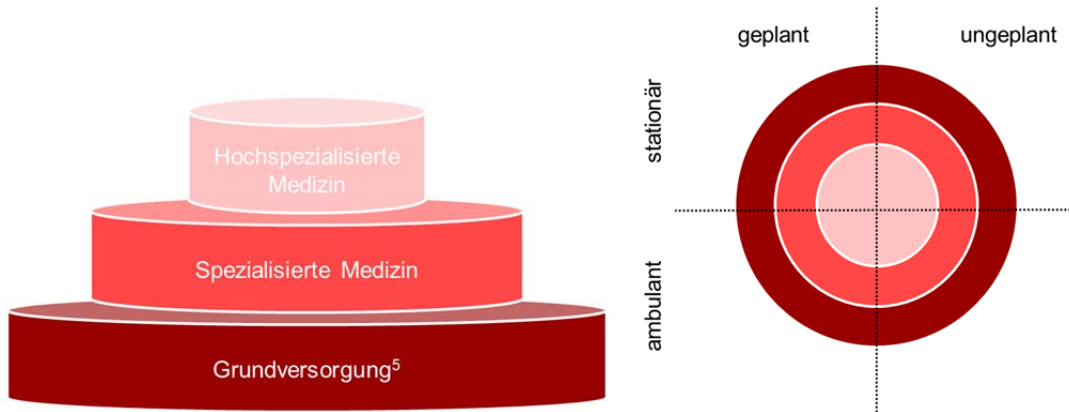


Abbildung 5: Übersicht zu Leistungsangeboten

### Überregionale Wettbewerbssituation

Die gemeinsame Spitalgruppe hat eine nationale und internationale Ausstrahlung und steht im Wettbewerb zu anderen Universitätsspitalern und Maximalversorgern. Die Konkurrenten in diesem Teilmarkt sind insbesondere die anderen Universitätsspitäler in Bern, Zürich, Lausanne und Genf, aber auch die Universitätsspitäler im Ausland. Verschärft wird die dahingehende Konkurrenzsituation durch die Zunahme der nationalen wie auch internationalen Mobilität der Patienten und Patientinnen.

### Regionale Wettbewerbssituation

Im Bereich der regionalen Grundversorgung ist die Konkurrenzsituation in hohem Masse von der geographischen Lage der Spitalstandorte abhängig. Der intensive Wettbewerb in der Versorgungsregion, insbesondere innerhalb der Kantons Grenzen beider Basel, zeichnet sich durch eine hohe Dichte an Spitalern aus. Private Spitäler nehmen hohe Investitionen vor, um ihre Wettbewerbsposition zu stärken.

Ausserhalb der Kantons Grenzen sind die regionalen Hauptkonkurrenten die Solothurner Spitäler AG und die Kantonsspitäler Baden und Aarau sowie die Hirslanden Klinik in Aarau.

<sup>4</sup> Geschäftsberichte 2014/2015 des KSBL und USB

<sup>5</sup> Grundversorgung umfasst die ambulante Grundversorgung und stationäre Basisversorgung.

Abbildung 6 gibt eine Übersicht über die Wettbewerbssituation in der Region.

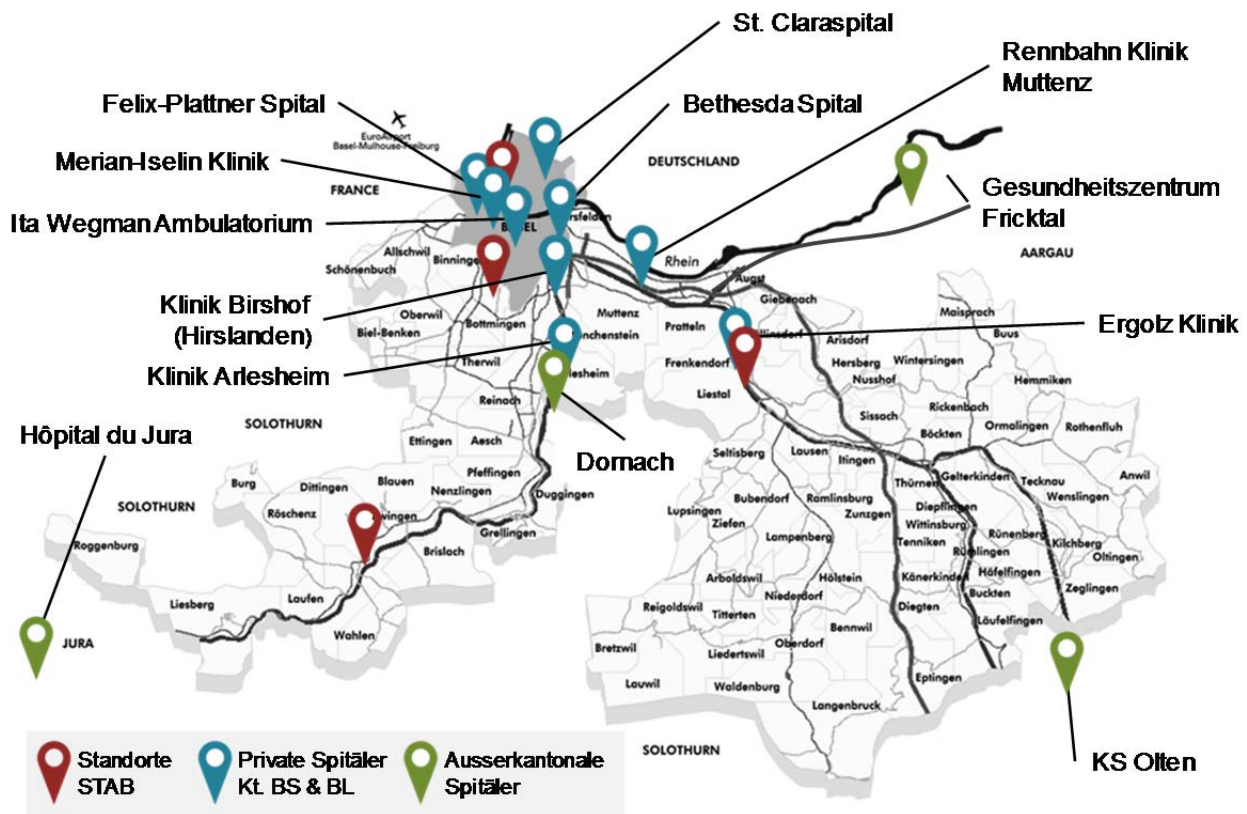


Abbildung 6: Regionale Wettbewerbssituation

Die Bildung der gemeinsamen Spitalgruppe zielt darauf ab, als attraktiver überregionaler Anbieter von Spitaldienstleistungen auch in den Kantonen Solothurn, Jura und Aargau wahrgenommen zu werden.

### 2.3 Beschreibung der Patientenströme

Die vorliegenden Analysen fassen auf den Datenerhebungen des Bundesamts für Statistik und datieren aus dem Jahr 2014<sup>6</sup>. Der Versorgungsraum der Nordwestschweiz weist im nationalen Vergleich eine hohe Anzahl Spitalbehandlungen und Spitalbetten in Relation zur Wohnbevölkerung aus<sup>7</sup>. In Bezug auf Patientenströme zeigt sich für die Kantone beider Basel das folgende Bild:

#### Basel-Stadt

- **Patientenherkunft:** Aktuell kommt mehr als jeder zweite im Kanton Basel-Stadt stationär behandelte Patient aus einem anderen Kanton oder dem Ausland. Diese ausserkantonal behandelten Patienten kommen primär aus den Kantonen Basel-Landschaft (32%), Solothurn (4%), Aargau (6%) und Jura (3%).
- **Entwicklung:** Dieser Anteil hat seit 2010 um 3% zugenommen. Die Zunahme ist durch eine Erhöhung der Anzahl behandelter Patienten aus den Kantonen Basel-Landschaft und Aargau erklärbar und dürfte eine direkte Folge der neuen Spitalfinanzierung und der Patientenfreizügigkeit BL/BS sein.
- **Ausserkantonale Behandlungen:** Die Basel-Städter beanspruchten im Jahr 2014 rund 10% der Spitalbehandlungen in einem ausserkantonalen Spital.

<sup>6</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html>

<sup>7</sup> socialdesign (2015). „Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme“ (Link: <http://academy.socialdesign.ch/de/ergebnisse-bezueglich-der-nordwestschweizer-patientenstroemen-vor-und-nach-der-einfuehrung-der-kvg-revision/>)

- **Fallschwere:** Gemessen am CMI weisen die ausserkantonalen Patienten mit einem CMI von rund 1.29 einen deutlich höheren Schweregrad auf als die innerkantonalen Fälle (CMI von rund 1.08). Dies erklärt sich durch die extrakantonale Zuweisung ans USB für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen. Zudem wählen auch Patienten bzw. deren betreuende, niedergelassene Ärzte das USB für die Abklärung und Behandlung von schwereren Krankheiten.

## Basel-Landschaft

- **Patientenherkunft:** Im Kanton Basel-Landschaft betrug der Anteil ausserkantonomer und ausländischer Patienten 2014 rund 29%. Die Patienten kamen insbesondere aus den Kantonen Solothurn (9%), Basel-Stadt (6.5%), Aargau (5%) sowie dem Ausland (3.5%).
- **Entwicklung:** Dieser Anteil an stationär behandelten Patienten aus anderen Kantonen oder dem Ausland ist seit 2010 um 3% gesunken.
- **Ausserkantonale Behandlungen:** Rund 51% der Baselbieter liessen sich in ausserkantonomeren Spitälern behandeln. Rund 39% der Baselbieter wurden in Basel-Stadt behandelt. Dieser Patientenstrom von Basel-Landschaft nach Basel-Stadt hat seit 2010 um 9% zugenommen.
- **Fallschwere:** Patienten, die sich ausserhalb von Basel-Landschaft behandeln lassen, weisen durchschnittlich einen höheren CMI auf als solche, welche sich innerhalb des Kantons behandeln lassen. Bei einem komplexeren/schwereren Krankheitsbild nehmen Zuweiser und Patienten eher längere Wege in Spitäler mit entsprechenden spezialisierten Angeboten auf sich.

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft weisen im stationären und ambulanten Spitalbereich eine hohe Verflechtung auf. Ein grosser und weiterhin leicht wachsender Anteil der Patienten aus Basel-Landschaft lässt sich in Basel-Stadt behandeln<sup>8</sup>. Dabei handelt es sich insbesondere auch um Patienten mit komplexeren und schwereren Krankheitsbildern. Diese Entwicklung legt einen Zusammenschluss des KSBL und USB nahe, da auf diese Weise der heutigen Patientenherkunft Rechnung getragen und eine effizientere und besser auf Patientenbedürfnisse abgestimmte Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden kann. Die höhere Mobilität der Patienten ist einerseits eine Chance für die Spitalgruppe, neue geografische Märkte wie Solothurn, Jura oder Aargau zu erschliessen, andererseits erhöht sich jedoch auch die Wettbewerbsintensität mit der Gefahr, Patienten an ausserkantonale Anbieter zu verlieren. Entscheidend ist daher eine starke und klare Wettbewerbsposition.

## 2.4 Regionales Gesundheitssystem

Patienten sowie Zuweiser und nachgelagerte Leistungserbringer (wie Rehabilitationskliniken, Spitex, etc.) orientieren sich zunehmend an regionalen Versorgungsräumen und nicht an kantonalen Grenzen, wozu auch die neue Patientenfreizügigkeit massgeblich beigetragen hat (vgl. 2.3). Aus Sicht von KSBL und USB besteht dieser Versorgungsraum aus den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt und jeweils Teilen der angrenzenden Kantone Aargau, Solothurn und Jura. Über 90% der Patienten stammen aus diesem Gebiet. Rechnet man das angrenzende Ausland hinzu sind es rund 97% der Fälle.

Eine weitere Ausrichtung der Leistungserbringung von KSBL und USB auf die kantonalen Grenzen anstatt auf den regionalen Versorgungsraum, widerspricht daher den tatsächlichen Patientenbedürfnissen und regionalen Patientenströmen. Die damit verbundenen Schnittstellen bedeuten sowohl für die Patienten als auch die Spitäler einen erhöhten Aufwand und führen zusätzlich bereits heute zu Mängeln bei der Vernetzung der Zuweiser und der nachgelagerten Leistungserbringer. Die gemeinsame Spitalgruppe ermöglicht einen systemischen Ansatz, um ein abgestuftes Angebot für den Versorgungsraum zu gestalten und damit Patientenbedürfnissen und -strömen gerecht zu werden.

<sup>8</sup> Dies ist u.a. auf die Zusammenführung des UKBB und die Patientenfreizügigkeit zurückzuführen.

## 2.5 Interne Analyse von KSBL und USB

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 haben sich die Rahmenbedingungen für die Spitäler wesentlich verändert. Die finanzielle Verantwortung liegt nicht mehr bei den Kantonen, sondern bei den Spitalern selbst.

Das KSBL und das USB können in der heutigen Struktur mittel- bis langfristig nicht den Selbstfinanzierungsgrad erreichen, welcher für die Investitionen zur Aufrechterhaltung ihres heutigen Leistungsangebots notwendig wäre. So kann das KSBL einen ausreichenden Selbstfinanzierungsgrad nur unter Einbussen beim Angebot und der Versorgung sicherstellen. Das USB seinerseits wird in der gegebenen Situation seine nationale und universitäre Konkurrenzfähigkeit langfristig nicht gewährleisten können. Ursächlich hierfür sind insbesondere die hohen Doppelspurigkeiten, die Vorhalteleistungen, das beschränkte Einzugsgebiet sowie die Sicherung der langfristigen Investitionsfähigkeit. Es sind schlankere Strukturen notwendig, die mit weniger Aufwand betrieben werden können bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Qualität und Leistungsfähigkeit. Die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe ermöglicht es, den benötigten Spielraum für die erforderliche Neustrukturierung zu schaffen. Durch die Zusammenlegung des USB und des KSBL zu einer integrierten Spitalgruppe ergeben sich insgesamt mehr Möglichkeiten, erfolgreich am Markt zu agieren. So verfügen beide Unternehmen über Stärken, die komplementär eingesetzt werden können, um die Schwächen des jeweils anderen zu kompensieren.




	 Universitätsspital Basel	 Kantonsspital Baselland
<b>Stärken</b>  	<b>Medizin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe medizinische Leistung und Qualität</li> <li>Hohe Interdisziplinarität</li> <li>Exzellente Forschung und Lehre</li> <li>Breites 24/7 Notfallangebot</li> <li>Geografische Nähe zu universitären Instituten</li> <li>Bestehende HSM-Zuteilungen</li> </ul> <b>Mitarbeitende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exzellente Qualifikation der Mitarbeitenden</li> <li>Hohe Innovationskraft der Mitarbeitenden in Lehre und Forschung</li> </ul> <b>Finanzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe Eigenkapitalquote</li> </ul>	<b>Medizin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe medizinische Leistung und Qualität</li> <li>Guter Leistungsausweis bei komplexen Leistungen der erweiterten Grundversorgung</li> <li>Gute Erreichbarkeit der Standorte</li> <li>Breites 24/7 Notfallangebot</li> <li>Bestehende HSM-Zuteilungen</li> </ul> <b>Strategie und Markt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Marktführer in der medizinischen Grundversorgung der Baselbieter Bevölkerung</li> <li>Gute Verankerung in der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft</li> </ul> <b>Mitarbeitende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exzellente Qualifikation der Mitarbeitenden</li> </ul>
<b>Schwächen</b>  	<b>Strategie und Markt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Geringe Reaktionsgeschwindigkeit bei Positionierung am Markt</li> <li>Kritische Grösse des Einzugsgebiets bez. der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin</li> </ul> <b>Finanzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ungenügende Selbstfinanzierung für Investitionen</li> <li>Investitionsfähigkeit ungenügend um nationale/ universitäre Konkurrenzfähigkeit langfristig zu gewährleisten</li> <li>Hohe Infrastrukturkosten, da letzte Instanz für komplexe und schwere Fälle</li> </ul> <b>Prozesse und Infrastruktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bauliche Unzulänglichkeiten in Bezug auf Bausubstanz</li> <li>Ungenügende Zuweiser- und Patientenorientierung</li> </ul>	<b>Strategie und Markt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unschärfes Profil KSBL</li> </ul> <b>Finanzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ungenügende Selbstfinanzierung für Investitionen</li> <li>Finanzielle Solidität langfristig nur unter Einbussen bei Angebot und Versorgung möglich</li> <li>Ungenügende Eigenkapitalbasis</li> </ul> <b>Prozesse und Infrastruktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ungenügendes Zuweisungsmanagement</li> <li>Suboptimale Effizienz der Querschnittsfunktionen</li> <li>Dienstleistungsverständnis der Querschnittsfunktionen mit Optimierungspotential</li> <li>Bauliche Unzulänglichkeiten in Bezug auf Bausubstanz, Räumlichkeiten und optimale Patienten- und Arbeitsprozesse</li> <li>IT-Infrastruktur z.T. nicht auf dem neuesten Stand und heterogen</li> </ul>

Abbildung 7: Stärken und Schwächen-Analyse KSBL und USB

## 2.6 Möglichkeiten einer gemeinsamen Spitalgruppe

Im Folgenden sind die Konsequenzen eines Alleingangs (also der separaten Weiterführung des KSBL und des USB) den Möglichkeiten einer gemeinsamen Spitalgruppe gegenübergestellt. Diese Darstellung basiert auf den Analysen des Umfelds, des Wettbewerbs sowie der internen Stärken und Schwächen der beiden Unternehmen. Die aktuelle Situation sowohl von Marktseite als auch von Unternehmensseite setzt die beiden Unternehmen unter Handlungsdruck.

	Alleingang	Gemeinsame Spitalgruppe
<b>Patienten und Zuweiser</b>	Die Ausrichtung auf Patientenbedürfnisse im KSBL und USB wird erschwert durch den Betrieb von zwei öffentlichen Spitälern und Defiziten bei der Vernetzung mit Zuweisern und nachgelagerten Leistungserbringern.	<b>Integrierte Leistungserbringung im Versorgungsraum</b> Die gemeinsame Spitalgruppe ermöglicht die konsequente Ausrichtung der Leistungsangebote und Prozesse auf Patientenbedürfnisse und regionale Patientenströme. Gleichzeitig können abgestimmte an Patientennutzen orientierte Leitlinien gemeinsam im Versorgungsraum etabliert werden. Durch die regional abgestimmten Versorgungsstrukturen unterstützt durch gebündelte Investitionen in Informations- und Kommunikationsplattformen kann eine intensivere Vernetzung mit Zuweisern geschaffen werden.
<b>Versorgung</b>	Bei Alleingängen werden Synergiepotentiale hinsichtlich der Patientenprozesse und geteilter Vorhalteleistungen, welche sich aus der Vermengung der Patientengruppen ergeben, ungenutzt gelassen. Zusätzlich wird insbesondere das KSBL aufgrund der Patientenströme zu einer erheblichen Redimensionierung der Angebotsstrukturen vor allem am Standort Bruderholz gezwungen sein.	<b>Abgestuftes Versorgungskonzept</b> Die Versorgung der bereits sehr stark vermengten Patientengruppen der beiden Basel in Form einer gemeinsamen Spitalgruppe ermöglicht ein besseres Patientenmanagement, eine engere Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern sowie eine abgestimmte Kapazitätsplanung an den verschiedenen Standorten.
<b>Wettbewerb</b>	Der wachsenden Konkurrenz durch private und öffentliche Spitäler regional wie international kann mit Alleingängen nicht begegnet werden. Zahlreiche Faktoren sowohl seitens der Spitäler (z.B. „Aufrüstung“) als auch seitens der Patienten (z.B. Mobilität) erfordern eine klare strategische Positionierung im Markt, welche die Konzentration der bisherigen Qualitäten notwendig macht.	<b>Stärkung der Wettbewerbsposition</b> Durch eine Bündelung der bisherigen Stärken und eine Konzentration der Leistungen kann im Kerngeschäft zum einen eine regional kompetitive Marktposition erhalten respektive geschaffen werden. Zum anderen erlaubt es der Spitalgruppe überregional, qualitativ hochstehende universitäre Leistungen anzubieten und Forschung auf höchstem Niveau zu betreiben.
<b>Implementierung von Innovationen</b>	Die Marktdynamik und der Wettbewerbsdruck führen zu hohem Innovationsdruck. Als separate Unternehmen fehlen dem UBS und dem KSBL die Mindestgrösse, um hochgradig innovative Leistungen zu implementieren.	<b>Umsetzung hochinnovativer Lösungen</b> Die Spitalgruppe kann aufgrund ihrer Grösse und Schlagkraft Innovationen besser umsetzen, in der Leistungserbringung sowie in der Vernetzung mit Zuweisern oder im Supportbereich. Die Spitalgruppe bietet mehr Möglichkeiten, einen eigentlichen Quantensprung bei der Vernetzung mit Zuweisern und Patienten in der Nordwestschweiz zu realisieren.
<b>Universitäre, spezialisierte und hochspezialisierte Medizin</b>	Die zukünftigen Erfordernisse für eine international kompetitive Forschung bedingen u.a. auch immer höhere Fallzahlen. Die beiden Spitäler haben bereits aktuell grosse Mühe, die minimalen Zahlen zu erreichen. Es besteht eine grosse Gefahr, dass Angebote für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen nicht gehalten werden können.	<b>Stärkung der universitären Medizin, Forschung und Lehre</b> Als Spitalgruppe können Fallzahlen gebündelt werden. Dadurch wird der Zugang zu grossen Studienpopulationen gesichert. Bei konsequenter Umsetzung eines Zusammengehens ist zu erwarten, dass – auch aus politischen Überlegungen – insbesondere hochspezialisierte Leistungen in der Nordwestschweiz weiterhin angeboten werden können.
<b>Arbeitsmarkt</b>	Die regionale Konkurrenz im Arbeitsmarkt und Doppelspurigkeiten in der Versorgung reduzieren die Attraktivität von KSBL und USB. Gleichzeitig verschärft sich der Wettbewerb um qualifiziertes Personal zunehmend.	<b>Höhere Attraktivität am Arbeitsmarkt</b> Die Spitalgruppe verbessert die Position beider Basel auf dem knappen Markt an qualifizierten medizinischen Nachwuchskräften. Aufgrund der erhöhten Anziehungskraft wird die Spitalgruppe ebenfalls besser in der Lage sein, Schlüsselpersonen anzuziehen.
<b>Erbringung versorgungsrelevanter Leistungen</b>	Die separate Erbringung von versorgungsrelevanten Leistungen führt zu Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen.	<b>Effizientere Erbringung versorgungsrelevanter Leistungen</b> Die gemeinsame Grösse erlaubt eine effizientere Erbringung wirtschaftlich wenig lukrativer, aber versorgungsrelevanter Leistungen.
<b>Wirtschaftlichkeit</b>	Das KSBL und das USB können in der heutigen Struktur mittel- bis langfristig nicht den Selbstfinanzierungsgrad erreichen, welcher für die Investitionen zur Aufrechterhaltung ihres heutigen Leistungsangebots notwendig wäre.	<b>Synergien und Skaleneffekte</b> Die Spitalgruppe ermöglicht die Realisierung einer Reihe von Synergiepotentialen (z.B. Reduktion von Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten, effizientere Auslastung von Infrastrukturen) und somit von Kostenreduktionen.
<b>Investitionen</b>	Investitionen in redundante oder veraltete Infrastrukturen verhindern Investitionen in strategische Felder. Dadurch verlieren KSBL und USB an Innovationskraft und schwächen ihre Wettbewerbsposition.	<b>Koordination der Investitionen</b> Die Zusammenführung ermöglicht zum einen eine deutliche Reduktion des Investitionsvolumens durch Konzentration und Abstimmung. Zum anderen werden durch die Bündelung der Ressourcen strategische, zukunftsweisende Investitionen ermöglicht, welche insbesondere zur erfolgreichen Positionierung gegenüber privaten Konkurrenten benötigt werden.

Tabelle 2: Konsequenzen eines Alleingangs und Möglichkeiten der Spitalgruppe



## **2.7 Schlussfolgerungen „Ausgangslage der Spitäler“**

Das KSBL und das USB stehen aufgrund der dynamischen Entwicklung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (insbesondere Preisdruck, fortschreitende Spezialisierung, zunehmende Patientenmobilität und Digitalisierung) und der Verschärfung der Wettbewerbssituation („Aufrüstung der Privaten“) vor grossen Herausforderungen. Des Weiteren lassen sich bereits heute grosse Teile der Baselbieter Patienten in Spitälern in Basel-Stadt behandeln. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 haben sich die Rahmenbedingungen für die Spitäler wesentlich verändert. Die finanzielle Verantwortung liegt nicht mehr bei den Kantonen, sondern bei den Spitälern selber.

Das KSBL und das USB können in der heutigen Struktur mittel- bis langfristig nicht den Selbstfinanzierungsgrad erreichen, welcher für die Investitionen zur Aufrechterhaltung ihres heutigen Leistungsangebots notwendig wäre. So kann das KSBL einen ausreichenden Selbstfinanzierungsgrad nur unter Einbussen beim Angebot und der Versorgung sicherstellen. Das USB seinerseits wird in der gegebenen Situation seine nationale und universitäre Konkurrenzfähigkeit langfristig nicht gewährleisten können. Ursächlich hierfür sind insbesondere die hohen Doppelspurigkeiten, die Vorhalteleistungen, das beschränkte Einzugsgebiet sowie die langfristig zu schwache Investitionsfähigkeit aufgrund mangelnder Rentabilität. Es sind schlankere Strukturen notwendig, die mit weniger Aufwand betrieben werden können bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Qualität und Leistungsfähigkeit. Die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe ermöglicht es, den benötigten Spielraum für die erforderliche Neustrukturierung zu schaffen.

Eine gemeinsame Spitalgruppe ermöglicht eine integrierte und auf Patientenbedürfnisse und regionale Patientenströme ausgerichtete Leistungserbringung im gemeinsamen Versorgungsraum sowie eine Stärkung der Wettbewerbsposition. Die Spitalgruppe setzt Kräfte frei für hochinnovative Lösungen, stärkt die Hochschulmedizin in Forschung und Lehre und ermöglicht es auch in Zukunft ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Durch die Bündelung der Ressourcen werden zudem strategische Investitionen ermöglicht, um die Behandlungsqualität durch Skaleneffekte verbessern.

### 3 Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung

#### 3.1 Leitlinien für die gemeinsame Spitalgruppe

Die gemeinsame Spitalgruppe weist folgende sechs langfristige Leitlinien auf, aus denen sich strategische Zielsetzungen und Umsetzungsmodelle ableiten (vgl. Abbildung 8). Die Leitlinien sind so gewählt, dass der Nutzen für Patienten gesteigert wird und signifikante Beiträge zur Erreichung der drei übergeordneten Projektzielsetzungen ermöglicht werden. Sie stellen die Rahmenbedingungen der strategischen Positionierung dar.

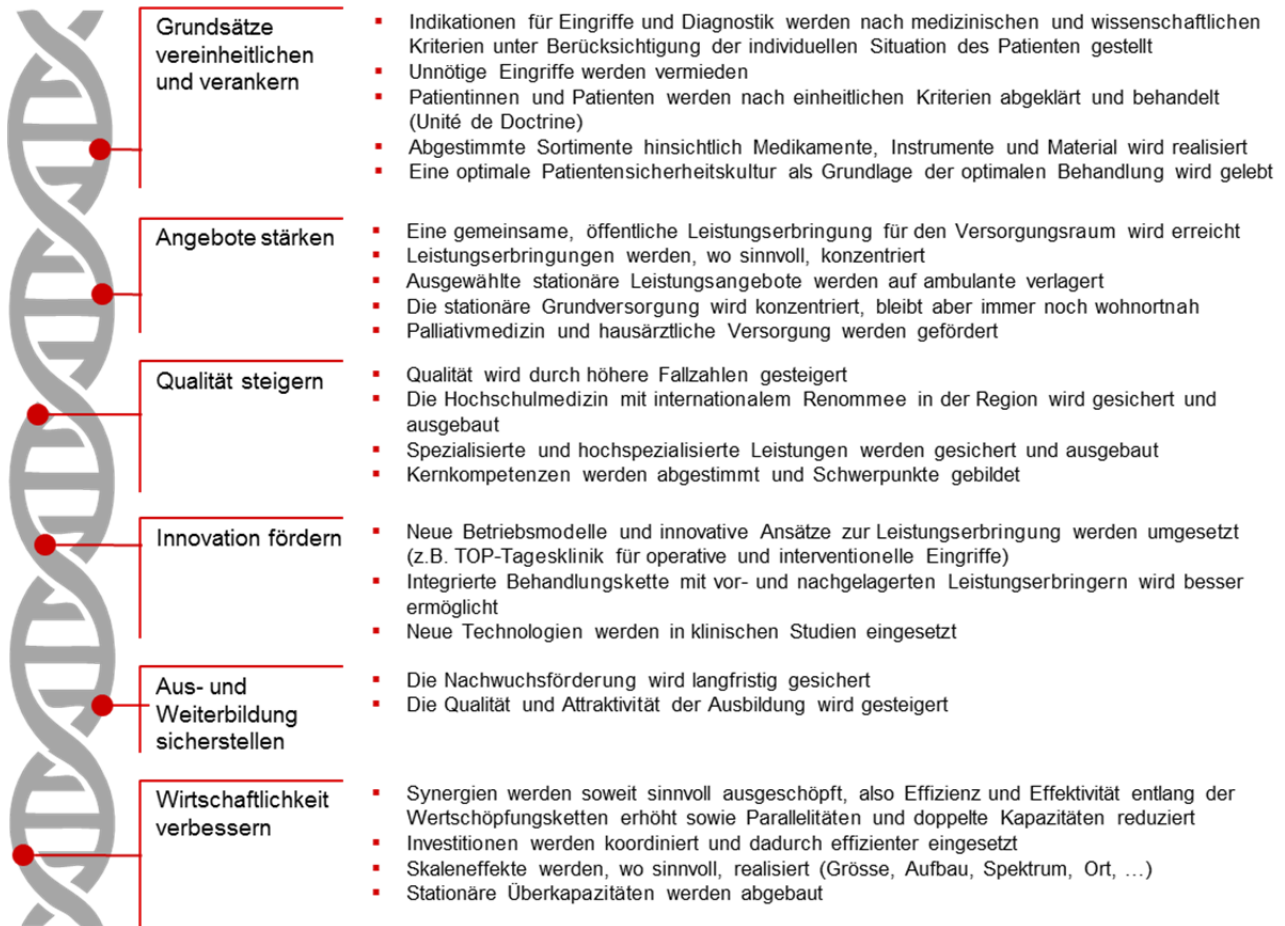


Abbildung 8: Leitlinien der Spitalgruppe

#### 3.2 Zielbild und strategische Positionierung

##### 3.2.1 „Vier Standorte – Ein System“

Die nachhaltige Gesundheitsversorgung in der Region, die langfristige Stärkung und wirtschaftliche Sicherung von KSBL und USB werden durch Schwerpunktbildung (Bündelung) und eine nach Leistungskomplexität abgestufte Neuordnung der Angebote erreicht. Dazu sollen die vier Standorte des KSBL und USB in einem gemeinsamen System gesteuert werden, um auf diese Weise die Leistungsangebote besser an Patientenbedürfnissen und regionalen Patientenströmen ausrichten zu können. Dies ermöglicht nachhaltigen Nutzen für Bevölkerung und Patienten bei gleichzeitiger Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Jeder Standort in der gemeinsamen Spitalgruppe besitzt dazu eine Profilierung mit eigenen Schwerpunktthemen und weiteren Subspezialisierungen, welche sich in die übergeordnete Positionierungslogik eingliedern lassen.

Die Spitalgruppe soll daher auch von den Anspruchsgruppen als ein Unternehmen wahrgenommen werden. Durch die Steuerung der vier Standorte als ein System haben Patienten sowie Zuweiser einen erheblichen Nutzen. Unabhängig vom Eintrittsort in die Spitalgruppe können sie die angebotenen Leistungen der gesamten Spitalgruppe in der geforderten Qualität beziehen.

Der Patient wird innerhalb der Gruppe dort behandelt, wo aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen unter Berücksichtigung des Patientenwunsches die bestmögliche Behandlung erwartet werden kann. So ist eine bevölkerungsnaher Aufnahme- und Abklärungsfähigkeit in Notfällen und elektiven Situationen unter Berücksichtigung der zunehmenden Mobilität gewährleistet. Ein abgestuftes Versorgungssystem ermöglicht die Kombination von wohnortsnaher, kompetenter Triage, Erst- und Grundversorgung mit Koordination und Zentralisierung von spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen.

### 3.2.2 Hochschulmedizin und Innovation

Die Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen ermöglicht zunehmende Höchstleistungen in Forschung, Lehre, spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen, aber auch in der Grundversorgung, was die gemeinsame Spitalgruppe für bestqualifiziertes Personal attraktiv macht. Die Spitalgruppe bietet innovativste medizinische Dienstleistungen in der Versorgungsregion an. Diese werden durch Innovationen im Rahmen der Behandlungskette ergänzt, die auf den Patientennutzen ausgerichtet sind. Neue Technologien werden dabei durch klinische Studien etabliert und als überregionale Angebote entwickelt.

Die optimierte und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Dämpfung des Kostenwachstums erfolgt hauptsächlich über die Bündelung und Konzentration von Leistungen durch alle Kliniken und Berufsgruppen. Für die Gesundheitsversorgung einer zunehmend chronisch kranken und polymorbiden Bevölkerung sind neue Versorgungsmodelle<sup>9</sup> essentiell. Die Spitalgruppe ermöglicht es, Strukturen optimal abgestuft an den Bedürfnissen des Versorgungsraums auszurichten. Für den Patienten werden auf diese Weise wohnortnahe, bedürfnisgerechte Leistungsangebote zugeschnitten, die durch die Kombination von KSBL und USB umsetzbar werden. Durch neue Zusammenarbeitsformen und kompetenzbasierte Arbeitsteilung unter den Berufsgruppen über die Gesamtspitalgruppe kann die Qualität der Behandlungsprozesse gezielt gesteigert werden. Die SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2011) umschreibt diese grundlegende Änderung mit den Worten: „Es brauche heute wieder mehr «care» und weniger «cure»“.

Die langfristige Sicherung und Positionierung der Hochschulmedizin in der Nordwestschweiz, respektive die Sicherung der gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen auf einem universitären Niveau wird durch den Zusammenschluss nachhaltig gefördert. Die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sowie Entwicklungen wie „personalized health“ und innovative Technologien für einzelne Patientengruppen werden dadurch ebenfalls positiv unterstützt. Durch die Gesamtspitalgruppe erhöht sich insgesamt das Potential für Forschung und universitäre Lehre, wodurch auch die Attraktivität als Arbeitgeber für die verschiedenen Berufsgruppen deutlich erhöht und die gezielte Nachwuchsförderung vereinfacht wird. Dies gilt auch für die Aus- und Weiterbildung, für welche die Spitalgruppe gestärkte Angebote mit einem Fokus auf den Trend zur Ambulantisierung (vgl. 3.2.5) entwickeln kann.

Die Spitalgruppe bietet daher optimale Bedingungen für die langfristige Sicherung und Stärkung der Hochschulmedizin in der Region und eine bestmögliche Ausgangslage, um auf die heutigen und künftigen diesbezüglichen Anforderungen reagieren zu können. Durch Kooperationen mit Partnern ausserhalb der Gruppe wird die Hochschulmedizin zusätzlich gezielt gestärkt.

---

<sup>9</sup> vgl. Bericht „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“, GDK & BAG, 2012

## **Exkurs: Hochschulmedizin**

Begriffe wie „Hochschulmedizin“ oder „Hochleistungsmedizin“ sind nicht präzise definiert. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass unter dem Begriff „Hochschulmedizin“ ein Zusammenspiel von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsspital zu verstehen ist. Konkret umfasst dies die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung, klinische und translationale Forschung sowie Patientenversorgung bis hin zu höchstkomplexen Fällen.

Der Begriff „Hochschulmedizin“ ist von den Begriffen „spezialisierte“ und „hochspezialisierte Medizin (HSM)“ zu differenzieren. Die unter die HSM fallenden Behandlungen sind im Katalog der interkantonalen Vereinbarung (IVHSM) abschliessend definiert. Der Katalog wird in Zukunft eher ausgedehnt werden. Von der Definition her handelt es sich bei den HSM-Leistungen um hochspezialisierte, komplexe Eingriffe, die oft auf ein interdisziplinäres Team und gute technische Ausrüstung angewiesen sind, welche zwingend an einem Standort zu erbringen sind. So werden alle HSM-Leistungen künftig, abgesehen von gewissen Leistungen in der Viszeralchirurgie, am Standort Basel gebündelt. Die gemeinsame Spitalgruppe wird weiterhin eine auf das Einzugsgebiet abgestimmte, fokussierte HSM-Strategie verfolgen. Dies mit dem Ziel, die jetzt vorhandenen HSM-Zuteilungen zu halten und bei neuen Regulierungen berücksichtigt zu werden. HSM-Leistungen sind bedeutsam für das Behandlungsangebot, für die Positionierung der Hochschulmedizin und die translationale Forschung.

Die Hochschulmedizin fasst die Aktivitäten an der Schnittstelle von Medizin, Naturwissenschaften und Technik in der Forschung und Ausbildung zusammen. Hochschulmedizin erlaubt es somit, Resultate aus der Grundlagenforschung in die Klinik zu transferieren, ein Prozess, der „translationale Medizin“ genannt wird. Hochschulmedizin kann im Gegensatz zur hochspezialisierten Medizin koordiniert über alle Standorte der Spitalgruppe angeboten werden können.

### *3.2.3 Positionierung gegenüber Konkurrenten*

Die Spitalgruppe beschränkt sich nicht auf wirtschaftlich attraktive, sondern bietet umfassend alle notwendigen Leistungen (service public) an. Die Spitalgruppe differenziert sich insbesondere als die Anlaufstelle für unklare Diagnosen durch interdisziplinäre Beurteilung und beste Leistungen bei komplexen Fällen und schweren Verläufen. Aufgrund der erstarkten Finanzkraft investiert die Spitalgruppe in medizinische Innovation und patientennahe Infrastruktur sowie Hotellerie. Mit adäquater Infrastruktur und Hotellerie werden auch elektive sowie diagnostizierte Patienten mit definierten, spezifischen Krankheitsbildern überregional angesprochen.

### *3.2.4 Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern*

Die Spitalgruppe ist ein verlässlicher Partner, der sich mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern eng vernetzt und ihnen unkompliziert Zugang zu relevanten Informationen ermöglicht. Die gemeinsame Spitalgruppe ist in der Lage durch regional abgestimmte Versorgungsstrukturen, unterstützt durch gebündelte Investitionen in Informations- und Kommunikationsplattformen, eine intensivere Vernetzung mit den Zuweisern und Patienten zu schaffen. Die Spitalgruppe stellt einen unkomplizierten Zugang zu klar definierten Ansprechpersonen sicher.

Gemeinsam mit den Hausärzten wird die Grundversorgung weiterentwickelt. Die Zusammenarbeit ist geprägt durch Vertrauen, Verbindlichkeit und Verfügbarkeit. Dies geschieht - die Einwilligung der betreffenden Patienten vorausgesetzt - beispielsweise durch Gewährung des elektronischen Zugangs zu Spitalinformationen für Hausärzte, Spitex und Rehabilitationen. Bei gegenseitigem Nutzen sollen auch Kooperationen und integrierte Betriebs- und Finanzierungsmodelle implementiert werden. Entsprechende Standard Operating Procedures (SOP) beziehen vor- und

nachgelagerte Partner ein, um die wohnortnahe Behandlung und einen möglichst kurzen stationären oder einen ambulanten Aufenthalt zu ermöglichen.

### 3.2.5 Proaktiver Umgang mit dem Trend der Ambulantisierung

Die Spitalgruppe nimmt den internationalen Trend zur Ambulantisierung auf, der durch Patientenwünsche, medizinischen Fortschritt und Druck der Kostenträger bedingt ist (vgl. 2.1). Dazu wird ein Teil der durch den Zusammenschluss freiwerdenden Investitionskraft in die Weiterentwicklung entsprechender ambulanter Strukturen und Prozesse eingesetzt, trotz tarifarischer Risiken. Durch die Entflechtung stationärer und ambulanter Leistungen wird eine optimale Versorgung der Patienten bei gleichzeitiger Kosteneffizienz ermöglicht. Es ist wichtig, dass die Spitalgruppe ein breites ambulantes Angebot anbieten kann, damit Innovationen auch ambulanten Leistungen zugutekommen und mit Forschungsfragen begleitet werden können. Die umfassende Aus-, Weiter- und Fortbildung wird auch im ambulanten Bereich sichergestellt.

### 3.3 Angebotsstrategie

Das Angebotsportfolio der Spitalgruppe besteht aus Leistungen von der Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten, universitären Medizin sowohl ambulant als auch stationär. Aus- Weiter- und Fortbildung sowie Forschungsleistungen werden koordiniert über alle Standorte erbracht. Entlang der Wertschöpfungskette ist der Hauptschwerpunkt der Spitalgruppe die Akutsomatik. Ergänzende Dienstleistungen, wie z.B. Rehabilitation, werden bei klarem Patientennutzen und Synergien gezielt ausgebaut. Eine interne nachsorgende Einheit wie die Rehabilitation unterstützt die optimal abgestimmte Nachbetreuung aus dem Akutspital heraus und ermöglicht, die Anzahl akutsomatische Betten zu reduzieren. Im Teilprojekt Medizin-Pflege-Therapie (MPT) wurden unter Einbezug der verantwortlichen Teams des KSBL und des USB über 40 einzelne Konzepte erarbeitet und zu einem angebotsstrategischen Gesamtbild integriert.

#### Schwerpunkte der gemeinsamen Spitalgruppe

Die Spitalgruppe bildet standortübergreifend medizinische Schwerpunkte in Form pluridisziplinärer Zentren, um sich überregional und national mit hochstehender Behandlungsqualität und innovativen Leistungen zu positionieren. Kriterium für die Auswahl von Schwerpunkten ist die Verfügbarkeit der notwendigen Kompetenzen und Ressourcen, um diese Schwerpunktt Themen auch im intensiven regionalen Wettbewerb erfolgreich und mit überregionaler Strahlkraft zu betreiben. Gemäss dem aktuellen Stand der Überlegungen sind die heute bestehenden Schwerpunkte Tumor<sup>10</sup>, Bewegungsapparat und Herz-/Kreislauf denkbar als Schwerpunkte der gemeinsamen Spitalgruppe. Weitere sind zu prüfen.

Mit einer eindeutigen Positionierung in diesen Schwerpunkten kann die Spitalgruppe qualitativ hochwertige Behandlungen anbieten, Innovationen umsetzen und sich einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Mitbewerbern in der Region verschaffen. Die Kombination der Leistungsangebote in der Spitalgruppe und ihre abgestimmte Verteilung über die einzelnen Standorte ermöglicht es zudem, auf künftige Nachfrage-Veränderungen, die eine Umstellung des Angebots erfordern, zeitnah reagieren zu können.

Neben diesen Schwerpunkten gibt es weitere Kompetenzfelder, welche eine überregionale Ausstrahlung haben und bei denen die Spitalgruppe weniger im regionalen, sondern im nationalen Wettbewerb steht. Dazu gehören u.a. Angebote wie Perinatalzentrum, Nierentransplantationen, Diagnose und Behandlung neurodegenerativer Krankheitsbilder, hochspezialisierte Versorgung von Schlaganfällen und von mehrfach Verletzten (Polytraumata).

---

<sup>10</sup> Der Schwerpunkt Tumor beinhaltet Leistungen wie allogene Stammzelltransplantationen und Behandlung von neuroendokrinen Tumoren.

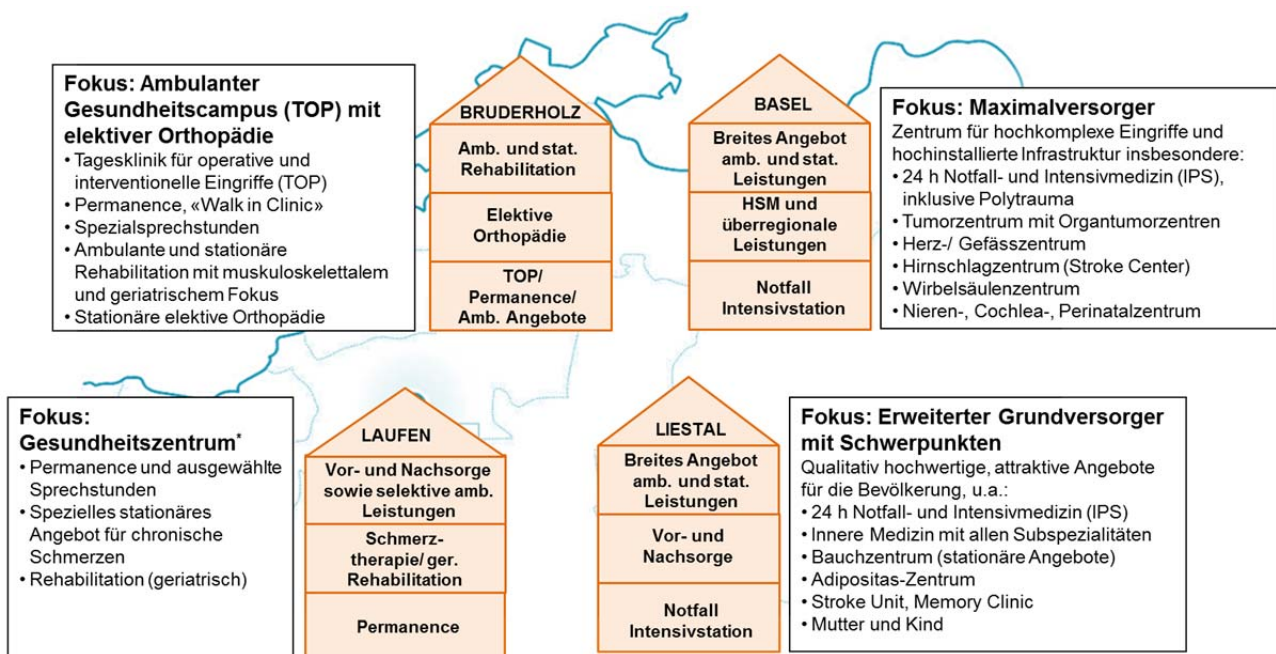
## Die Standorte erhalten ein klares Profil

Es erfolgt eine Differenzierung und Fokussierung der Leistungsangebote pro Standort im Sinne einer stufengerechten, bedarfsorientierten Versorgung und medizinischer Schwerpunktbildung. Diese Profile orientieren sich im Gegensatz zu den standortübergreifenden Schwerpunkten insbesondere regional und werden bei der Beschreibung der Standorte näher erläutert.

Folgende Richtlinien wurden bei der Angebotsdefinition zusätzlich berücksichtigt:

- Die akutsomatischen, stationären Leistungen sind mittel- bis längerfristig an den Standorten Basel und Liestal zu konzentrieren.
- Die Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) kommt auf dem Bruderholz-Areal zu liegen.
- Adäquate Notfalldienstleistungen, bzw. bevölkerungsnaher Aufnahme- und Abklärungsfähigkeit werden unter Berücksichtigung der zunehmenden Mobilität der Patienten an allen Standorten der Spitalgruppe angeboten.
- Klare Richtlinien garantieren einen adäquaten Zugang ins Gesamtsystem unabhängig vom initialen Aufnahmeort.
- Durch die Bündelung von Leistungen mit konsekutiver Erhöhung von Fallzahlen sowie klarer Standards mit Geltungsbereich über alle Standorte hinweg wird die qualitativ hochwertige Leistungserbringung sichergestellt. Kapazitäten werden bedarfsgerecht im Gesamtsystem verteilt.
- Damit das differenzierte Angebotsportfolio optimal umgesetzt werden kann, ist eine entsprechend enge Vernetzung unter den Standorten vorzusehen.

Ausgehend von dieser angebotsstrategischen Ausrichtung, wurden die in Abbildung 9 gezeigten, künftigen Standortprofile abgeleitet.



\*Eine Fortführung des Leistungsangebot gemäss Laufentalvertrag ist nur möglich bei einer Entschädigung über GWL

### 3.4 Profile der einzelnen Standorte und der Spitalgruppe

#### 3.4.1 Basel – Maximalversorger

Das Spital in Basel hat als Maximalversorger ein breites Leistungsangebot mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Es wird als universitäres Zentrum für hochkomplexe Eingriffe mit hochinstallierter Infrastruktur positioniert. Die Grundversorgung bleibt dabei mit der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin am Standort Basel verbunden. Auf diese Weise wird zudem eine wohnortnahe Versorgung für Patienten aus Basel-Stadt sichergestellt. Die Positionierung in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin erfordert bezüglich Infrastruktur und Personal einen hohen Investitions-, Betriebs- und Weiterbildungsaufwand. Dieser Aufwand erfordert eine entsprechende hohe Patientenzahl, um eine optimale Auslastung erreichen zu können. Mindestfallmengen sind ebenfalls zu erreichen, um die Leistungszuteilung der IVHSM in verschiedenen Gebieten der hochspezialisierten Fachgebiete (z. B. Transplantationen, Neurochirurgie, Stroke, hochspezialisierte viszerale Chirurgie) zu erhalten und sich damit im nationalen Wettbewerb behaupten zu können. Die Spitalgruppe hat das Ziel der Konzentration der HSM-Leistungen am Standort Basel<sup>12</sup>. Entscheidend für ein umfassendes Tumorzentrum insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung in der personalisierten Medizin ist eine kompetitive Viszeralchirurgie. Die Hochschulmedizin in der Region profitiert daher von der Zusammenführung.

Der Standort Basel konzentriert sich auf (hoch)spezialisierte und komplexe Leistungen<sup>13</sup>, die Stärkung der standortübergreifenden Schwerpunkte Tumor, Herz-/Kreislauf sowie auf ein mit den verschiedenen Standorten abgestimmtes „Rund-um-die-Uhr-Angebot“ in der Notfallversorgung und in weiteren Disziplinen der Akut- und Intensivmedizin. Des Weiteren erbringt der Standort Basel gewisse medizinische Querschnittsdienstleistungen und Supportfunktionen für alle Standorte. Das universitäre Notfallzentrum sowie die Intensivmedizin (IPS) inklusive Polytrauma<sup>14</sup> werden 24/7 in allen Fachdisziplinen betrieben. Die Erbringung der Grundversorgung fokussiert auf die wohnortnahe Versorgung der Einwohner von Basel-Stadt.

Die medizinischen Angebote orientieren sich am Tumorzentrum, Herz- und Gefässzentrum, Hirnschlagzentrum / Stroke Center, COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) / Lungenzentrum, Nierentransplantationen, „Spinal Unit“/Wirbelsäulenzentrum sowie am Perinatalzentrum.

Ausgewählte elektive, ambulante Operationen und Interventionen werden am Standort Bruderholz konzentriert und werden daher nicht mehr am Standort Basel durchgeführt. Diese Spezialisierung ermöglicht die Schaffung zahlreicher Skaleneffekte und Prozessoptimierungen im stationären wie auch ambulanten Geschäft, wodurch Behandlungsqualität und Effizienz verbessert werden können. Die dadurch freiwerdende Kapazität wird zum Ausbau der strategischen Schwerpunkte verwendet.

#### 3.4.2 Liestal – Umfassender Grundversorger mit stationären Schwerpunkten

Der Standort Liestal hat als umfassender Grundversorger im stationären Bereich ein klar positioniertes Leistungsangebot als Akutspital für die wohnortnahe Versorgung der Einwohner des oberen Baselbietes. Er ist für die erweiterte Grundversorgung zuständig und betreibt zusätzlich eine Notfallstation 24/7, eine Intensivstation (IPS), eine Intermediate Care Unit (IMC) und eine

---

<sup>11</sup> Eine Fortführung des Leistungsangebot gemäss Laufentalvertrag ist nur möglich bei einer Entschädigung über GWL

<sup>12</sup> Es ist geplant, dass die kolorektale Viszeralchirurgie (inkl. rektale HSM-Leistung) primär in Liestal fokussiert wird, was eine Ausnahme zur Konzentration der HSM-Leistungen in Basel darstellt.

<sup>13</sup> Vgl. obenstehende Fussnote

<sup>14</sup> Am Standort Basel werden im Schwerpunkt Bewegungsapparat die traumatologischen Leistungen inkl. Polytrauma positioniert.

Dialysestation. Die standortübergreifenden Schwerpunkte werden am Standort Liestal folgendermassen gestärkt: Tumor mit einem Ausbau des Angebots an kolorektaler Viszeralchirurgie inkl. rektaler Chirurgie (HSM-Leistung) und zusätzlichen Angeboten an adjuvanter Tumortherapie, Strahlentherapie und Chemotherapie sowie Herz-/Kreislauf mit einem während der normalen Arbeitszeiten betriebenen Herzkatheterlabor. Die aktiv gesuchte und enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, Ärztenetzwerken und Rettungsdiensten stellt Zuweisungen sicher.

Zudem stellt der Standort Liestal ausgewählte Querschnittsfunktionen der gesamten Spitalgruppe zur Verfügung.

Mittelfristig wird der Standort Liestal durch die Bildung mehrerer zusätzlicher Schwerpunkte deutlich gestärkt. Im Teilprojekt MPT wurden dazu verschiedene Angebote identifiziert, die in der Transformationsphase weiter konkretisiert und auf ihre Umsetzbarkeit und Auswirkungen geprüft werden. Im Rahmen des Projektes wurden unter anderem eine Konzentration gewisser Spezialitäten in der Onkologie (im Rahmen des standortübergreifenden Tumorzentrums) der Radio-Onkologie, der Urologie, der plastischen Chirurgie, der Gefässchirurgie und Angiologie und Nicht-Tumorfälle der Urologie sowie eine komplexere innere Medizin für polymorbide Patienten vertieft betrachtet. Auch Leistungen wie eine Stroke Unit, Memory Clinic und Angebote für Adipositas oder Ophthalmologie könnten auf- bzw. ausgebaut werden. Im Gegenzug werden ausgewählte elektive, ambulante Operationen und Interventionen künftig am Standort Bruderholz erbracht, während gewisse Leistungen der hochspezialisierten Medizin am Standort Basel konzentriert werden. Des Weiteren werden die Fälle der elektiven Orthopädie ebenfalls an den Standort Bruderholz verschoben.

### *3.4.3 Bruderholz – Innovative Neuausrichtung mit ambulantem Gesundheitscampus (TOP) und elektiver Orthopädie*

Am Standort Bruderholz soll neben einem ambulanten Gesundheitscampus mit einer Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) und einer Permanence die ambulante und stationäre Rehabilitation der Spitalgruppe gebündelt und die elektive Orthopädie konzentriert werden.

#### **Exkurs: Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)**

Mit dieser innovativen Ausrichtung des Standorts Bruderholz wird dem Trend der Verlagerung von Leistungen des stationären in den ambulanten Bereich optimal Rechnung getragen. Die Spitalgruppe verfügt im Gegensatz zu anderen Anbietern über die kritische Masse an Fällen, die eine weitgehende Trennung von ambulanter und stationärer interventioneller Medizin erlaubt. Dieser Vorteil kann in Form professionellerer, auf ambulante Eingriffe ausgerichteten Abläufen und Strukturen genutzt werden.

Durch die Entflechtung von stationären und ambulanten Behandlungen ist die Spitalgruppe in der Lage, schlankere Patientenprozesse umzusetzen und die Behandlungsqualität durch Spezialisierung und insbesondere durch einen höheren Standardisierungsgrad und „sortenreines“ Operieren zu verbessern. Zusätzlich kann durch eine angepasste Infrastruktur die Effizienz, im Vergleich zur auf stationäre Eingriffe ausgelegten Einheit, deutlich gesteigert werden. Gleichzeitig wird die Effizienz der stationären Einrichtungen verbessert, da die Prozesse auch dort homogener werden. Dadurch können Kosten durch die Nutzung von Skaleneffekten und die Reduktion von stationären Vorhalteleistungen und Infrastruktur gesenkt werden.

Aufgrund der gemeinsamen Fallzahlen der Spitalgruppe ist es möglich, ein solch innovatives Modell wie TOP zu realisieren und die damit verbundenen Risiken zu tragen. Die Spitalgruppe wird dadurch ausserdem in die Lage versetzt, die ungenügende Kostendeckung aufgrund der aktuellen ambulanten Tarife durch Effizienzgewinne mindestens teilweise zu kompensieren. Die gestärkte Spitalgruppe ist somit vorbereitet auf die erwarteten Anpassungen der Vergütung im ambulanten Bereich.



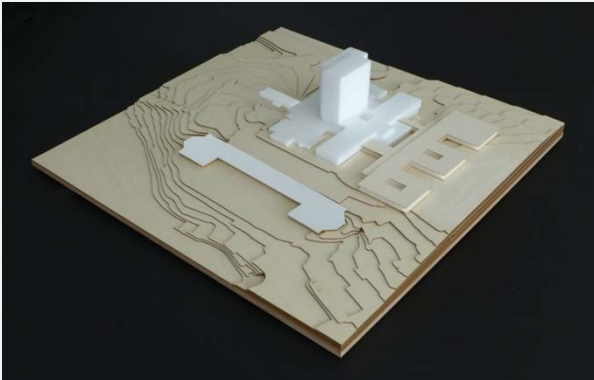
## Leistungsangebot

Die Analyse der Fallzahlen aller Standorte der gemeinsamen Spitalgruppe zeigt, dass bei Start des vollen Betriebs circa 8'900 chirurgische Eingriffe pro Jahr im TOP vorgenommen werden können (inkl. einer gemeinsamen, ambulanten Augenchirurgie). Dazu kommen circa 6'500 Interventionen aus anderen Fachdisziplinen. Von diesen über 15'000 Eingriffen sind ca. 2'200 Fällen Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Es wird davon ausgegangen, dass es im weiteren Verlauf eine Steigerung der Fallzahlen und zusätzliche Verschiebungen in den ambulanten Bereich geben wird.

Im TOP wird nur die Operation beziehungsweise Intervention inklusive allfälliger kurzfristiger Nachbetreuung bis 24 Stunden durchgeführt. Vor- und Nachbehandlung werden jeweils am wohnortsnahen Standort durchgeführt.

Auf dem Bruderholz werden daher keine 24h-Notfallstation und keine IPS, dafür aber eine Aufwachstation<sup>15</sup> für die elektive Orthopädie betrieben. Eine architektonische Machbarkeitsstudie zeigt eine mögliche Umsetzung des TOP am Standort Bruderholz mit Möglichkeiten der modularen Erweiterung bei Steigerung der Fallzahlen und Ausbau der ambulanten Angebote. Das TOP kann architektonisch optimal an bestehende Strukturen sowie die geplante Permanence und die elektive Orthopädie angebunden werden (vgl. Abbildung 10).

## Zwischenschritt



## Zielbild



Abbildung 10: Visualisierung der Transformation des Standort Bruderholz (Machbarkeitsstudie mit modularer Dimensionierung)<sup>16</sup>

Es ist aus medizinischen oder sozial indizierten Gründen sinnvoll, Eingriffe mit einer Übernachtung (Liegedauer < 24h) anzubieten. Im Vergleich zu einer Variante ohne Übernachtung vereinfacht dieses Konzept die Transition von einer vorwiegend stationären Medizin in ein zunehmend ambulantes Umfeld: Das Sicherheitsnetz für Patienten und Chirurgen/ Interventionalisten wird vergrößert, verzögerte Verläufe können in-house behandelt werden und das Spektrum der behandelbaren Patienten respektive der Eingriffe, die angeboten werden können, vergrößert sich. Komplikationen, die eine Übernachtung notwendig machen, werden auch langfristig nicht zu vermeiden sein.

Die erfolgreiche Umsetzung ist zwingend abhängig von der Schaffung einer gemeinsamen Spitalgruppe. Die Verlagerung der ambulanten Fälle bedingt eine durchgreifende Führungsstruktur und ein Gesamtkonzept für die Entwicklung der ambulanten Medizin der öffentlichen Spitäler in der Nordwestschweiz. Des Weiteren sind die Fallzahlen für eine separate Auslagerung der ambulanten Eingriffe des KSBL oder des USB in eine oder mehrere ambulante Kliniken zu klein, um das für die Effizienzsteigerung wichtige, sortenreine ambulante Operieren zu

<sup>15</sup> Eine Überwachungsstation für die post-operative Überwachung von Patienten (nach primär elektiven Eingriffe) ist für die Leistungsgruppe Bewegungsapparat erforderlich. Dies entspricht in der Definition der Zürcher Spitalleistungsgruppen einer IS Level 1 ([www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)).

<sup>16</sup> Die unterschiedlichen Materialien / Farben der dargestellten Gebäude sind technisch bedingt und sind nicht kennzeichnend für Bestand oder neugebaute Struktur.

ermöglichen. Die Transformation resp. Umsetzung dieses Zielbilds wird bis zu 10 Jahre benötigen. Bis dahin wird das heute am Standort Bruderholz bestehende Leistungsangebot entsprechend in das Zielbild überführt.

### **Rehabilitation**

Das bestehende stationäre und ambulante Rehabilitationsangebot am Standort Bruderholz soll mit Fokus auf muskuloskelettale und geriatrische Rehabilitation bedarfsgerecht angepasst werden. Die rehabilitativen Leistungsangebote werden in der nächsten Projektphase unter Berücksichtigung des Leistungsprofils der nicht in der Spitalgruppe integrierten, öffentlichen Spitäler definiert. Behandlungsketten werden dabei regional integriert geplant, so dass künftig Patienten direkt nach einer bestimmten Anzahl Tagen auf der akuten Normalstation in die eigene Rehabilitation wechseln. Im stationären Akutbereich der Standorte werden je nach medizinischem Angebot Therapien verstärkt in die Behandlungskette integriert (z.B. Physiotherapie für akut-stationäre Orthopädie und Traumapatienten; Ergotherapie für Handpatienten; Logopädie für das Stroke Center und die Strike Unit etc.). Ambulante Angebote werden weiterhin wohnortnah erbracht.

### **Permanence**

Am Standort Bruderholz wird eine Permanence mit bedarfsgerechten Monitoring- und Behandlungsmöglichkeiten betrieben, die voraussichtlich vom frühen Morgen bis späten Abend geöffnet ist. Diese wird als „Walk-in Clinic“ betrieben, welche einen grossen Teil der ambulanten, ungeplanten Fälle behandeln kann. Liegend-Notfälle fahren den Standort Bruderholz nicht mehr an oder werden weitergeleitet.

### **Exkurs: Elektive Orthopädie<sup>17</sup>**

Das Angebot der Bewegungsapparat-Chirurgie in der Region, speziell privater Anbieter für die elektive Orthopädie, ist höchst kompetitiv. Der Status Quo erlaubt es jedoch nicht, dieser intensiven Wettbewerbssituation adäquat zu begegnen. Dies führt schliesslich dazu, dass die öffentlichen Spitäler der Region an verschiedenen Standorten im Bereich der elektiven Orthopädie Mühe haben, genügend Fallzahlen für die Weiterbildung, Erfüllung der Zentrumsfunktion für komplexe interdisziplinäre Patienten und die Weiterentwicklung des Faches durch Forschung zu generieren. Daher soll am Standort Bruderholz die elektive Orthopädie konzentriert werden, obwohl dies im ursprünglichen Projektauftrag nicht vorgesehen war. Im Projekt wurde eine Variante ohne Konzentration der elektiven Orthopädie am Standort Bruderholz geprüft, im Businessplan abgebildet und schliesslich verworfen.

Durch die Zusammenführung der elektiven Orthopädie wird die Spitalgruppe mit einem Schlag zur grössten Anbieterin in der Region und schafft dank der engen Anbindung an die Rehabilitation am Standort Bruderholz optimale Behandlungsprozesse und -qualität für Patienten. Durch die Kompetenzbündelung und Schwerpunktbildung lässt sich die Behandlungsqualität verbessern, die Innovation fördern und die Attraktivität für Patienten und Mitarbeitende erhöhen. Des Weiteren erlaubt die Konzentration das Erzielen von Skaleneffekten und Prozessoptimierungen, welche wiederum das Kostenwachstum dämpfen.

Ein gemeinsam geführtes Orthopädisch-Traumatologisches Zentrum mit organspezialisierten Teams an den Standorten Basel, Liestal, Laufen und Bruderholz ist aus Sicht des KSBL und USB das bevorzugte Modell. Es ist anzustreben, diesen Zusammenschluss baldmöglichst voranzutreiben, um ein weiteres Abwandern der Patienten in die Privatspitäler zu verhindern. Eine Bündelung der elektiven Orthopädie könnte auch attraktiv für die medizintechnische Industrie sein, was die Forschung am Standort Bruderholz unterstützen und zukünftig sogar eine

---

<sup>17</sup> Hochkomplexe Behandlungen (inkl. komplexe Revisionen und Infektbehandlungen von Prothesen) sowie Eingriffe bei multimorbiden Patienten erfolgen weiterhin aufgrund des Bedarfs an spezialisierter Infrastruktur und Personal in Liestal und Basel.

Ergänzung um einen Innovationscampus ermöglichen könnte.

Ein wichtiges Erfolgsmerkmal für den ambulanten Gesundheitscampus ist eine Infrastruktur, die optimal auf Bedarf und Prozesse abgestimmt und mit guten Parkmöglichkeiten, guter Verkehrsanbindung durch ÖV zwischen den Standorten<sup>18</sup> sowie mit entsprechendem Expansionspotential ausgestattet ist. Des Weiteren ist ein Begleitkonzept mit einer engmaschigen pflegerischen ambulanten Nachsorge unabdingbar (Typ Spitex).

#### 3.4.4 Laufen – Gesundheitszentrum

Der Standort Laufen wird als bedarfsorientiertes Gesundheitszentrum betrieben, welches im Kern eine Permanence (Walk-in Clinic) für ungeplante Fälle und ausgewählte Sprechstunden umfasst. In der Spitalgruppe wird Laufen als Triagestation für das Laufental und angrenzende Gebiete positioniert. Der Fokus liegt dabei auf der Vor- und Nachsorge sowie auf selektiven, ambulanten Leistungen. Liegend-Notfälle fahren den Standort Laufen nicht mehr an oder werden weitergeleitet. Ab voraussichtlich 2020 soll am Standort Laufen eine Permanence in enger Zusammenarbeit mit Basel und Liestal betrieben werden, die vom frühen Morgen bis am späteren Abend geöffnet ist. OPS, IPS und IMC sind ab diesem Zeitpunkt nicht mehr vorgesehen.

Das Leistungsangebot soll dabei eine wohnortsnahe, ambulante Grundversorgung gewährleisten. Gleichzeitig wird durch die Konzentration von anderen bisher in Laufen erbrachten medizinischen und chirurgischen Leistungen an anderen Standorten der Spitalgruppe eine höhere Behandlungsqualität und Infrastrukturauslastung erreicht. Die geriatrische Rehabilitation wird unverändert weitergeführt.

Zudem übernimmt Laufen die stationäre Schmerztherapie für Patienten mit chronischen Schmerzen der gesamten Spitalgruppe in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie BL<sup>19</sup>. Auch überregional werden Patienten behandelt, welche die Kriterien für eine solche Therapie erfüllen. Die ambulante Schmerztherapie erfolgt weiterhin wohnortnah im Rahmen der Grundversorgung.

Diese langfristige Angebotsanpassung erfolgt insbesondere aus Qualitätsüberlegungen, der Schwierigkeit entsprechende Fachkräfte zu rekrutieren, sowie auch aus wirtschaftlichen Gründen. Am Standort Laufen ist eine Angebotsanpassung unabhängig vom Zusammenschluss unumgänglich. Soll der bisherige Betrieb aufgrund einer entsprechenden Interpretation des §45 des Laufentalvertrags erhalten bleiben, ist der Netto-Mehraufwand gegenüber dem dargestellten Zielbild als gemeinwirtschaftliche Leistung vollständig abzugelten, was zu einer Erhöhung der heutigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen führen würde. Um in Laufen die Zahl der Arbeitsplätze zu erhalten und die Infrastruktur bestmöglich auszulasten, werden auch zusätzliche Kooperationen mit Partnern ausserhalb der Spitalgruppe geprüft.

#### 3.4.5 Gemeinsame Spitalgruppe

Dem Standortkonzept liegt ein systemischer Ansatz mit abgestuftem Versorgungsmodell zugrunde, welches sich an den Patientenbedürfnissen, den regionalen Patientenströmen und den bestehenden Stärken der Standorte ausrichtet. Kernelemente des Modells sind die innovative Neuausrichtung der Standorte Bruderholz und Laufen, der Ausbau der Versorgung in Liestal und die Konzentration der schweren und hochkomplexen Fälle in Basel. Nur durch diesen systemischen Ansatz, der eine integrierte Leistungserbringung im Versorgungsraum ermöglicht,

<sup>18</sup> Die Attraktivität der Standorte kann durch einen Ausbau der ÖV-Infrastruktur in Form von Shuttles und zusätzlichen Verbindungen zwischen den Standorten durch die Politik gefördert werden.

<sup>19</sup> Ein umfassender Ansatz einer stationären Schmerztherapie benötigt in ausgewählten Fällen gewisse Therapien, die innerhalb der Spitalgruppe, aber nicht in Laufen angeboten werden können (Beispiele dafür sind PET-CT, chirurgisch-orthopädische Eingriffe, inkl. Mikrochirurgie und Implantation spinaler Pumpen und Stimulatoren).

können Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit verbessert und eine mögliche Unterversorgung verhindert werden. Gleichzeitig erfährt die Hochschulmedizin eine nachhaltige Stärkung durch die Bündelung der Fallzahlen und Kompetenzen von KSBL und USB.

Aufgrund dieses systemischen Ansatzes, der ein eng vernetztes, im Zeitablauf dynamisch und flexibel auf die Standorte verteiltes Angebotsportfolio erfordert, empfiehlt sich von Seiten der Besteller ein Leistungsauftrag an die Spitalgruppe und nicht an die einzelnen Standorte.

### 3.5 Weitere angebotsrelevante Themen

#### 3.5.1 Notfall- und wohnortnahe Grundversorgung der Spitalgruppe

Im Bereich Notfallversorgung erfolgt eine Optimierung über die Standorte hinweg. Insgesamt sollen die Notfallstationen als kostenintensive Spitalbereiche mittelfristig in Basel und Liestal konzentriert und entsprechend aufgewertet werden. An den Standorten Laufen und Bruderholz werden die Notfallstationen zu Permanenzen umfunktioniert. So ist sichergestellt, dass ungeplante, ambulante Fälle vom frühen Morgen bis zum späten Abend an allen Standorten betreut werden können. Stationäre Notfälle hingegen werden direkt nach Basel oder Liestal eingewiesen oder von der Permanence weiter geleitet, wodurch eine optimale Behandlungskette sichergestellt ist.

Konkret sollen die Standorte daher schrittweise angepasst werden:

- Basel-Stadt: Spezialisiertes Notfallzentrum inkl. Polytrauma und Stroke Center; 24/7 mit entsprechender Vorhalteleistung IPS/ OPS.
- Liestal: Interdisziplinäre Notfallstation inkl. Stroke Unit, 24/7 mit entsprechender Vorhalteleistung IPS/ OPS.
- Bruderholz: Permanence, geöffnet vom frühen Morgen bis zum späten Abend
- Laufen: Permanence, geöffnet vom frühen Morgen bis zum späten Abend
- Permanenzen an weiteren Standorten vorgesehen (genaue Standorte sind noch zu evaluieren)

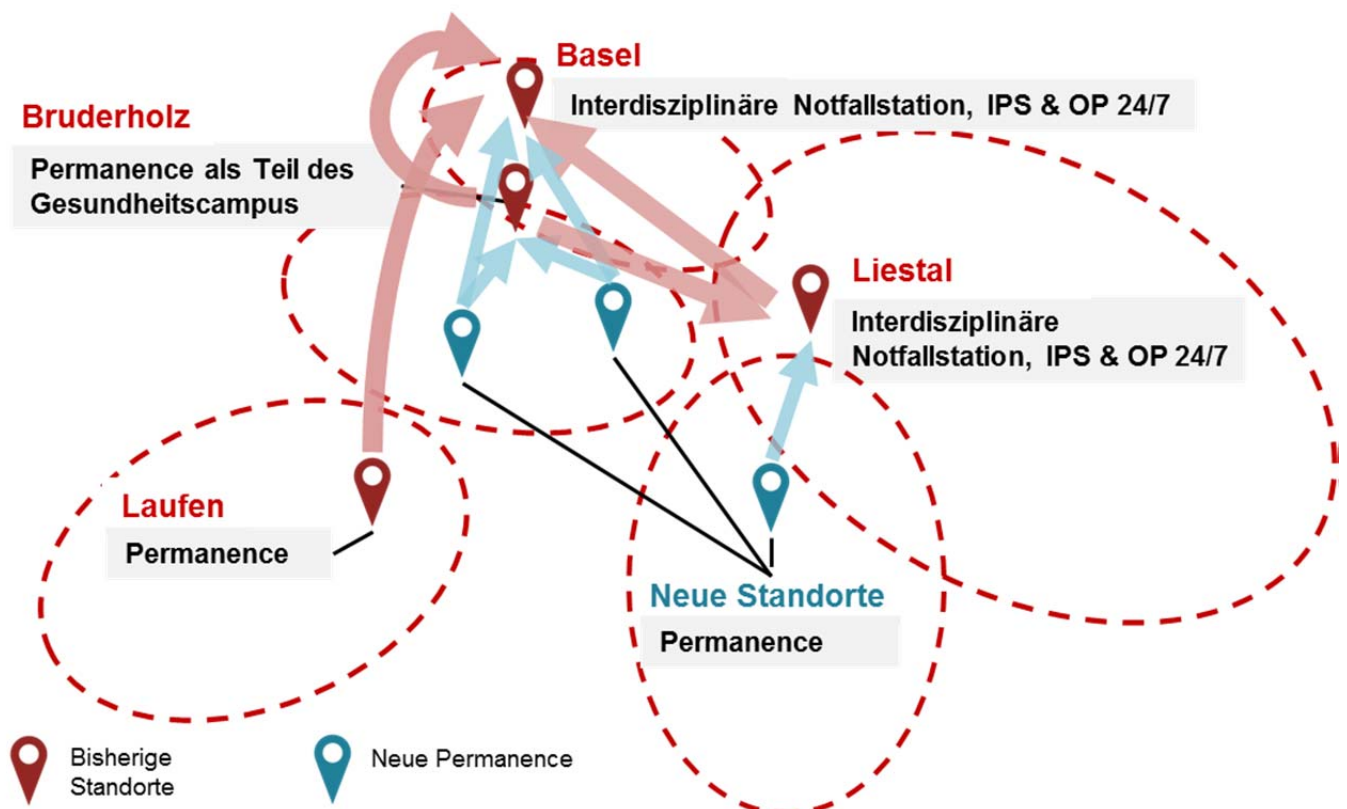


Abbildung 11: Regionales Konzept für Notfallversorgung ergänzt um Permanenzen (neue Standorte in Evaluation)

Durch eine gute Organisation und Rücksprache mit einer zentralen Triage resp. Triagekriterien werden unnötige Ambulanzfahrten zwischen den Standorten minimal gehalten.

Die wegfallenden Notfallkapazitäten am Bruderholz können in Liestal und Basel aufgefangen werden. Es wird im weiteren Projektverlauf geprüft, welche Kapazitäten in Basel und Liestal gegebenenfalls vorzeitig realisiert werden müssen.

Zusätzlich werden durch den oben erwähnten Aufbau neuer Permanenzen an strategischen Lokalisationen Kapazitäten geschaffen. Durch all diese Massnahmen können nicht nur die Fälle vom Bruderholz aufgefangen werden, sondern auch eine Überlastung der anderen Standorte (insb. des Notfalls am Standort Basel) verhindert werden.

Die Grundversorgung sollte möglichst nahe am Wohnort und gemäss den Mobilitätsströmen der Bevölkerung erbracht werden. Die stationäre, chirurgische Grundversorgung kann jedoch aufgrund der Fallzahlen nicht an mehr als zwei Standorten kosteneffizient erbracht werden. Sie soll deshalb an den Standorten Basel und Liestal konzentriert werden. Ausgewählte ambulante Eingriffe werden hingegen am Bruderholz (TOP) gebündelt. Die stationäre Innere Medizin wird an den Standorten Basel und Liestal fokussiert. Ambulant werden Leistungen der Inneren Medizin weiterhin an allen vier Standorten erbracht. Künftig gibt es am Standort Bruderholz und Laufen eine Permanence. Darüber hinaus sind neue Standorte vorgesehen, an denen Gesundheitszentren mit einer integrierten Permanence vorgeschlagen werden, in denen ambulante Leistungen wohnortnäher als heute erbracht werden können.

### 3.5.2 Forschung – Verhältnis zur Universität

Durch die Schaffung eines klaren Profils wird die Spitalgruppe für die Universität eine sehr attraktive Partnerin sein.

Für die Forschung ist es entscheidend, dass Infrastrukturen gemeinsam genutzt, Forschung an grösseren Patientengruppen ermöglicht und Patienten mit bestimmten Krankheiten in gemeinsame Kohorten aufgenommen werden können. Die grössere Patientenbasis kann für Versorgungs- und ökonomische Outcome-Forschung sowie die klinische Forschung verwendet werden. Eine Vereinheitlichung wird die Attraktivität ebenfalls erhöhen.

Die geplante Spitalgruppe ermöglicht eine gruppenweite Koordination der Forschung ohne Aufbau von Redundanzen und zusätzlicher Konkurrenz. Dabei können die in Basel und Allschwil bestehenden Infrastrukturen der fakultären Departemente noch besser für alle Standorte der Gruppe nutzbar gemacht werden. Zusätzlich zu bestehenden Forschungsaktivitäten wären z. B. möglich:

- Bruderholz: Begleitforschung über die ökonomischen und qualitativen Folgen der Umlagerung von stationären zu ambulanten Eingriffen, biotechnologische Therapien des Bewegungsapparates, innovative Ansätze für zusätzliche Behandlungsformen (Innovationscampus).
- Liestal: Intensivierung der klinischen Forschung inklusive Multicenterstudien in den Disziplinen der Inneren Medizin und Spezialfächern wie z.B. im Bereich der COPD.

## 3.6 Schlussfolgerungen „Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung“

### Zielbild und strategische Positionierung

Die nachhaltige Gesundheitsversorgung in der Region, die langfristige Stärkung von KSBL und USB und deren wirtschaftliche Sicherung wird erreicht durch Schwerpunktbildung (Bündelung) und eine nach Leistungskomplexität abgestufte Neuordnung der Angebote. Dazu sollen die vier Standorte des KSBL und USB in einem gemeinsamen System gesteuert werden, um auf diese Weise die Leistungsangebote besser an den Patientenbedürfnissen und regionalen Patientenströmen ausrichten zu können. Dadurch werden ein nachhaltiger Patientenmehrwert sowie ein Beitrag zur Wirtschaftlichkeit erbracht.

Die Spitalgruppe bietet innovativste medizinische Dienstleistungen in der Versorgungsregion an.

Diese werden durch Innovationen im Rahmen der Behandlungskette ergänzt, die auf den Patientennutzen ausgerichtet sind. Neue Technologien werden dabei durch klinische Studien etabliert und zu überregionalen Angeboten weiterentwickelt.

Die Spitalgruppe beschränkt sich nicht auf wirtschaftlich attraktive, sondern bietet umfassend alle notwendigen Leistungen (service public) an. Die Spitalgruppe differenziert sich insbesondere als die Anlaufstelle für unklare Diagnosen durch interdisziplinäre Beurteilung und für beste Leistungen bei komplexen Fällen und schweren Verläufen. Aufgrund der erstarkten Finanzkraft investiert die Spitalgruppe in medizinische Innovation und patientennahe Infrastruktur sowie Hotellerie. Mit adäquater Infrastruktur und Hotellerie werden auch elektive sowie klar definierte und diagnostizierte Patienten mit speziellen Krankheitsbildern überregional angesprochen.

Die Spitalgruppe ist ein verlässlicher Partner, der sich mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringer eng vernetzt und ihnen unkompliziert Zugang zu relevanten Informationen ermöglicht.

Die Spitalgruppe nimmt den internationalen Trend zur Ambulantisierung auf, der durch Patientenwünsche, medizinischen Fortschritt und Druck der Kostenträger bedingt ist.

### **Angebotsstrategie und Standortkonzept**

Das umfassende Angebotsportfolio der Spitalgruppe besteht aus Leistungen von der Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten, universitären Medizin (abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät der Universität Basel) sowohl ambulant als auch stationär. Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschungsleistungen werden koordiniert über alle Standorte erbracht.

Entlang der Wertschöpfungskette ist der Hauptschwerpunkt der Spitalgruppe die Akutsomatik. Ergänzende Dienstleistungen, wie z.B. Rehabilitation, werden bei klarem Patientennutzen und Synergien gezielt ausgebaut. Eine interne, nachsorgende Einheit wie die Rehabilitation unterstützt die Nachbetreuung aus dem Akutspital heraus und ermöglicht es, die Anzahl akutsomatischer Betten zu reduzieren.

Die Spitalgruppe bildet standortübergreifend medizinische Schwerpunkte in Form interdisziplinärer Zentren, um sich überregional und national mit hochstehender Behandlungsqualität und innovativen Leistungen positionieren zu können. Kriterium für die Auswahl von Schwerpunkten ist die Verfügbarkeit der notwendigen Kompetenzen und Ressourcen, um diese Schwerpunktthemen auch im intensiven regionalen Wettbewerb erfolgreich und mit überregionaler Strahlkraft zu betreiben. Gemäss dem aktuellen Stand der Überlegungen wurden die heute bestehenden Schwerpunkte Tumor, Bewegungsapparat und Herz-/Kreislauf als Schwerpunkte der gemeinsamen Spitalgruppe festgelegt. Weitere sind zu prüfen.

Mit einer eindeutigen Positionierung in diesen Schwerpunkten kann die Spitalgruppe qualitativ hochwertige Behandlungen anbieten, Innovationen umsetzen und sich einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Mitbewerbern in der Region verschaffen. Die Kombination der Leistungsangebote in der Spitalgruppe und ihre abgestimmte Verteilung über die einzelnen Standorte ermöglicht es zudem, auf künftige Nachfrage-Veränderungen, die eine Umstellung des Angebots erfordern, zeitnah reagieren zu können.

#### *Basel – Maximalversorger*

Das Spital in Basel hat als Maximalversorger ein breites Leistungsangebot mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Der Standort wird als universitäres Zentrum für hochkomplexe Eingriffe mit hochinstallierter Infrastruktur positioniert. Die Grundversorgung bleibt dabei mit der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin am Standort Basel verbunden. Auf diese Weise wird eine wohnortnahe Versorgung für Patienten aus Basel-Stadt sichergestellt.

#### *Liestal – Umfassender Grundversorger mit Schwerpunkten*

Der Standort Liestal hat als umfassender Grundversorger im stationären Bereich ein klar positioniertes Leistungsangebot als Akutspital für die wohnortnahe Versorgung der Einwohner des oberen Baselbietes. Er ist für die erweiterte Grundversorgung zuständig und betreibt zusätzlich eine Notfallstation 24/7, eine Intensivstation (IPS), eine Intermediate Care Unit (IMC) und eine Dialysestation. Bestehende Schwerpunkte werden gestärkt und mittelfristig werden weitere Schwerpunkte am Standort Liestal aufgebaut.

#### *Bruderholz – Innovative Neuausrichtung mit ambulantem Gesundheitscampus (TOP) und elektiver Orthopädie*

Am Standort Bruderholz soll neben einem ambulanten Gesundheitscampus mit einer Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) und einer Permanence die ambulante und stationäre Rehabilitation der Spitalgruppe und die elektive Orthopädie konzentriert werden. Dies mit einer klaren Positionierung mit Schwerpunkt Bewegungsapparat. Im TOP wird nur die Operation beziehungsweise Intervention inklusive allfälliger kurzfristiger Nachbetreuung bis 24 Stunden durchgeführt. Vor- und Nachbehandlung werden jeweils am wohnortnahen Standort durchgeführt. Das bestehende stationäre und ambulante Rehabilitationsangebot am Standort Bruderholz soll mit Fokus auf geriatrische und muskuloskelettale Rehabilitation bedarfsgerecht angepasst werden. Die rehabilitativen Leistungsangebote werden in der nächsten Projektphase unter Berücksichtigung des Leistungsprofils der nicht in der Spitalgruppe integrierten, öffentlichen Spitäler definiert. Durch diese Neudefinition des Leistungsportfolios (insb. Konzentration der elektiven Orthopädie und TOP) wird der Standort Bruderholz nachhaltig gestärkt.

#### *Laufen – Gesundheitszentrum*

Der Standort Laufen wird als bedarfsorientiertes Gesundheitszentrum betrieben, welches im Kern eine Permanence (Walk-in Clinic) für „Hausarzt“-Notfälle mit ausgewählten Sprechstunden umfassen soll. In der Spitalgruppe wird Laufen als Triagestation für das Laufental und angrenzende Gebiete positioniert. Der Fokus liegt dabei auf der Vor- und Nachsorge sowie auf selektiven, ambulanten Leistungen. Das Leistungsangebot soll dabei eine wohnortnahe Grundversorgung gewährleisten. Die geriatrische Rehabilitation wird weitergeführt. Zudem übernimmt Laufen die stationäre, chronische Schmerztherapie für die gesamte Spitalgruppe.

#### *Gemeinsame Spitalgruppe*

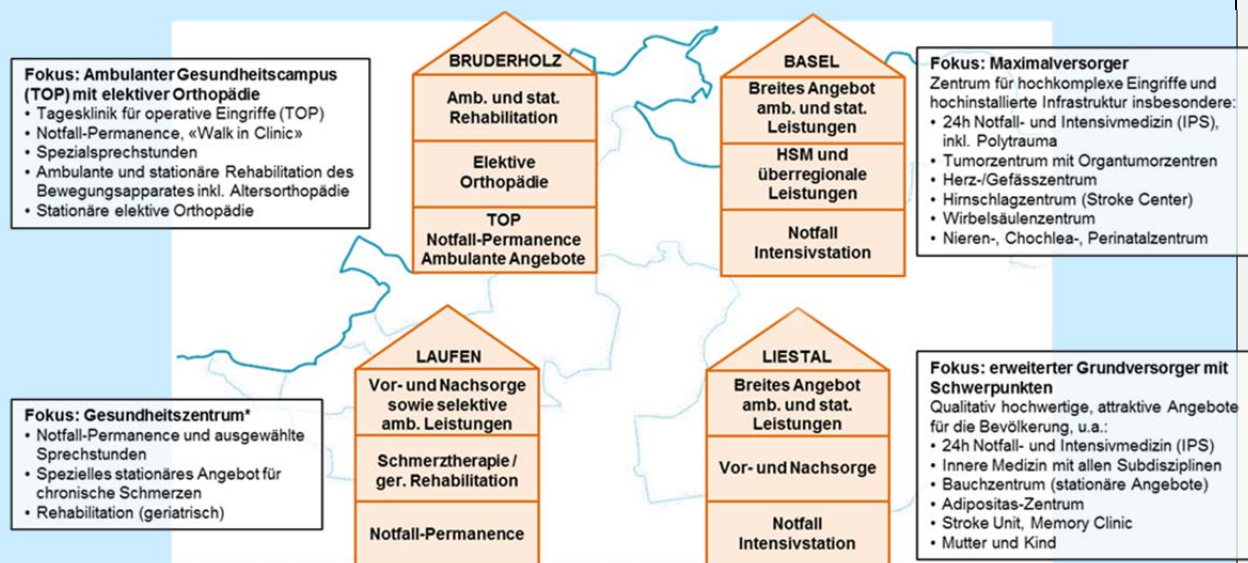
Dem Standortkonzept liegt ein systemischer Ansatz mit abgestuftem Versorgungsmodell zugrunde, welches sich an den Patientenbedürfnissen, den regionalen Patientenströmen und den bestehenden Stärken der Standorte ausrichtet. Kernelemente des Modells sind die innovative Neuausrichtung der Standorte Bruderholz und Laufen, der Ausbau der Versorgung in Liestal und die Konzentration der schweren und hochkomplexen Fälle in Basel. Nur durch diesen systemischen Ansatz, der eine integrierte Leistungserbringung im Versorgungsraum ermöglicht, können Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit verbessert und eine mögliche Unterversorgung verhindert werden. Gleichzeitig erfährt die Hochschulmedizin eine nachhaltige Stärkung durch die Bündelung der Fallzahlen und Kompetenzen von KSBL und USB.

Dieses stark zwischen den Standorten vernetzte Angebotsportfolio erfordert ein hochintegriertes Organisationsmodell, welches im folgenden Kapitel dargestellt wird.

## **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

Mit dem deutlichen Entscheid des Stimmvolkes des Kantons Basel-Landschaft am 21. Mai 2017, die Bruderholzinitiative abzulehnen, konnten die Projektarbeiten im Programm Spitalgruppe zur Umsetzung des medizinischen Zielbildes intensiviert werden. Das definitive, medizinische Zielbild der Spitalgruppe wird im Rahmen des Programms im Projekt Medizin

erarbeitet und soll bis spätestens Ende 2018 definiert sein.



\*Eine Fortführung des Leistungsangebot gemäss Laufentalvertrag ist nur möglich bei einer Entscheidung über GWL.

Der Campus Bruderholz steht im Fokus der Transformation und stellt einen unverzichtbaren Bestandteil der Spitalgruppe dar. Die graduellen Anpassungen ermöglichen insbesondere komplexe stationäre Fälle vom standardisierbaren, ambulanten und elektiv planbaren Fällen in der Spitalgruppe zu entflechten. Hierdurch werden an den beiden Standorten Basel und Liestal Kapazitäten frei, um die definierten medizinischen Schwerpunkte weiter ausbauen zu können.

Dies führt für Patienten in der Spitalgruppe zu verbesserten Behandlungsabläufen mit hoher Termintreue, kurzen Wartezeiten und einer hohen Behandlungsqualität. Die Konzentration von den heute an allen Standorten angebotenen stationären Vorhalteleistungen auf die beiden Standorte Liestal und Basel sowie die Nutzung der Skaleneffekte im elektiven und ambulanten Angebot am Standort Bruderholz führen zu einer Kostensenkung.

Auf dem für beide Kantone nah gelegenen Bruderholz sind wohnortsnah im medizinischen Zielbild folgende Angebote für die Patienten vorgesehen:

- **TOP:** Eine patientenfreundliche Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe der Spitalgruppe mit einem Leistungsangebot für die ganze Nordwestschweiz.
- **ORTHOPÄDIE:** Ein Kompetenzzentrum für den Bewegungsapparat mit optimierten Behandlungsketten in einer zeitgemässen Infrastruktur für elektive, stationäre Patienten.
- **REHA:** Ambulante und stationäre Rehabilitation als optimale Ergänzung in der Behandlungskette für Patienten nach einem orthopädischen Eingriff ermöglicht die wohnortsnah Nachbetreuung direkt durch die operierenden Ärzte gemeinsam mit den Rehabilitationsmedizinerinnen.
- **NOTFALL-PERMANENCE:** Eine „Walk-in-Klinik“ kombiniert mit einem breiten Sprechstundenangebot zur Sicherstellung einer wohnortsnahen Grundversorgung



## **A) Tagesklinik TOP**

Die geplante Tagesklinik auf dem Bruderholz mit der Bündelung ambulanter Eingriffe nimmt den internationalen Trend zur Ambulantisierung auf, der durch den Patientenwunsch von möglichst kurzen Spitalaufenthalten, den medizinischen Fortschritt mit zunehmenden Möglichkeiten in der ambulanten Medizin sowie den Druck der Kostenträger verursacht ist.

Die heutige Verflechtung von elektiven, notfallmässigen, ambulanten und stationären Fällen, kombiniert mit Lehre und Forschung an den Standorten Basel und Liestal erschwert eine kostengünstige auf ambulante Prozesse ausgerichtete Dienstleistungserbringung. Örtliche Trennung kombiniert mit hohen Fallzahlen in einem TOP ermöglichen sogenanntes „sortenreines“ Operieren und begünstigt standardisierte und patientenorientierte Prozesse.

Geeignet für das TOP sind generell minimalinvasive Eingriffe an Patienten ohne erhöhtes Risiko. Fälle in der Chirurgie (bspw. Venen, laparoskopische Eingriffe), Gynäkologie (bspw. Curettagen, Sterilisationen), ambulanten Augenchirurgie, aber auch Urologie (bspw. Steine), HNO und Orthopädie (insbesondere Hand und Fuss) bieten sich an. Bei Interventionen in der Medizin bieten sich insbesondere einfache Endoskopien, aber auch ausgewählte Eingriffe und definierte Untersuchungen, wie z. B. kardiologische Abklärungen und Schrittmacherersatz an sowie Infusionstherapien und Behandlungen in einer onkologischen Tagesklinik. Der Behandlungserfolg ambulanter Operationen und Interventionen soll durch geeignete Nachsorge in optimierten Prozessen deutlich weiter erhöht werden.

Das TOP ist die innovative Antwort der Spitalgruppe auf den internationalen Trend zur vermehrt ambulanten Durchführung von Operationen und Interventionen, welche einer Spitalinfrastruktur bedürfen. Das TOP wird baulich und betrieblich auf einen patientenorientierten und hocheffizienten elektiven Operationsbetrieb ausgerichtet sein. Die Spitalgruppe ist damit vorbereitet für den in den nächsten Jahren erwarteten Nachholbedarf „ambulant vor stationär“ in der Schweiz.

Ob die Akzeptanz bei Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten für ein solches Leistungsangebot gegeben ist und wie sich dadurch die Patientenversorgung in der Nordwestschweiz entwickeln werde, wird eine von der Spitalgruppe initialisierte Begleitforschung durch die Universität Zürich und die Swiss School of Public Health (SSPH+) aufzeigen. Ebenso wird geprüft, wie sich die Gesamtkosten und die medizinische Qualität dabei entwickeln. Würde diese geplante Infrastruktur auch von Dritten benutzt, würde der volkswirtschaftliche Nutzen durch geteilte Infrastrukturen und Vorhaltungen noch verstärkt werden. Die Akzeptanz der Leistungserbringer steigt mit einer adäquaten Finanzierung, welche ein kostendeckendes Arbeiten ermöglichen und trotzdem günstiger als stationäre Eingriffe sind.

## **B) Kompetenzzentrum Orthopädie**

Eine gemeinsame Klinik für Orthopädie und Traumatologie ermöglicht eine Bündelung der fachlichen Kompetenzen und Schwerpunktangebote in organspezialisierten Behandlungsteams. Im stationären Bereich werden auf dem Bruderholz die stationären elektiven orthopädischen Eingriffe der Spitalgruppe in einem Kompetenzzentrum gebündelt. Dieses umfasst ebenfalls eine Spezialdiagnostik sowie eine Revisionsprothetik.

Auch hier bietet sich das Bruderholz an, da diese stationär, elektiven Eingriffe, ähnlich wie die ambulanten Eingriffe im TOP, standardisiert und in hoher Fallzahl behandelt werden können. Damit kann an den Standorten Liestal und Basel eine Entflechtung und zusätzlicher Fokus auf hochkomplexe medizinische und chirurgische Patienten erfolgen.

Die ebenfalls auf dem Bruderholz befindliche Rehabilitation des Bewegungsapparates ermöglicht eine direkt anschliessende Versorgung durch Rehabilitationsmediziner und die verantwortlichen Operateure und garantiert damit beste Behandlungsergebnisse.

Mit einer grossen gemeinsamen Klinik für Orthopädie und Traumatologie bleibt die Spitalgruppe für die ärztliche Aus- und Weiterbildung eine A1-Klinik mit umfassenden Aus- und Weiterbildungsangeboten.

Eine Bündelung der elektiven Orthopädie könnte auch attraktiv für die medizintechnische Industrie sein, was die Forschung am Standort Bruderholz unterstützen und zukünftig eine Ergänzung um einen Innovationscampus ermöglichen könnte.

### **C) REHA**

In der ganzen Behandlungskette für Patienten wird auf dem Bruderholz nach einem orthopädischen Eingriff im Rahmen einer integrierten Patientenversorgung die nachfolgende Anschlussbehandlungen in Form von ambulanter und stationärer Rehabilitation mit entsprechenden Therapien und Beratungen angeboten. Diese erfolgt direkt im Anschluss an den kurzen Akutaufenthalt in Wohnortsnähe. Damit kann der Akutaufenthalt verkürzt und Akutbetten gespart werden. Für jüngere oder konservativ zu behandelnde Patienten stehen ambulante Angebote in der Rehabilitation zur Verfügung.

Die Gesamtbehandlung mit präoperativen Abklärungen, Akutaufenthalt und operativem Eingriff, Kontrolle der Ergebnisse und Rehabilitation zur Wiederaufnahme werden somit patientenfreundlich und ohne Verlegungstransporte an einem Ort für stationär, elektive Patienten der Orthopädie ermöglicht. Aus Sicht der Ergebnisqualität wird diese ohne Segmentierung der Verantwortung durch Operateure und Rehabilitationsmediziner und Therapeuten aus einem Guss gewährleistet.

Die angebotene stationäre Rehabilitation ist im Zielbild 2026 auf dem Bruderholz spezialisiert auf Patienten des Bewegungsapparates mit spezieller Berücksichtigung auch der Altersorthopädie. Die räumlichen Gegebenheiten mit ansprechender Infrastruktur und zeitgemässer Hotellerie ermöglichen eine ideale Nachbehandlung, sei es ambulant für eher jüngere und sportliche Patienten oder stationär für ältere Patienten, welche möglicherweise einen mehrwöchigen Aufenthalt benötigen. Für beide Patientengruppen stehen modernste Therapien (z.B. agility-Gangtrainer, Therapiebad, Aussenbereich) in einem „grünen“, „spitalfernen“ Setting zur Verfügung. Multimorbide, ältere Patienten, welche hingegen eine Überwachung mit IPS bedürfen, werden z. B. in der Akutgeriatrie in Liestal betreut.

Die Spitalgruppe wird in seinem Rehabilitationsangebot künftig absehbar auf die aktuell im KSBL auf dem Bruderholz behandelten neurologischen Patienten verzichten, da diese auf dem Behandlungspfad USB-Felix-Platter-Spital behandelt werden können. Gleiches gilt für onkologische und pneumologische Patienten.

### **D) Notall-Permanence**

Eine Walk-in-Klinik mit erweiterten Öffnungszeiten für „Gehend-Notfälle“ Krankheitsbilder und einer umfassenden Diagnostik stellt sicher, dass in Zusammenarbeit mit den Hausärzten eine wohnortnahe Grundversorgung gewährleistet bleibt.

Mit Ausnahme der Orthopädie werden dabei keine stationären Aufnahmen auf dem Bruderholz erfolgen, sondern je nach medizinischer Versorgungsstufe, in die Standorte Liestal oder Basel verlegt.

Mit diesem Angebot können der grösste Teil der heutigen „Notfälle“ auf dem Bruderholz weiterhin an diesem Standort betreut werden. Die Rettungsdienste werden angewiesen

werden, den Standort Bruderholz mit Liegend-Notfällen nicht mehr anzufahren.

## **E) Grundversorgung**

Ergänzt wird die Grundversorgung auf dem Bruderholz durch Sprechstunden, welche bedarfsgerechte Angebote inklusive ausgewählte Spezialsprechstunden enthält.

## **F) Auswirkungen des Zielbildes Bruderholz**

Die Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) auf dem Bruderholz versetzt die Spitalgruppe in die Lage dem Trend zur Ambulantisierung gerecht zu werden. Planbare, ambulant zu operierende Patienten werden in optimierter Infrastruktur mittels optimierten Prozessen behandelt und gleichentags nach Hause entlassen. Störungen durch Notfälle und Sprechstunden der operierenden Ärzte fallen weg. Das TOP ermöglicht die Entflechtung der planbaren und standardisierbaren Eingriffe wodurch die Standorte Liestal und Basel besser in der Lage sind, sich auf die komplexen Fälle mit entsprechender Nutzung der freiwerdenden hochinstallierten Ressourcen zu konzentrieren. Die Entflechtung bietet deshalb allen Patienten der Nordwestschweiz Vorteile.

Die Auslagerung von definierten ambulanten und „ambulantisierbaren“ Fällen ermöglicht eine Fokussierung und Konzentration der komplexen Fälle in Basel und Liestal. Damit entsteht auch ein wichtiger Beitrag zur langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

Mit der Entstehung von einem Kompetenzzentrum Orthopädie für die stationäre, elektive Orthopädie auf dem Bruderholz, profitieren Patienten ebenso von standardisierten Eingriffen in einer optimierten Infrastruktur als auch von der gebündelten Fachkompetenz der organspezifisch organisierten Teams.

Durch die ambulanten und stationären Rehabilitationsmöglichkeiten am Bruderholz, kann eine optimale Nachbehandlung sichergestellt werden. Diese ist spezialisiert auf Patienten des Bewegungsapparates.

Nichtkomplexe Fälle finden am Standort Bruderholz weiterhin einen leichten Zugang zur wohnortsnahen Grundversorgungsmedizin über die Walk-in-Notfallklinik oder die angebotenen Sprechstunden.

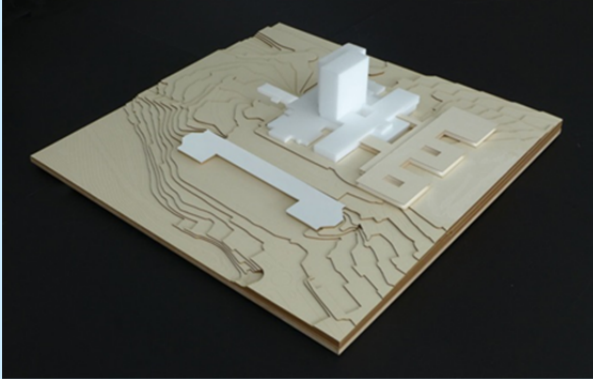
Gesamthaft führt das neue Angebot der Spitalgruppe auf dem Bruderholz zu einer Abnahme der Bettenzahl am Standort. Dies obwohl die elektiv stationären orthopädischen Betten für die Spitalgruppe auf dem Bruderholz konzentriert werden. Trotzdem werden Gesamthaft die Anzahl der Betten auf dem Bruderholz um über 150 gesenkt, vor allem durch Abbau von Bettenkapazitäten im akutsomatischen und akutgeriatrischen Bereich. Die bedarfsgerechte, etappierte Senkung von Bettenkapazitäten in diesen Bereichen verhindert, dass es zu versorgungsrelevanten Engpässen kommt.

Die Reha-Betten werden voraussichtlich per Saldo leicht reduziert, da die nahtlose weiterführende Behandlung der Bewegungsapparate-Patienten gewährleistet werden muss und Verlegungen in ausserkantonale Kliniken zu vermeiden sind. Konkret werden von heute insgesamt 91 Rehabilitations-Betten auf dem Bruderholz (29 MSK, 21 Neuro-Reha, 41 geriatrische Rehabilitation) künftig insgesamt 86 Betten nach der Transformation erwartet. Die Transformation erfolgt durch einen Verzicht auf die Neuro-Reha-Betten und den Anteil der nichtorthopädischen Patienten im Bereich der geriatrischen Rehabilitation. Die frei werdenden Betten werden aber fast vollständig durch die erwartete Zunahme an muskuloskelettaler Rehabilitation wieder aufgefüllt. Die exakte Zuteilung der Patienten und Betten erfolgt erst im Rahmen der Medizinkonzepte unter Berücksichtigung der neuen Tarifstruktur (Konzept der geriatrischen und muskuloskelettalen Rehabilitation wird im künftigen Tarifsysteem ST-Reha nicht mehr verfolgt, Patienten werden unter „andere“ tarifiert

werden).

## G) Transformation des Standortes Bruderholz

Zwischenschritt



Zielbild



Der Wandel vom heutigen, aus den 1970ern stammenden, Bruderholzspital in einen modernen Gesundheitscampus ist Bestandteil einer aktuell beauftragten Masterplanung und wird sich in Etappen vollziehen.

Baulich sollen in einer ersten Phase Anbauten gegenüber dem heutigen Anbau erstellt werden. Diese beinhalten die eigentliche Tagesklinik TOP mit Permanence sowie Betten für die elektive Orthopädie und die damit untrennbar verbundene Rehabilitation. Der heutige Flachbau wird anschliessend teilweise rückgebaut, wobei der heute runderneuerte Eingangsbereich inklusive der 2017 eröffneten Ambulatorien für Orthopädie und Medizin erhalten bleiben.

Das heutige Bettenhochhaus wird in der Folge abgerissen. Die Autoeinstellhalle bleibt unverändert bestehen. Die Planung von Patientenhotel und weiteren ambulanten Diensten und Ergänzungen (Beratungen, Hausarztpraxen) erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt.

Alle Patienten und Besucher erreichen das Bruderholz bereits heute bestens mit öffentlichem Verkehr (25 Minuten bis Bahnhof SBB, 10 Minuten ins Leimental und Birseck) oder mit Individualverkehr, welcher von fast unbegrenzten Parkplätzen und der Nähe zur Autobahn profitiert. Der öV wird zudem durch neue Linienführungen optimiert.

Mit dem Wandel des medizinischen Angebotes von einem erweiterten Grundversorger zu einem Gesundheitscampus sind auch Veränderungen im Personal bedingt. Das Kantonsspital Baselland hat bereits damit begonnen, im Rahmen seiner Departementalisierung medizinische Schwerpunkte zu bilden. So werden bereits heute komplexe Eingriffe an jeweils einem Ort konzentriert und das medizinische Fachpersonal jeweils an den neuen Bedarf angepasst. Schon heute werden keine IVHSM und Thoraxeingriffe im Bruderholz mehr durchgeführt, stationäre kardiologische Patienten im USB oder in Liestal behandelt. Im Bereich der elektiven Orthopädie sind bereits 2017 alle Hüft- und Knieeingriffe von den Standorten Laufen und Liestal ins Bruderholz verschoben worden. Weitere Anpassungen folgen.

Mit den vorgezogenen Kooperationen zwischen KSBL und USB werden weitere Änderungen vorgenommen. Zeitnah werden zusätzlich elektive orthopädische Eingriffe des USB im Bruderholz konzentriert werden. Diese Angebotskonzentrationen bedingen jeweils Verschiebungen des entsprechenden Personals.

Der Abbau der komplexen akutsomatischen stationären Betten im Bruderholz erfolgt in Etappen. Dieses etappierte inhaltliche und bauliche Vorgehen verhindert, dass es zu versorgerischen Engpässen kommen wird.

## H) Fazit Spitalgruppe

Die Auswirkungen der Kapazitäten auf die anderen Standorte der zukünftigen Spitalgruppe liegen erst in Form von Modellrechnungen zum Business Plan, beruhend auf den vorgegebenen Zielbildern, vor.

Das Programm Spitalgruppe ist derzeit daran, das Leistungsangebot über alle 40 Kliniken zu definieren. In einem nächsten Schritt werden die Angebote auf der Basis des formulierten Zielbilds den einzelnen Standorten zugeteilt. Ergebnisse hierzu liegen gegen Ende 2018 vor.

Zurzeit gehen das USB und das KSBL davon aus, dass am Ende der Transformationsphase im Jahr 2026 am Standort Bruderholz rund 150 Betten, insbesondere im Akutbereich, abgebaut sind. Um den Wegfall der Notfallstation im Bruderholz aufzufangen und den Notfalldienst optimieren zu können, werden an den Standorten Basel und Liestal zusätzliche Bettenkapazitäten geschaffen. Der Netto-Bettenabbau dürfte im Vergleich zum Base Case (USB/KSBL nicht als Spitalgruppe) im Bereich von gut 120 – 150 Betten liegen.

Langfristig wird die Umsetzung des Zielbildes, die Spitalgruppe in die Lage versetzen, den zukünftigen Anforderungen der Patienten aus der Gesundheitsregion optimal gerecht zu werden.

## 4 Führungs- und Organisationsstruktur

### 4.1 Prinzipien für die Gestaltung der Führungs- und Organisationsstruktur

Ein Führungs- und Organisationsmodell beschreibt die grundsätzliche Ausgestaltung der Organisation und ist ein wichtiges Element für die spätere Erarbeitung des Organigramms. Das Organisationsmodell der Spitalgruppe soll insbesondere die folgenden Qualitätskriterien (Prämissen) erfüllen.



Abbildung 12: Qualitätskriterien für das Organisationsmodell der Spitalgruppe:

Die detaillierte Ausgestaltung des anzustrebenden Organisationsmodells und Ableitung einer Aufbauorganisation erfolgt in der Transformationsphase.

### 4.2 Präferiertes Organisationsmodell

Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene mögliche Varianten des Organisationsmodells geprüft. Diese wurden auf Basis der definierten Kriterien bewertet. Gegenüber allen geprüften Varianten erwies sich die „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“ als das am besten geeignete Organisationsmodell für die gemeinsame Spitalgruppe.

#### „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

Diese Variante des Organisationsmodells basiert auf einer funktionalen Ausgestaltung des medizinischen Kerngeschäfts über alle Standorte hinweg. Das bedeutet, dass beispielsweise für eine Disziplin ein Chefarzt die Verantwortung für alle Standorte in diesem Bereich innehat. Anders als bei einer rein funktionalen Variante sind die Querschnittsfunktionen als zentralisierte, unterstützende Einheiten für alle Bereiche des medizinischen Kerngeschäfts organisiert. In Abbildung 13 wird das Modell detaillierter dargestellt.



Abbildung 13: Künftiges Organisationsmodell der Spitalgruppe

Der grosse Vorteil dieser Variante ist, dass das medizinische Kerngeschäft wie auch die medizinischen Querschnittsfunktionen über die gesamte Spitalgruppe hinweg gebündelt werden, wodurch Kompetenzen fokussiert und Skaleneffekte erzielt werden können. Ein solches Vorgehen erlaubt insgesamt eine volle Integration der bisherigen Strukturen, Prozesse und Ressourcen. Gleichzeitig werden Hierarchien flach gehalten. Zwar erhöht diese Variante tendenziell die Komplexität der Organisation gegenüber einer rein funktionalen Variante, jedoch überwiegen die Synergiepotentiale, die durch eine Zentralisierung der Querschnittsfunktionen (z.B. Apotheke) realisiert werden können. In einer rein funktionalen Organisation wären demnach zusätzlich auch die medizinischen und betriebswirtschaftlichen Querschnittsfunktionen jeweils separat in den Funktionen des medizinischen Kerngeschäfts integriert.

Prüft man die „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“ anhand der aufgestellten Kriterien werden die Vorteile gegenüber den anderen Varianten nochmals deutlich. Des Weiteren erlaubt nur eine tiefgreifende Integration das angestrebte Zielbild „Vier Standorte – Ein System“ zu realisieren und den damit verbundenen Patientennutzen zu schaffen. Die verworfenen Varianten und ein detaillierter Vergleich sind im Anhang zu finden.

In der Transformationsphase ist dieses grundsätzliche Führungs- und Organisationsmodell zu konkretisieren. Insbesondere sind die Zusammensetzung der medizinischen Bereiche und die Rolle der Pflege usw. zu klären. Aber auch das Führungsmodell innerhalb dieser Einheiten ist zu erarbeiten. Im Transformationsprozess werden die notwendigen Konkretisierungen zeitnah vorgenommen.

### 4.3 Schlussfolgerungen „Führungs- und Organisationsstruktur“

Ein Führungs- und Organisationsmodell beschreibt die grundsätzliche Ausgestaltung der Organisation und ist ein wichtiges Element für die spätere Erarbeitung des Organigramms. Das Organisationsmodell der Spitalgruppe soll insbesondere Gestaltungskriterien wie klare Entscheidungskompetenzen und Verantwortungen sowie die Vermeidung von Doppelspurigkeiten erfüllen. Auf Basis dieser Kriterien wurden verschiedene Führungs- und Organisationsmodelle entwickelt und bewertet. Als Zielbild gilt eine funktionale Organisation mit übergreifenden Querschnittsfunktionen. Diese erfüllt die Anforderungen am besten. In der Transformationsphase wird das Führungs- und Organisationsmodell konkretisiert.

## **5 Personal**

### **5.1 Attraktiver Arbeitgeber**

Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor für die gemeinsame Spitalgruppe. Die Stärke der Spitalgruppe ermöglicht attraktive Entwicklungsmöglichkeiten und höhere Arbeitsplatzsicherheit für die Mitarbeitenden. Dies führt zu einer höheren Attraktivität als Arbeitgeber. Damit verbessert sich die Nachfrage-Position auf dem knappen Markt der qualifizierten medizinischen Nachwuchskräfte. Aufgrund der erhöhten Anziehungskraft wird die Spitalgruppe ebenfalls besser in der Lage sein, Schlüsselpersonen anzuziehen.

### **5.2 Weiterbildungs- und Forschungsangebot**

Gestützt auf das Angebotskonzept werden standortübergreifende Weiterbildungscurricula im ärztlichen Bereich sowie Bildungsprogramme in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen entwickelt.

Für die Ausbildung der Studierenden ist die Grösse der Universitätsklinik bzw. der Spitalgruppe entscheidend, damit genügend klinische Ausbildungsplätze verfügbar sind. Die Spitalgruppe ist attraktiv für die Weiterbildung, da Rotationen für Assistenz- und Oberärzte in den Kliniken an den verschiedenen Standorten mit unterschiedlichen Patientengruppen unkompliziert möglich sind.

Im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung hat das Institut für Hausarztmedizin am Standort Liestal eine zentrale Bedeutung für den Nachwuchs für die allgemeininternistischen Grundversorger / Hausarztpraxen.

### **5.3 Werte / Kultur**

Die Unternehmenskulturen von KSBL und USB sind trotz Parallelen unterschiedlich (und innerhalb des KSBL bestehen auch zwischen den drei Standorten noch Unterschiede). Bei der Entstehung der gemeinsamen Spitalgruppe stellt sich die Frage, wie stark eine gemeinsame Kultur über alle Einheiten und Standorte sinnvoll bzw. angestrebt und umgesetzt werden soll. In der Transformationsphase werden die Werte geklärt, anschliessend in Führungskultur, Personalpolitik und HR-Strategie als Grundlage für eine umsichtige Heranführung an eine gemeinsame Unternehmenskultur verankert. Voraussetzung ist eine aktiv geführte, vertrauensbildende interne Kommunikation, die dem Informationsanspruch der über 10'000 direkt betroffenen Mitarbeitenden gerecht wird.

### **5.4 Privatrechtliche Regelung der Arbeitsverhältnisse**

Die öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen mit GAV der beiden Unternehmen orientieren sich in weiten Teilen materiell bereits am OR. Der Hauptunterschied zwischen diesen beiden Anstellungsformen liegt vor allem im verfahrensrechtlichen Bereich. Aus Sicht der gemeinsamen Spitalgruppe sind privatrechtliche Arbeitsverhältnisse im Rahmen eines GAV bezüglich einer künftigen Erweiterung der Spitalgruppe sowie aufgrund der kürzeren Verfahrenswege vorteilhaft.

### **5.5 Lohnsystem**

Die Lohnsysteme des KSBL und des USB sind von der Grundkonstruktion her identisch. In den zentralen Kriterien wie Einreihung der Stellen, Berechnung Anfangslohn, Definition der Lohnentwicklung (sowohl aus Prozesssicht wie auch in Bezug auf die Kriterien inkl. Gewichtungsmöglichkeit und den Einbezug der Sozialpartner) gibt es nur geringe Unterschiede.

Bei einzelnen Funktionen gibt es jedoch Unterschiede zwischen der Lohnhöhe in der Spitalgruppe. Es ist angedacht, selektiv diese Lohnhöhen benchmarkbasiert anzugleichen. Dies ist bei der Zusammenführung des KSBL und USB aus personalpolitischen und administrativen Gründen sinnvoll.



## 5.6 Pensionskasse

Im Hinblick auf die Prüfung einer gemeinsamen Spitalgruppe zwischen KSBL und USB ist die Lösung für die berufliche Vorsorge ein wichtiger Aspekt. Die unbefristet angestellten Mitarbeitenden des USB sind in der Pensionskasse Basel-Stadt (PKBS), und diejenigen des KSBL in der Basellandschaftlichen Pensionskasse (BLPK) versichert. In der BLPK sind zusätzlich die Assistenz- und Oberärzte des KSBL versichert. Weitere Vorsorgelösungen sind diejenigen für die befristet Angestellten des USB (z.B. VSAO) oder die Zusatzlösungen für die Leitenden Ärzte (wie z.B. bei der VLSS).

PKBS und die BLPK sind Sammeleinrichtungen. Die angeschlossenen Arbeitgeber werden als eigene Vorsorgewerke mit jeweils eigenem Deckungsgrad in eigener Rechnung geführt. Beide Vorsorgewerke haben eine ähnliche strukturelle Risikofähigkeit (Anteil der Rentenbeziehenden an den gesamten Vorsorgekapitalien) und einen ähnlich hohen Deckungsgrad (inkl. Wertschwankungsreserven). Jedoch hat die PKBS höhere Arbeitgeberbeiträge und einen höheren technischen Zins als die BLPK.

Als Vorsorgeträger sind prinzipiell die BLPK, die PKBS oder die Gründung einer eigenen Pensionskasse denkbar. Auch der parallele Weiterbetrieb von PKBS und PLBK wurde geprüft. Der Anschluss an eine andere Sammeleinrichtung oder an eine Versicherungsgesellschaft wurde aufgrund des hohen Vorsorgevermögens als Option verworfen.

Die Mitarbeitenden von KSBL und USB haben aktuell unterschiedliche Vorsorgepläne. So erhalten Mitarbeitende des USB in der Regel eine grundsätzlich höhere Vorsorgeleistung in Bezug auf Sparbeiträge, vergünstigte vorzeitige Pensionierung, Verzinsung der Sparbeiträge und Beitragschlüssel. Das langfristige Ziel ist es, den Vorsorgeplan schrittweise zu vereinheitlichen. Aufgrund der Marktbedingungen und der demografischen Entwicklung sind die PK-Parameter auch unabhängig von einem Spitalzusammenschluss zu hinterfragen.

Die Frage der Pensionskasse darf jedoch nicht isoliert, sondern muss als Teil einer Gesamtlösung betrachtet werden, welche alle Arbeitgeberleistungen im Sinne einer Total Compensation berücksichtigt. Zudem sind Übergangsregelungen zu treffen.

Mögliche Lösungsansätze im Umgang mit Vorsorgelösungen wurden in der Vertiefungsphase gemeinsam mit den politischen Instanzen BL und BS erarbeitet, welche die Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen balanciert berücksichtigen und die für beide Eigner entstehenden Risiken und Verpflichtungen mit einbeziehen. Bis zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Vernehmlassungsvorlagen für die rechtlichen Grundlagen der Spitalgruppe sind diese zu konkretisieren.

## 5.7 Schlussfolgerungen „Personal“

Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor für die gemeinsame Spitalgruppe. Die Stärke der Spitalgruppe ermöglicht attraktive Entwicklungsmöglichkeiten und höhere Arbeitsplatzsicherheit für die Mitarbeitenden. Dies führt zu einer höheren Attraktivität als Arbeitgeber.

Der Businessplan (vgl. Kapitel 8) sieht aufgrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen langfristig insgesamt einen Stellenausbau vor. Falls in bestimmten Fällen aufgrund der Angebotsverschiebung kein Stellenangebot am gleichen Standort unterbreitet werden kann, wird eine andere Stelle innerhalb der Spitalgruppe angeboten. Damit wird der Zusammenschluss personalverträglich umgesetzt.

Die Unternehmenskulturen von KSBL und USB sind trotz Parallelen unterschiedlich - eine umsichtige Heranführung an eine gemeinsame Unternehmenskultur ist frühzeitig in der Transformationsphase zu beginnen. Voraussetzung ist eine aktiv geführte, vertrauensbildende interne Kommunikation, die dem Informationsanspruch der über 10'000 direkt betroffenen

Mitarbeitenden gerecht wird.

Die Lohnsysteme sind sehr ähnlich. Wo dennoch Unterschiede bei einzelnen Funktionen bestehen sind selektive, benchmarkbasierte Lohnanpassungen angedacht.

Die Vorsorgelösung ist eine wichtige zu lösende Aufgabe in der Transformationsphase. Es sind verschiedene Vorsorgeträger möglich, wobei die heutigen beiden (jeweils ein eigenes Vorsorgewerk bei der PKBS bzw. der BLPK) eine ähnliche strukturelle Risikofähigkeit und einen ähnlich hohen Deckungsgrad (inkl. Wertschwankungsreserven) aufweisen. Jedoch hat die PKBS höhere Arbeitgeberbeiträge und einen höheren technischen Zins als die BLPK. Anpassungen in den Vorsorgelösungen sind aufgrund von Marktanpassungen auch ohne Zusammenschluss notwendig.

Zielbild ist die Vereinheitlichung des Vorsorgeplans über die Zeit. Die Frage der Pensionskasse soll als Teil einer Gesamtlösung betrachtet werden, welche alle Arbeitgeberleistungen im Sinne einer Total Compensation berücksichtigt. Zudem sind Übergangsregelungen zu treffen. Die öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen mit GAV der beiden Unternehmen orientieren sich in weiten Teilen materiell bereits am OR. Der Hauptunterschied zwischen diesen beiden Anstellungsformen liegt vor allem im verfahrensrechtlichen Bereich. Aus Sicht der gemeinsamen Spitalgruppe sind privatrechtliche Arbeitsverhältnisse im Rahmen eines GAV bezüglich einer künftigen Erweiterung der Spitalgruppe sowie aufgrund der kürzeren Verfahrenswege vorteilhaft.

## **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

### **A) Grundsätzliches – Total Compensation**

Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor für die gemeinsame Spitalgruppe. Die Spitalgruppe bietet den Mitarbeitenden mit ihrem breiten Dienstleistungsspektrum interessante Arbeitsgebiete und vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten. Damit positioniert sie sich als attraktiver Arbeitgeber auf dem regionalen Arbeitsmarkt und im nationalen Gesundheitswesen.

Bezüglich der erforderlichen Harmonisierung der Anstellungsverhältnisse für das Personal der neuen Spitalgruppe wird angestrebt, die bestehenden Arbeitgeberleistungen bezüglich Vergütung/Lohn sowie weitere Anstellungsbedingungen (z.B. Ferien, Zulagen) und Sozialversicherungen (Pensionskasse) integral in einer Gesamtlösung so zu gestalten, dass individuell weiterhin attraktive Anstellungsbedingungen angeboten werden („Total Compensation“-Sicht) und andererseits angemessene Synergiegewinne für die Spitalgruppe insgesamt erzielt werden können.

Die beiden Spitäler beabsichtigen, alle Arbeitsverhältnisse über den Zeitpunkt des Zusammenschlusses zur gemeinsamen Spitalgruppe hinaus weiterzuführen. Es wird keine fusionsbedingten Entlassungen geben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass zukünftig alle Stellen genau im bisherigen Umfang weitergeführt werden. Längerfristig ist gesamthaft mit einem Stellenaufbau zu rechnen, kurzfristig kann es jedoch – insbesondere in Supportfunktionen – durchaus zu Verschiebungen oder einem Abbau kommen, der sich jedoch über die natürliche Fluktuation realisieren lässt.

### **B) Anstellungsbedingungen**

Die heute geltenden öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen mit einem

Gesamtarbeitsvertrag (GAV) der beiden Spitäler orientieren sich in weiten Teilen materiell bereits am Obligationenrecht (OR). Der Hauptunterschied zwischen diesen beiden Anstellungsformen liegt vor allem im verfahrensrechtlichen Bereich. In § 11 Staatsvertrag werden neu privatrechtliche Anstellungsbedingungen gemäss OR vorgesehen. Dies entspricht der üblichen Anstellungsform von als Aktiengesellschaft geführten öffentlichen Spitalern. Gegenüber öffentlich-rechtlichen Anstellungsverhältnissen unterscheiden sich privatrechtliche Anstellungsverhältnisse primär im Verfahrensweg bei Streitigkeiten und punktuell in anderen Belangen, z.B. bei den Kündigungsregelungen. In einem GAV kann man über das OR hinausgehende Regelungen vereinbaren, jedoch unter Berücksichtigung der zwingenden Regelungen des OR.

Die beiden Spitäler verfügen seit dem 1. Januar 2016 jeweils über einen Gesamtarbeitsvertrag (GAV). Deren Ausgestaltung und Verhandlung erfolgte zeitlich parallel mit den fast identischen Personalverbänden.

Ein Vergleich der bestehenden Anstellungsbedingungen zeigt folgende Unterschiede zwischen den Spitalern auf:

Anstellungsbedingungen	USB	KSBL
Arbeitszeit	Oberärzte: Fixzeitenmodell	Oberärzte: Bandbreitenmodell
Ferien	Identisch ausser ab 50	Identisch ausser ab 50
Feiertage / Flexitage	Kombination Feiertage / Flexitage	Keine Flexitage
Dienstjubiläum	Geld- / Zeitbezug	Geldbezug / Ferientage
Mutterschaftsurlaub	14 / 16 Wochen	16 Wochen
Unterhaltszulage	CHF 400 – CHF 570, gemäss Beschäftigungsgrad und Anzahl Kinder	CHF 329.45 – CHF 428.40, nach Einkommen gestaffelt, unabhängig vom Beschäftigungsgrad
Schichtbonus	Unterschiedlich nach Berufsgruppe	Kombiniert mit Zulage
Nachtzulage	Einheitlich	Kombiniert mit Schichtbonus
Pikett	CHF 3/h	CHF 2/h

Auch in der neuen Spitalgruppe werden die wesentlichen Inhalte der Anstellungsbedingungen – im Einvernehmen mit den massgebenden Personalverbänden – in einem neuen GAV verankert. Im Hinblick auf eine möglichst vorteilhafte Positionierung auf dem Arbeitsmarkt, sollen die Anstellungsbedingungen attraktiv und konkurrenzfähig sein. Gestützt auf diesen GAV wird jeder einzelnen Mitarbeiterin bzw. jedem einzelnen Mitarbeiter ein neuer Vertrag ausgehändigt. Es ist vorgesehen, den neuen GAV im Jahr 2018 zu verhandeln und auf den Zeitpunkt der Fusion des USB und KSBL zur Spitalgruppe in Kraft zu setzen. Die einzelnen Arbeitsverträge sollen bis Ende Juni 2019 den Mitarbeitenden zugestellt werden können.

### C) Lohn-/Vergütungssystem

Die Lohnsysteme des KSBL und des USB sind von der Grundkonstruktion her analog aufgebaut. In den zentralen Kriterien wie Einreihung der Stellen, Berechnung Anfangslohn, Definition der Lohnentwicklung (sowohl aus Prozesssicht wie auch in Bezug auf die Kriterien inkl. Gewichtungsmöglichkeit und den Einbezug der Sozialpartner gemäss GAV) gibt es nur geringe Unterschiede.

Bei einzelnen Funktionen gibt es jedoch Unterschiede in der Lohnhöhe der beiden Spitäler. Tendenziell liegen im KSBL die Löhne insbesondere im Kerngeschäft im Schnitt leicht über denjenigen beim USB. Es ist vorgesehen, diese Lohnhöhen punktuell benchmarkbasiert zu

harmonisieren.

Zusammenfassend ist zu den Themen Lohn und Anstellungsbedingungen festzuhalten, dass grundsätzlich in diesen beiden Bereichen (ohne Pensionskasse) gesamthaft keine Einsparungen vorgesehen sind. Basierend auf den bestehenden GAV beider Spitäler sowie auf Basis eines Marktvergleichs in der Gesundheitsbranche sollen attraktive Anstellungsbedingungen für die Belegschaft der Spitalgruppe vereinbart werden.

## **D) Pensionskasse**

### **Einleitung**

Für jeden Arbeitgeber ist die Lösung für die berufliche Vorsorge ein wichtiger Punkt seiner Arbeitsplatzattraktivität. Die unbefristet angestellten Mitarbeitenden des USB und des KSBL sind in der Pensionskasse Basel Stadt (PKBS) bzw. in der Basellandschaftlichen Pensionskasse (BLPK) versichert. In der BLPK sind zusätzlich die Assistenz- und Oberärzte des KSBL versichert. Die weiteren Lösungen wie diejenige für die befristet Angestellten des USB (z.B. für Assistenz- und Oberärzte über den Verband der Schweizer Assistenz- und OberärztInnen [VSAO]) oder die Zusatzlösungen für die leitenden Ärzte (wie z.B. beim Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz [VLSS]) sind nicht Bestandteil dieses Berichts, da diese separaten Vorsorgelösungen weiterhin bestehen bleiben werden.

### **Organisation der Vorsorgeeinrichtungen heute**

Die PKBS und die BLPK sind beide Sammeleinrichtungen. Die angeschlossenen Arbeitgeber werden als eigene Vorsorgewerke mit jeweils eigenem Deckungsgrad in eigener Rechnung geführt. Die Vermögensanlage, die Administration sowie die Versicherungsrisiken (Tod und Invalidität der aktiven Versicherten, Langlebigkeit der Rentenbeziehenden) sind gepoolt, um von den Skaleneffekten zu profitieren. Die revidierten Pensionskassengesetze sind seit dem 1. Januar 2015 (BL) bzw. dem 1. Januar 2016 (BS) in Kraft.

Die BLPK ist im System der Vollkapitalisierung geführt. Fällt der Deckungsgrad eines Vorsorgewerks unter 100%, sind Sanierungsmassnahmen zu prüfen und – sofern notwendig – zu ergreifen. Bei der PKBS werden die Vorsorgewerke des Kantons, des USB und von fünf weiteren 100%-Beteiligungen in Teilkapitalisierung geführt, die restlichen in Vollkapitalisierung. Erst falls der Deckungsgrad der in Teilkapitalisierung geführten Vorsorgewerke unter 80% fällt, sind Sanierungsmassnahmen zu ergreifen.

Im Falle einer Teilliquidation (Austritt eines Anschlusses oder erhebliche Verminderung der Zahl der versicherten Personen) eines im System der Teilkapitalisierung geführten Vorsorgewerks hat der Kanton Basel-Stadt die Unterdeckung wegen der für das System der Teilkapitalisierung notwendigen Staatsgarantie für die Austritte auszugleichen (höchstens Teil ab 80% bis 100%). Diese Staatsgarantie besteht somit auch für das Vorsorgewerk USB.

### **Kennziffern per 31. Dezember 2016**

Nachstehend werden die wichtigsten Kennziffern der beiden Vorsorgewerke miteinander verglichen.

**Tabelle: Vergleich der Vorsorgesituation per 31.12.2016; VZ 2010, 3.0%; Werte in Mio. Fr.**

<b>Vorsorgewerk</b>	<b>USB</b>	<b>KSBL</b>	<b>Total</b>
<b>Vorsorgevermögen</b>	<b>1891.1</b>	<b>764.0</b>	<b>2655.1</b>
Vorsorgekapitalien aktiv Versicherte	911.6	390.0	1301.6
Rückstellungen aktiv Versicherte	22.8	4.4	27.2
Teuerungsfonds	8.4	0.0	8.4
Vorsorgekapitalien Rentenbeziehende	908.0	351.0	1259.0
Rückstellungen Rentenbeziehende	22.5	9.8	32.3
<b>Verbindlichkeiten</b>	<b>1873.3</b>	<b>755.2</b>	<b>2628.5</b>
<b>Wertschwankungsreserve</b>	<b>17.8</b>	<b>8.8</b>	<b>26.6</b>
<b>Deckungsgrad</b>	<b>101.0%</b>	<b>101.2%</b>	<b>101.0%</b>
<b>Anteil Vorsorgekapitalien aktiv Versicherte</b>	<b>50%</b>	<b>52%</b>	<b>51%</b>
Massgebender Lohn	372.2	230.6	602.8
Versicherter Lohn	267.0	167.5	434.5
Vers. Lohn / Massg. Lohn	72%	73%	72%
<b>Kapital Aktive / versicherter Lohn</b>	<b>341%</b>	<b>233%</b>	<b>300%</b>

– **Vorsorgevermögen**

Das Vorsorgevermögen des Vorsorgewerks USB ist mehr als doppelt so hoch als dasjenige des Vorsorgewerks KSBL. Konsolidiert beträgt das Vermögen 2.55 Mrd. Franken.

– **Wertschwankungsreserve**

Per Ende 2016 weisen beide Vorsorgewerke einen Deckungsgrad von über 100% aus. Aufgrund der angekündigten Senkung des technischen Zinssatzes durch die BLPK fällt jedoch der Deckungsgrad des Anschlusses des KSBL per 1. Januar 2018 unter 100% und löst grundsätzlich Sanierungsmassnahmen aus.

– **Anteil Vorsorgekapitalien aktiv Versicherte**

Je höher der Anteil der Vorsorgekapitalien der aktiv Versicherten an den gesamten Vorsorgekapitalien ausfällt, desto risikofähiger ist eine Pensionskasse. Dies deshalb, weil bei Unterdeckung nur die aktiv Versicherten und allenfalls der Arbeitgeber für eine Sanierung herangezogen werden können, nicht aber die Rentenbeziehenden. Beim Vorsorgewerk USB ist der Anteil leicht tiefer, bei beiden Vorsorgewerken befinden sie sich aber in ähnlichen Verhältnissen.

– **Versicherter Lohn / Massgebender Lohn**

Hier zeigt es sich, dass beide Vorsorgewerke ähnliche Koordinationsregelungen kennen, sprich es ist ein ähnlich hoher Teil des massgebenden Lohns versichert.

– **Kapital aktiv Versicherte / versicherter Lohn**

Diese Kennziffer zeigt, wie viel Kapital in der beruflichen Vorsorge durchschnittlich pro Franken versicherter Lohn angespart ist. Nebst dem Durchschnittsalter spielt der

Umfang des Sparteils eine wesentliche Rolle für diese Grösse. Hier ist der Unterschied erheblich. Falls eine ähnliche Altersverteilung besteht – wovon ausgegangen werden kann – so zeigt sich, dass im Plan USB deutlich mehr angespart worden ist als im Plan KSBL. Dies ist eine Folge des bisherigen Leistungsprimats, in dem der Plan der PKBS ein Rentenziel von 65% (BLPK: 60%) versichert hat, der verstärkten Barwerte sowie der höheren prozentualen Besitzstandseinlage für den Primatwechsel.

Die beiden Vorsorgewerke verfügen damit über eine ähnliche strukturelle Risikofähigkeit und einen ähnlich hohen Deckungsgrad, sodass bezüglich dieser Kennziffern eine Zusammenführung per Stichtag erleichtert wird.

### **Vorsorgeplan und Finanzierung**

Die wesentlichsten Unterschiede sind die Folgenden:

#### **– Altersleistungen**

Die Summe der ab Alter 25 zu leistenden Sparbeiträge ist beim Plan USB knapp 20% höher, sodass im Alter 65 eine entsprechend höhere Altersrente resultiert. Im Alter 63 ist diese Differenz noch ausgeprägter, da die Lösung USB eine vergünstigte vorzeitige Pensionierung sowie eine AHV-Überbrückungsrente vorsieht, welche die Lösung KSBL seit der Revision der gesetzlichen Grundlagen in BL mit Inkrafttreten per 1. Januar 2015 nicht mehr kennt.

#### **– Finanzierung**

Beim USB leistet der Arbeitgeber 2/3 der Beiträge, beim KSBL hingegen während 20 Jahren "nur" 55% und danach 60%. Weiter bestehen Unterschiede betreffend:

- Beiträge an den Teuerungsfonds bzw. Stabilisierungsbeitrag: USB: 5.0% zur Stärkung des Deckungsgrads bis Ende 2024 bzw. mindestens solange, bis der Deckungsgrad über 100% ansteigt, erst dann wird der Teuerungsfonds alimentiert; KSBL: 0.6% während 20 Jahren, danach 2.4%.
- Stabilisierungsbeitrag der aktiv Versicherten infolge Teilkapitalisierung: USB: 1.6% des versicherten Lohns bis Ende 2024; in KSBL nicht vorgesehen.
- Risikobeitrag: USB: 4.0% durch den Arbeitgeber, 1.5% durch die aktiv Versicherten, da mit den Beiträgen des Arbeitgebers zusätzlich die vergünstigte vorzeitige Pensionierung sowie die AHV-Überbrückungsrente finanziert werden; in KSBL: deutlich tiefere Risikobeiträge, die Risikobeiträge KSBL schlüsseln sich während 20 Jahren zu 45:55 und danach zu 40:60 auf AN und AG auf.

#### **– Risikoleistungen Invalidität und Tod**

Die bis Alter 65 auszurichtende Rente bei Vollinvalidität beträgt bei der Lösung USB 65%, bei derjenigen für das KSBL 60% des versicherten Lohns. Zusätzlich werden die (unterschiedlich hohen) Sparbeiträge dem Konto der invaliden Person gutgeschrieben. Da die anwartschaftliche Ehegattenrente 2/3 der versicherten

Invalidenrente beträgt, ist diese ebenfalls entsprechend unterschiedlich hoch.

Der bisherige Vorsorgeplan für die Angestellten des USB ist damit sowohl betreffend Altersleistungen als auch Risikoleistungen im Vergleich mit dem KSBL und auch mit allen vergleichbaren Arbeitgebern besser ausgestaltet. Damit verbunden sind entsprechend höhere Beiträge, wovon der Arbeitgeber beim USB 2/3 leistet und beim KSBL in den nächsten 20 Jahren 55%.

### **Verzinsungsgrundsätze**

Für das bei der PKBS in Teilkapitalisierung geführte Vorsorgewerk USB gilt gemäss § 5 Abs. 3 des Pensionskassengesetzes Basel-Stadt (PKG), dass die Sparkapitalien mit dem technischen Zinssatz (3.0% seit 2016, ab 1. Januar 2019 2.5%) verzinst werden. Sollte der Deckungsgrad unter 83.5% sinken, erfolgt eine Verzinsung zum BVG-Mindestzinssatz (z.Zt. 1.25%). Fällt der Deckungsgrad unter 80%, erfolgt eine Nullverzinsung. Diese Regelung hat aber nichts mit einer Teilkapitalisierung zu tun, sondern ist von den Sozialpartnern so ausgehandelt worden.

Für das in Vollkapitalisierung geführte Vorsorgewerk des KSBL richtet sich der den aktiven Versicherten maximal gutzuschreibende Zins hingegen nach dem Deckungsgrad, der erzielten Performance sowie der Höhe des BVG-Mindestzinssatzes. Da davon auszugehen ist, dass es sehr lange dauern wird, bis eine Wertschwankungsreserve aufgebaut ist, ist anzunehmen, dass die aktiv Versicherten in den nächsten Jahren keine 2.5% Zins erhalten werden.

### **Vorsorgeträger**

#### Übersicht:

Mit Blick auf das im Vergleich zu vielen autonomen Kassen hohe bis sehr hohe Vorsorgevermögen ergeben sich drei mögliche Träger für eine künftige gemeinsame Vorsorge, nämlich die Durchführung entweder bei der PKBS oder bei der BLPK in jeweils einem eigenen Vorsorgewerk oder die Gründung einer eigenen Pensionskasse.

Der Anschluss an eine andere Sammeleinrichtung oder an eine Versicherungsgesellschaft ist hingegen aus diversen Gründen und insbesondere wegen des Volumens kaum sinnvoll oder sogar nicht praktikabel.

Auch die Variante, dass ein Teil bei der PKBS und der andere Teil bei der BLPK geführt wird, wird nicht weiter verfolgt, da dies personalpolitisch problematisch wäre, vor allem weil damit der Ort der Anstellung über die Pensionskassenkonditionen entscheiden würde und dasselbe Stellenprofil von unterschiedlichen Sanierungsfolgen betroffen wäre.

**Tabelle: Mögliche Varianten für den Vorsorgeträger und die Kapitalisierung (weitere Möglichkeiten wie Anschluss an eine Sammelstiftung werden nicht erwogen)**

<b>Träger</b>	<b>Kapitalisierung</b>
Eigene Stiftung	Vollkapitalisierung
PKBS	Teilkapitalisierung
PKBS	Vollkapitalisierung
BLPK	Vollkapitalisierung

Aufgrund der Ausgangslage, dass beide Spitäler zur Zeit nur über eine marginale Wertschwankungsreserve verfügen, müssten diese für eine Vollkapitalisierung aufgebaut

werden und entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden, was entsprechende finanzielle Mittel erfordern würde (Cash-Flow). Auf der andern Seite stehen in der Spitalgruppe Investitionen in grösserem Umfang an, deren Umsetzung durch den Aufbau einer Wertschwankungsreserve stark beeinträchtigt würde. **Daher haben sich die beiden Kantone und die Verwaltungsräte dafür entschieden, das Vorsorgewerk USB bei der PKBS, das im System der Teilkapitalisierung geführt wird, zum Vorsorgewerk der [Spitalgruppe AG] zu erweitern.** Langfristiges Ziel bleibt aber, dass sich die Spitalgruppe zur Stärkung ihrer unternehmerischen Freiheit und Eigenverantwortung von der Staatsgarantie löst. Das Vorsorgewerk der Spitalgruppe geht dabei – wie die übrigen Vorsorgewerke in der Teilkapitalisierung bei der PKBS – automatisch in die Vollkapitalisierung über, sobald die entsprechenden Bedingungen gemäss dem Pensionskassengesetz BS erfüllt sind, insbesondere wenn mindestens ein Deckungsgrad von 116% vorliegt.

#### Teilkapitalisierung bei der PKBS:

Mit der Bildung der Spitalgruppe verbunden ist die Auflösung des Anschlussvertrags zwischen dem KSBL und der BLPK. Sämtliche aktiv Versicherten und Rentenbeziehenden werden in das Vorsorgewerk USB bei der PKBS transferiert, welches dann zum Vorsorgewerk der [Spitalgruppe AG] wird.

Eine Teilkapitalisierung bedingt eine Staatsgarantie, welche der Kanton Basel-Stadt für seine 100%-Beteiligungen ausgesprochen hat (§ 6 Abs. 3 PKG). Somit ist im Staatsvertrag vorzusehen, dass die Staatsgarantie auch für das Vorsorgewerk der Spitalgruppe gilt. Zu diesem Zweck hat der Regierungsrat Basel-Stadt die bestehende Staatsgarantie zu erweitern oder eine zusätzliche zu beschliessen.

Ein Hauptvorteil dieser Lösung ist, dass keine Ausfinanzierung notwendig ist. Wird z.B. davon ausgegangen, dass der Deckungsgrad der Vorsorgewerke bis zum Zeitpunkt der Zusammenführung auf 95% sinkt, kommt dies im System der Teilkapitalisierung einer Wertschwankungsreserve von 15% (Teil über 80%) gleich, während es im System der Vollkapitalisierung eine Sanierung bedingt, um wieder auf 100% zu gelangen.

Aber auch das System der Teilkapitalisierung beinhaltet Risiken: Sobald der Tatbestand einer Teilliquidation erfüllt ist (wegen unfreiwilliger Austritte von mindestens 250 Personen, Details gemäss Art. 2 Abs. 3 des Teilliquidationsreglements der PKBS), hat der Garantiegeber, somit also der Kanton BS, die Differenz des Teils unter dem Deckungsgrad von 100% der Freizügigkeitsleistungen der austretenden Personen, höchstens aber den Teil ab 80%, zu finanzieren. An einem fiktiven Beispiel können die Folgen aufgezeigt werden:

- Annahme: Deckungsgrad von 90%; 250 aktiv Versicherte werden entlassen: Somit Austritt von 42 Mio. Franken (=3.13% von 1.329 Mrd. Franken), davon sind 10% nicht gedeckt: 4.2 Mio. Franken Staatsgarantie werden fällig;
- Kanton BS hat der PKBS 4.2 Mio. Franken zu vergüten, diese finanziert damit die Differenz zu den 100% Freizügigkeitsleistungen der Austretenden;
- Rückgriff von Kanton BS auf Kanton BL gemäss im Staatsvertrag vereinbartem Schlüssel:
  - Schlüssel: Anteil der Vorsorgeverbindlichkeiten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens (Stichtag 31. Dezember 2016: 29% BL);
  - Im Beispiel: Kt. BS leistet 4.2 Mio. Franken an PKBS, Kt. BL leistet 29% davon an Kt. BS, somit 1.2 Mio. Franken.



Diese Teilliquidationsfolgen würden bei einer Verschlechterung der Versichertenstruktur und gleichzeitigem Deckungsgrad von unter 100% noch vergrössert. Vereinfachend kann dies so erklärt werden: Je stärker der Deckungsgrad unter 100% liegt, desto mehr Umlage beinhaltet die Lösung und umso mehr ist sie auf aktive Versicherte (Perennität) angewiesen. Der Deckungsgrad darf aber gemäss PKG nicht unter 80% fallen, ansonsten Sanierungsmassnahmen zu ergreifen sind, sodass hier ab 80% automatisch Gegensteuer gegeben werden muss.

Der Hauptvorteil der anvisierten Trägerlösung ist damit derjenige, dass keine Wertschwankungsreserve geleistet werden muss bzw. diese bereits vorhanden ist (Teil über 80%). Damit wird die Investitionsfähigkeit der Spitalgruppe gestärkt.

Der Nachteil dieser Lösung besteht darin, dass im Falle einer Teilliquidation bei gleichzeitiger Unterdeckung die Staatsgarantie des Kantons Basel-Stadt und in der Folge ein anteiliger Beitrag des Kantons Basel-Landschaft ausgelöst wird. Weiter basiert das System der Teilkapitalisierung auf der Annahme der Perennität.

Ein weiterer Nachteil wäre die Kündigung des Anschlussvertrags mit der PKBS, falls gleichzeitig eine Unterdeckung bestehen würde, da dann die Staatsgarantie ebenfalls ausgelöst würde. Eine Kündigung hat durch den angeschlossenen Arbeitgeber zu erfolgen. Einen solchen schwerwiegenden Schritt kann die Spitalgruppe jedoch nicht ohne Einverständnis der Aktionäre an der Generalversammlung, d.h. der Trägerkantone, beschliessen, sodass dieses Risiko eher theoretischer Natur ist.

Da Berechnungen gezeigt haben, dass eine Finanzierung der für das System der Vollkapitalisierung anzustrebenden Wertschwankungsreserve durch die Spitalgruppe kurzfristig nicht oder kaum möglich ist, sind die Startvarianten in Vollkapitalisierung zugunsten der Teilkapitalisierungslösung verworfen worden.

In Art. 12 des Staatsvertrags wird auch geregelt, wie eine Verwässerung bei der Zusammenführung der beiden Versichertenbestände verhindert werden kann. Es ist vorgesehen, dass ein Deckungsgradunterschied von über 3%-Punkten von der Spitalgruppe mittels Amortisation über längstens 10 Jahre auszugleichen ist. Da dies aus Sicht der PKBS eine Forderung gegenüber dem Arbeitgeber darstellt und eine solche 5% des Vermögens nicht übersteigen darf, ist darauf zu achten, dass diese Limite von 5% bei Beginn nicht überschritten wird. Allerdings ist ein solches Szenario sehr unwahrscheinlich, da dies im Zeitpunkt der Zusammenführung eine Deckungsgraddifferenz von über 8%-Punkten (erst dann wäre der Ausgleich höher als 5%) bedingen würde, während per Ende 2016 in der Realität so gut wie kein Deckungsgradunterschied besteht.

### **Künftiger Vorsorgeplan**

Die Frage der beruflichen Vorsorge soll als Teil einer Gesamtlösung betrachtet werden, welche alle Arbeitgeberleistungen im Sinne einer Total Compensation berücksichtigt. Die Anstellungsbedingungen sind so zu harmonisieren, dass sie die Attraktivität der Spitalgruppe als Arbeitgeber und angemessene Synergien sicherstellen. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass **Anpassungen** in den Vorsorgelösungen (versicherungstechnische Parameter) **aufgrund von Marktanpassungen unabhängig von der Spitalgruppenbildung notwendig** sind.

Da die heutigen Pläne vom USB und KSBL in Bezug auf Leistungen und Finanzierung weit auseinander liegen, empfiehlt sich eine Lösung, die sich an der (Gesundheits-) Branche orientiert. Angestrebt wird eine Lösung, die sowohl bei der Höhe der Altersleistungen als auch bei der Finanzierung zwischen den beiden heutigen Lösungen liegt.

Ein wichtiger Punkt ist die Übergangsregelung von den heutigen Vorsorgeplänen in die neue Lösung. Da von zwei unterschiedlichen Vorsorgeplänen auf eine "Mittellösung" gewechselt werden soll, ist eine Übergangsregelung anspruchsvoll. Insbesondere sollte die Übergangsregelung aus personal- bzw. geschäftspolitischer Sicht auch so ausgestaltet werden, dass keine Pensionierungswellen entstehen, um zu verhindern, dass ungewollt Know-How abfließt.

Eine Vereinheitlichung des Vorsorgeplans ist aus personalpolitischen Gründen, aber auch zwecks Vereinfachung, zwingend anzustreben. Weiter soll eine Übergangslösung vorgesehen werden.

## 6 Recht

### 6.1 Anforderungen an das rechtliche Modell

Das rechtliche Integrationsmodell ist einer der wesentlichsten Faktoren, welche das Zielbild der gemeinsamen Spitalgruppe prägen werden. Massgebende Richtschnur für die Wahl des geeigneten Integrationsmodells ist das Erreichen der drei übergeordneten Projektzielsetzungen und die Unterstützung des strategischen Zielbildes (vgl. Kapitel 3) sowie des angestrebten Organisationsmodells (vgl. Kapitel 4). Zurzeit sind das KSBL und das USB zwei unterschiedliche juristische Personen in der Rechtsform von selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalten.

#### **Ein hoch integriertes Rechtsmodell ist notwendig, um die übergeordneten Projektzielsetzungen zu erreichen**

Um die übergeordneten Projektzielsetzungen im Rahmen des betrieblichen Zielbilds und der strategischen Positionierung zu erreichen, ist ein rechtliches Integrationsmodell notwendig, welches eine gemeinsame angebotsstrategische Ausrichtung, einen optimalen Einsatz von Ressourcen, standortübergreifend abgestimmte Prozesse, den Austausch von Personal, Daten und Patienten, eine wirtschaftliche Leistungserbringung sowie ein einheitliches Erscheinungsbild ermöglicht. Angesichts von sich rasch ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen soll sich das Integrationsmodell zudem durch eine hohe Flexibilität auszeichnen.

Die drei herausfordernden übergeordneten Projektzielsetzungen des Zusammenschlusses können aus Sicht der Betriebe mit einer wenig integrierten Spitalgruppe nicht erreicht werden. Eine rechtlich wenig integrierte Spitalgruppe ist zwar einfacher, schneller und günstiger umsetzbar, erlaubt es aber nicht langfristig wesentliche Synergiepotentiale im Kerngeschäft zu realisieren. Synergiepotentiale bleiben grösstenteils auf vereinzelte Supportbereiche beschränkt. Zudem entstehen operative Risiken durch die fehlende Integration. Konkret würden der Austausch von Daten, die optimale Zuteilung von Mitarbeitenden und die allfällige Verlegung von Patienten in einer wenig integrierten Spitalgruppe durch rechtliche Hürden deutlich erschwert. Der Austausch von Personal könnte nur über das Instrument des Personalverleihs stattfinden. Der Datenaustausch ist nicht wie in einem integrierten Spital möglich, sondern nur wie zwischen zwei Spitälern, die heute bereits kollaborieren. Die Realisierung der Betriebskonzepte wäre nicht wie geplant möglich, da aufgrund unterschiedlicher finanzieller Anreize die Patientenströme medizinisch und gesamtwirtschaftlich nicht sinnvoll gesteuert werden können.

Der Zusammenschluss macht daher nur in einem rechtlich hoch integrierten Modell Sinn. Als Rechtsform kommen die AG und die bikantonale Anstalt in Frage, welche im Folgenden weiter konkretisiert werden. Weitere ebenfalls geprüfte Varianten sind im Anhang beigefügt.

### 6.2 Wahl der Rechtsform

Die Varianten „Aktiengesellschaft“ und „Bikantonale Anstalt“ unterscheiden sich primär über die unterschiedliche Rechtsform. Abbildung 14 zeigt die jeweils zugrundeliegenden Prinzipien.

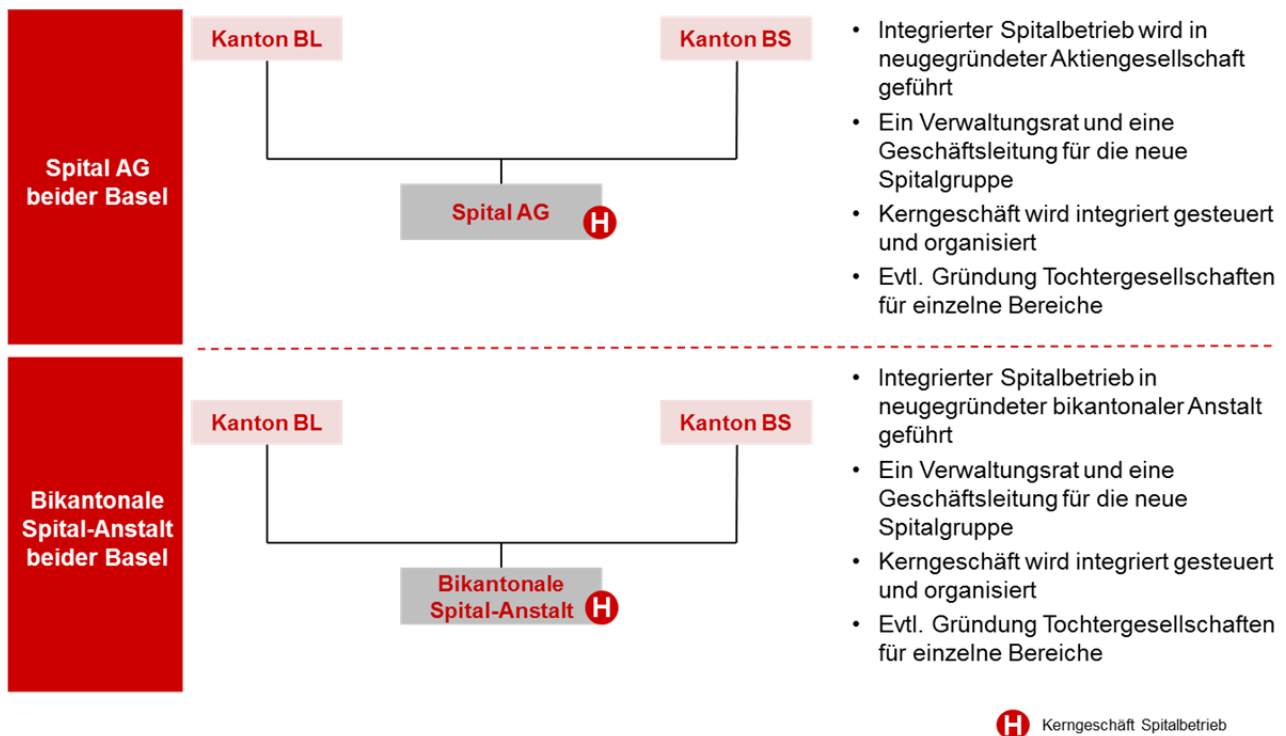


Abbildung 14: Darstellung der hochintegrierten rechtlichen Integrationsmodelle

Aus betrieblicher Sicht ist die privatrechtliche Form der **Aktiengesellschaft** (Art. 620 ff. OR) das präferierte Modell. Vorteile einer Aktiengesellschaft sind die klarere Governance, die deutlich höhere Flexibilität in Bezug auf spätere Erweiterungen (Beteiligungen, etc.), optimale Finanzierungsstrukturen sowie die einfachere Umsetzung und Anpassung an unterschiedliche Rahmenbedingungen. Zudem erlauben es Beteiligungsverhältnisse, den allenfalls unterschiedlichen Wert der beiden zusammenschliessenden Unternehmen adäquat zu berücksichtigen, ohne Ausgleichszahlungen vornehmen zu müssen. Unabhängig von Beteiligungsverhältnissen können über einen Aktionärsbindungsvertrag (sogenannter ABV) die Rechte der Aktionäre gleichmässig ausgestaltet werden. Insgesamt sind durch das Aktienrecht die Rechte der Aktionäre klar umschrieben.

Um eine Steuerbefreiung zu erreichen, wird die Aktiengesellschaft gemeinnützig ausgestaltet. Hauptzweck der Gesellschaft wird der öffentliche Zweck der Spitalversorgung sowie der Forschung und Lehre sein.

Die übrigen Formen der Aktiengesellschaft (gemeinwirtschaftliche Aktiengesellschaft nach Art. 762 OR / spezialgesetzliche kantonale Aktiengesellschaft nach Art. 763 OR) wurden geprüft und verworfen.

Eine **bikantonale Anstalt** bietet Vorteile in der Ausgestaltung für den Eigner. Zudem bestehen Erfahrungen bei der Steuerung des Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), welches die Rechtsform der bikantonalen Anstalt aufweist. Der höhere Gestaltungsspielraum wird zu Lasten der Governance der Spitalgruppe gehen und zu einem höheren Umsetzungsaufwand führen. Die Kantone werden über die Eigentümerfunktion stark mitgestaltet (müssen), was zu Rollenkonflikten mit der Steuerung über die Leistungsaufträge führt. Der gewichtigste Nachteil sind die Einschränkungen in der späteren Flexibilität für ausser-kantonale Erweiterungen über BS/BL hinaus. Das Fehlen von Beteiligungsverhältnissen kann zur Notwendigkeit von Ausgleichszahlungen zwischen den Kantonen führen. Auch ist damit ausgeschlossen, dass private Träger sich an der Gesellschaft beteiligen können. Zudem sind die Finanzierungsmöglichkeiten eingeschränkt.

Das Integrationsmodell wurde in enger Zusammenarbeit mit ausgewählten Schlüsselpersonen des KSBL und des USB erarbeitet. Ein hoch integriertes Modell wurde als Voraussetzung für die Umsetzung der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Betriebskonzepte identifiziert.

## **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

### **A) Das Rechtsmodell der Spitalgruppe**

Für die Umsetzung der strategischen Positionierung sowie die Realisierung der Synergiepotentiale ist aus Sicht der beiden Spitäler und der Eigner für die Spitalgruppe ein hoch integriertes Führungs-, Organisations- und Rechtsmodell erforderlich, das eine möglichst grosse betriebliche Flexibilität bei gleichzeitiger Sicherstellung des Service Public und der Arbeitgeberverantwortung einer öffentlichen Spitalunternehmung ermöglicht.

Die Gesellschaftsform der Aktiengesellschaft ist im schweizerischen Gesundheitswesen weit verbreitet, insbesondere auch bei Spitälern mit öffentlichem Auftrag respektive Zweck. Als Beispiele hierzu dienen folgende bereits in der Form einer AG organisierten Spitäler: Spital Thurgau AG, Kantonsspital Aarau AG (KSA), Kantonsspital Baden AG (KSB), Solothurner Spitäler AG und Insel Gruppe AG in Bern. Bei diesen Aktiengesellschaften ist die öffentliche Hand Aktionär und nimmt auf diese Weise seine Versorgungspflichten wahr, gleichzeitig bietet sich die Möglichkeit, die politisch geforderten Kooperationen mit anderen Institutionen rechtlich problemlos einzugehen. Zudem hat ein Spital in der Form der Aktiengesellschaft gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Organisationform den entscheidenden Vorteil, in kurzer Zeit unternehmerische Entscheide zu fällen und umzusetzen, um so - wie andere Spitäler im Markt auch - eigene Ziele zu erreichen. Sie bietet für die Umsetzung der strategischen Positionierung und die Realisierung der Synergiepotentiale im Gegensatz zu reinen Kooperationsmodellen die notwendige betriebliche Flexibilität bei gleichzeitiger Wahrnehmung der Verantwortung eines öffentlichen Spitals.

Das rechtliche Umsetzungskonzept sieht vor, dass die Kantone eine AG mit minimalem Aktienkapital gründen (Spitalgruppe) und in einem 2. Schritt die beiden Spitäler und die Aktiengesellschaft einen Fusionsvertrag schliessen, der die Übertragung aller Aktiven und Passiven vorsieht (sog. parallele Absorptionsfusion). Die Aktienanteile an der nun gewachsenen Gesellschaft entsprechen jeweilig den durch die Fusion übernommenen Vermögenswerten. Der Fusionsvertrag stützt sich auf den Staatsvertrag, die Übertragung der Vermögenswerte hingegen richtet sich nach dem Fusionsgesetz. Das Konzept respektive der Fusions-Vertragsentwurf wurden durch das Handelsregister einer Vorprüfung unterworfen und positiv beurteilt.

### **B) WEKO-Verfahren**

Die wettbewerbsrechtlichen Vorabklärungen im 2016 haben ergeben, dass

- der geplante Zusammenschluss zwischen dem KSBL und USB einen Unternehmenszusammenschluss im Sinne von Art. 4 Abs. 3 lit. a Kartellgesetz (KG) darstellt;
- die Frage, ob die dem Wettbewerb entzogenen Bereiche nach Art. 3 Abs. 1 KG (z.B.: KVG-Bereich) in der Berechnung der nach Art. 9 Abs. 1 KG erforderlichen Umsatzschwellen auch zu beachten sind, wurde durch das Sekretariat der WEKO mit Gutachten vom 9. November 2015 bejaht.

Damit stand fest, dass der anvisierte Zusammenschluss aus wettbewerbsrechtlicher Sicht meldepflichtig ist.

Aufgrund der speziellen Umstände, dass das Zusammenschlussvorhaben vom Entscheid der beiden Kantonsparlamente und möglicher Volksabstimmungen abhängt, hat das Präsidium der WEKO entschieden, die Prüfung ausnahmsweise zwei Jahre vor der geplanten Fusion durchzuführen.

Nach erfolgter Ablehnung der Bruderholzinitiative hat die Spitalgruppe in Mandatierung der beiden Verwaltungsräte der Unternehmen am 22. Mai 2017 die formelle Meldung bei der WEKO eingereicht. Mit Nachreichung gewisser Dokumente und Informationen hat die WEKO per 9. Juni 2017 den Erhalt der vollständigen Meldung über das Zusammenschlussvorhaben bestätigt.

Nach einer formellen Vorprüfung hat die WEKO am 7. Juli 2017 entschieden, dass nach Art. 10 Abs. 1 KG die Voraussetzungen für eine vertiefte Prüfung gegeben sind.

In ihrer Begründung führt sie aus, dass in dem für das Zusammenschlussvorhabens relevanten Raumes „Region nördlich des Jura“ im Markt für akutstationäre Spitaldienstleistungen - sowohl im Grund- wie auch im Zusatzversicherungsbereich - durch den Zusammenschluss eine Stärkung der Marktposition erfolgt bzw. Anhaltspunkte für die Begründung einer marktbeherrschenden Stellung festzustellen sind, der aktuelle Wettbewerb auf den relevanten Märkten aber bestehen bleiben wird.

Ebenfalls zu untersuchen ist die Auswirkung des Zusammenschlusses auf die Gestaltung der Tarife im Zusatzversicherungsbereich und die Position in den Verhandlungen mit den Krankenversicherern.

Die WEKO hat in ihrer Vorprüfung auch zu den verschiedenen Rollen der Kantone Stellung bezogen. Obwohl die hoheitliche Tätigkeit im Rahmen der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG einer Beurteilung durch die WEKO nicht zugänglich ist, müssen wettbewerbspolitische Grundsätze auch im Rahmen der Spitalplanung Berücksichtigung finden. Insbesondere dass die Kantone bei der Bedarfsplanung die privaten Trägerschaften im Sinne des Gesetzes weiterhin angemessen berücksichtigen. Die eigentliche Beurteilung erfolgt jedoch bezogen auf die unternehmerische Tätigkeit der Kantone als Betreiber von Spitälern.

Verzichtet hat die WEKO aufgrund der Vorprüfung in der vertieften Prüfung auf eine Aufteilung nach Fachgebieten.

Mit Beschluss vom 18. September 2017 hat die WEKO nach einer vertieften Prüfung der relevanten geographischen und sachlichen Märkte den geplanten Zusammenschluss zwischen dem USB und dem KSBL ohne Auflagen und Bedingungen genehmigt.

Sie kommt in ihrer Begründung zum Schluss, dass im Bereich der akutstationären Spitaldienstleistungen im Grund- und Zusatzversicherungsbereich die Spitalgruppe im Raum Basel zwar eine starke Marktposition einnehmen wird, die Möglichkeit der Beseitigung eines wirksamen Wettbewerbes durch den Zusammenschluss jedoch nicht gegeben sind. Damit steht der Spitalgruppe aus kartellrechtlicher Sicht kein Hindernis mehr im Weg.

Aus Sicht der Spitalgruppe zeigt der WEKO-Entscheid, dass der Wettbewerb um die optimale wohnortnahe Patientenversorgung auch mit der Spitalgruppe funktionieren wird und bestätigt, dass man auf dem richtigen Weg ist.

Aus rechtlicher Sicht kann damit der Staatsvertrag abgeschlossen und ratifiziert und die Spitalgruppe realisiert werden.

### **C) Wortmarke / Firma**

Medial, in der Projektkommunikation wie auch der Unternehmenskommunikation spricht man bis zum heutigen Zeitpunkt von der sogenannten Spitalgruppe. Gemeint ist die neu entstehende Organisationsstruktur mit den beiden zusammengeführten Unternehmen USB und KSBL.

Im Sinne von «1 System – vier Standorte» war die Zielsetzung, eine starke «Dachmarkenstrategie mit den vier definierten Standorten als Submarken» zu verfolgen.

- Die «**Einmarkenstrategie mit einer dominanten Dachmarke**» kreieren eine neue Identität für das neu geschaffene Unternehmen, verkörpern die drei HLOs, verschaffen den Mitarbeitenden eine neue Orientierung und stehen für den gemeinsamen Neustart.
- Die **Standorte als Submarken** erlauben es, Kundengruppen Orientierung zu geben und tragen der Herkunft Rechnung.

Am 27. Oktober 2017 erfolgte die einstimmige, positive Zustimmung zum neuen Firmennamen und der neuen Wortmarke. Diese sind: «**Universitätsspital Nordwest AG**» als Firmennamen und «**Universitätsspital Nordwest**» als Wortmarke.

Die Merkmale des neuen Namens und der Wortmarke sind:

- «**Universitätsspital Nordwest**» nutzt das gute Image und Vertrauen in den etablierten Namen «Universitätsspital».
- Der neue Name etabliert den nationalen, akademischen Anspruch der Organisation, ist erweiterbar und setzt gegenüber der Konkurrenz einen Anspruch auf Überregionalität.
- Der Name zeigt eine starke Assoziation mit der Wissenschaft und der Hochschulmedizin, stellt die Zugehörigkeit zum Life Science und Forschungsstandort Basel dar.
- Die Universität Basel stimmt dem neuen Namen – mit der Differenzierung auf der Ebene der Standorte – positiv zu.

Der qualitativ wertige Prozess der Namensfindung erfolgte in klar definierten Schritten:

- Die ursprüngliche, kreative Ideenfindung erfolgte in vordefinierten Suchfeldern (Gründer/Stifter, Kunstnamen, Gebiet etc.) und generierte über 300 Namen.
- Die Vorselektion anhand von Kriterien wie «positive Konnotationen in den Kundensprachen» oder «regionale Wichtigkeit» etc. führte zu einer Reduktion auf 80 Namen.
- Nach einem «Desk Research» und Selektion durch weitere Kriterien, wurden 9 Namen für die Short List definiert. Diese wurden einer erweiterten juristischen und linguistischen Prüfung unterzogen.

Alle wichtigen Gremien der Linienorganisation wie auch der Projektorganisation präferierten eindeutig und positiv zustimmend die Wahl des oben definierten Namens mit der gleich lautenden Wortmarke.

## 7 Finanzielle Synergien

### 7.1 Übersicht

Eine grundlegende Motivation, welche der Zusammenführung des KSBL und USB zugrunde liegt, ist die Schaffung und Realisierung von Synergien. Diese sind massgeblich dafür, ob die Projektziele, also eine Optimierung der Gesundheitsversorgung und eine Sicherung der Hochschulmedizin bei gleichzeitiger Dämpfung des Kostenwachstums, erreicht werden können. Im Fokus liegen hierbei diejenigen finanziellen Synergien, welche sich eindeutig quantifizieren und mit hoher Wahrscheinlichkeit realisieren lassen. Nicht-finanzielle Synergien werden im vorliegenden Kapitel nicht dargestellt.

Im Einzelnen wurden Synergien im medizinischen Kerngeschäft, in den medizinischen Querschnittsfunktionen sowie den nicht-medizinischen Funktionen über einen bottom-up-Ansatz identifiziert. In Zusammenarbeit mit allen Teilprojekten wurden über 40 Potentiale identifiziert und danach nach einer Härtegradlogik<sup>20</sup> eingestuft.

Dabei wurden drei mögliche Synergiearten unterschieden: Kosten-, Investitions- und Erlössynergien. Bei einer Zusammenführung können Kosten im täglichen Betrieb reduziert, Investitionen eingespart und in bestimmten Bereichen Erlöse erhöht werden. Zusätzlich zu den Synergien und Dyssynergien werden die einmalig auftretenden Transformationskosten aufgezeigt.

Gewisse Potentiale wurden verworfen, welche als nicht relevant oder realisierbar eingestuft wurden. Zusätzlich wurden Kosteneinsparungen durch Anpassungen bei den Pensionskassen oder durch allfällige Auslagerung von Funktionen/ Outsourcing nicht berücksichtigt. Insgesamt wurden über 30 verschiedene Synergiepotentiale mit einer finanziellen Schätzung quantifiziert. Gewisse Potentiale wurden nur mit einem Abschlag in den Businessplan integriert, um den Unsicherheiten Rechnung zu tragen.

In Abbildung 15 werden die summierten EBITDA-Effekte des Jahres 2026 der identifizierten Synergien und Dyssynergien in einem konservativ gerechneten Szenario dargestellt. Ein Zusammenschluss ermöglicht demnach Synergiepotentiale von rund CHF 73 Mio. netto (nach Abzug von Dyssynergien). Weniger konservative Schätzungen ergeben sogar Netto-Synergien von bis zu CHF 100 Mio.

Alleine das medizinische Kerngeschäft trägt rund CHF 58 Mio. zu den Synergien bei. Diese ergeben sich vor allem aus dem optimierten angebotsstrategischen Zielbild.

Diese systematisch identifizierten und quantifizierten Synergien übertreffen die Zielmarke für die Synergien von 10% EBITDA resp. CHF 50 Mio. pro Jahr deutlich. Dieser Zielwert gilt als Mindestgrösse für eine nachhaltige Selbstfinanzierung von Spitälern.

---

<sup>20</sup> Härtegrade (1-5) geben an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, eine Synergie zu realisieren. Härtegrad 5 entspricht dabei der höchsten.



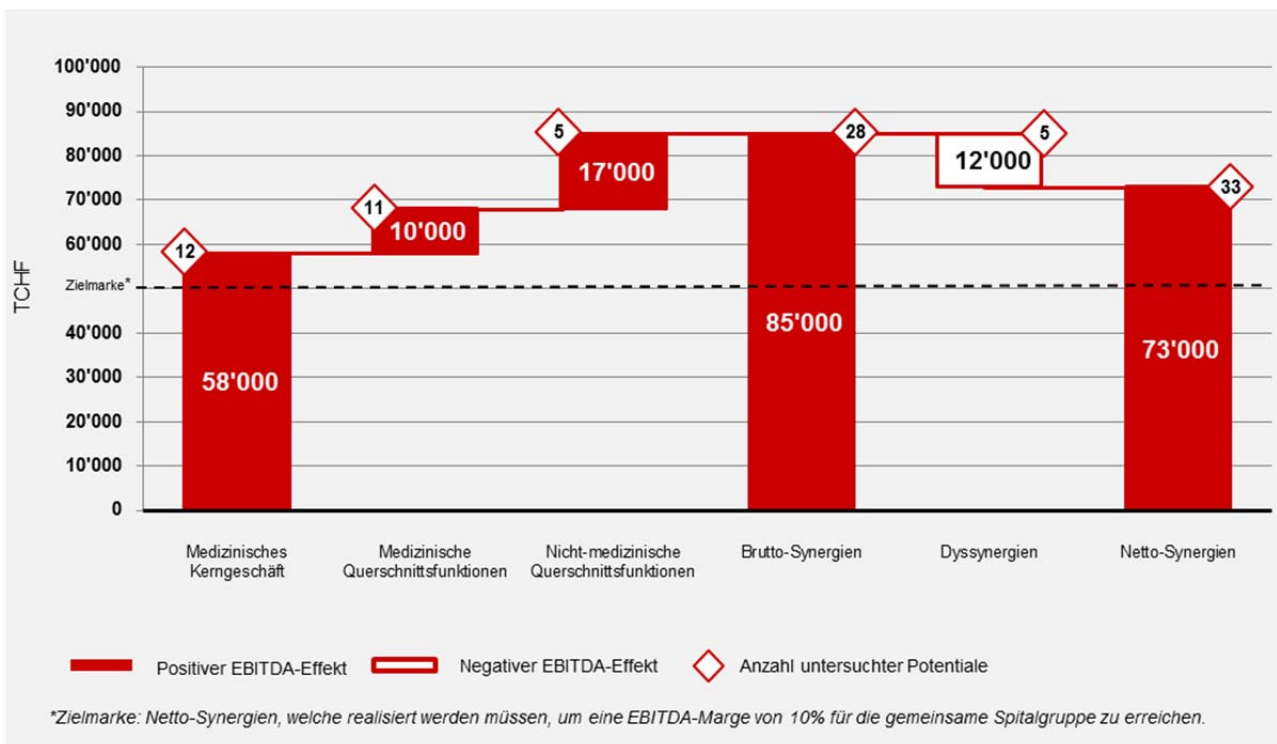


Abbildung 15: Darstellung der Synergiepotentiale nach Bereichen im Zieljahr 2026

Die finanziellen Auswirkungen werden im Rahmen des finanziellen Businessplan in Kapitel 8 dargestellt.

## 7.2 Medizinisches Kerngeschäft

Im medizinischen Kerngeschäft werden Synergien erreicht, insbesondere durch den Abbau redundanter Infrastruktur, die Reduktion von Vorhalteleistungen an den Standorten Bruderholz und Laufen, durch die Verschiebung von stationären Leistungen nach Basel bzw. Liestal mit entsprechend besserer Auslastung an diesen Standorten sowie durch die Konzentration der HSM-Fälle. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext der Aufbau der Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) am Standort Bruderholz und die damit verbundene Entflechtung des stationären und ambulanten Geschäfts. Gleichermassen trägt die Bildung medizinischer Schwerpunkte an bestimmten Standorten zu Effizienzgewinnen und Reduktion von Doppelspurigkeiten bei. Die Tagesklinik (TOP) selber ist mit den heutigen Tarifstrukturen zwar defizitär, die Bereinigung der Angebotsstruktur hat aber deutlich positive Effekte.

Das gemeinsame, konzentrierte Rehabilitationsangebot im Bruderholz bietet Ertragssynergien. Insbesondere Fälle der elektiven Orthopädie können nun in einem integrierten Konzept innerhalb der Spitalgruppe am Standort Bruderholz behandelt werden. Aufgrund der besseren Schnittstelle durch die internalisierte Rehabilitation kann die Aufenthaltsdauer reduziert werden.

Die Konzentration der elektiven Orthopädie am Standort Bruderholz hat ebenfalls einen positiven finanziellen Effekt. So führt die überregionale Patientengewinnung ausserhalb von Basel-Stadt und Basel-Landschaft durch die erhöhte Attraktivität der Spitalgruppe zu Mehrerträgen.

## 7.3 Medizinische Querschnittsfunktionen

Die medizinischen Querschnittsfunktionen umfassen all diejenigen Leistungen, welche von allen Bereichen des medizinischen Kerngeschäfts genutzt werden. Darunter fallen insbesondere die Anästhesie, Radiologie, Pathologie, Radio-Onkologie, Spitalapotheke und Labore.

Durch die Konzentration dieser Leistungen an weniger Standorten lassen sich nicht nur redundante Investitionen in kapitalintensive medizinische Grossgeräte vermeiden, sondern auch Kosten im Betrieb aufgrund von effizienteren Prozessen reduzieren. Die Kostensynergien im

Betrieb ergeben sich unter anderem aus der Reduktion von Vorhalteleistungen in der Anästhesie, Radiologie und Pathologie. Des Weiteren können die erforderlichen Laborleistungen in zwei statt der aktuell vier bestehenden Grosslabore erbracht werden, was ebenfalls Betriebs- und Investitionsaufwand senkt. Neben den finanziellen Synergien erhöht sich durch diese Konzentration die Patientensicherheit.

#### **7.4 Nicht-medizinische Querschnittsfunktionen**

Unter dem Begriff „Nicht-medizinische Querschnittsfunktionen“ werden die allgemeinen, betrieblichen Support-Funktionen subsumiert (z. B. Personal, Finanzen, IT, Patienten-administration, Infrastrukturmanagement, Gastronomie, Logistik).

Bei einer Zusammenführung der Spitäler lassen sich mittelfristig bei den nicht-medizinischen Querschnittsfunktionen sowohl Sach- als auch Personalaufwand reduzieren. So können durch gemeinsame, zentrale Unternehmensfunktionen wie beispielsweise „Finanzen“ oder „Personal“ in der Summe Personalkosten reduziert werden, da Doppelspurigkeiten abgebaut werden können. Der Sachaufwand lässt sich insbesondere in den Bereichen Einkauf, Hotellerie und IT deutlich senken, da durch Harmonisierung der Produktsortimente und gemeinsamen Einkauf bessere Preise erzielt und Lagerkosten gesenkt werden können.

#### **7.5 Dyssynergien**

Grundsätzlich entstehen bei einer Integration von zwei Unternehmen Dyssynergien. Dazu zählen wiederkehrende Kosten, welche beispielsweise aufgrund komplexerer Prozesse anfallen.

Im Fall der gemeinsamen Spitalgruppe schlagen vor allem die zu erwartenden kurzfristigen Fallverluste und die Lohnharmonisierung zu Buche:

- **(Kurzfristige) Fallverluste**

Eine Veränderung in einem so sensiblen Geschäftsfeld wie der medizinischen Versorgung führt zwangsläufig zu Verunsicherung bei allen Anspruchsgruppen. Insbesondere bei Patienten, Personal und Zuweisern wird sich diese Verunsicherung über die künftige Entwicklung der vier Spitalstandorte bemerkbar machen und sich in einem zeitlich begrenzten Rückgang der Fallzahlen niederschlagen. Dabei wird vor allem die Verschiebung des stationären Angebots im Bruderholz zu Abwanderungen von Patienten zu Spitälern ausserhalb der Spitalgruppe führen.

- **Lohnharmonisierung**

Wie in 5.4 ausgeführt, sind die Lohnsysteme des KSBL und des USB von der Grundkonstruktion her identisch. Bei einzelnen Funktionen gibt es Unterschiede zwischen der Lohnhöhe in der Spitalgruppe. Es ist angedacht, selektiv diese Lohnhöhen benchmarkgestützt anzugleichen. Dies ist bei der Zusammenführung des KSBL und USB aus personalpolitischen und administrativen Gründen sinnvoll.

#### **7.6 Transformationskosten**

Transformationskosten sind einmalig anfallende Kosten, die bei der Zusammenführung von zwei Unternehmen für die Umsetzung des Zusammenschlusses resp. des neuen angebotsstrategischen Zielbilds anfallen. Insgesamt sind Transformationskosten im unteren zweistelligen Millionenbereich zu erwarten. Diese fallen insbesondere für die Harmonisierung der IT und die interne und externe Projektbegleitung an. Die Spitalgruppe ist in der Lage, die Transformationskosten vollumfänglich selbst zu tragen.

Im Hinblick auf die IT erfordert die Zusammenführung der Spitäler eine umfassende Harmonisierung der IT-Systeme und -Prozesse. Dies wird unausweichlich mit Transformationskosten verbunden sein. Allgemein ist zu erwarten, dass die höchsten Transformationskosten in den Bereichen klinisches Kernsystem (KIS), administratives Kernsystem (ERP), Labor (LIS), Radiologie (RIS/PACS) und der Datenintegration/Universalarchiv (health engine) entstehen werden.

Ohnehin erfordert jedoch die fortschreitende Digitalisierung der medizinischen und administrativen Leistungsprozesse steigende Investitionen in die IT. Hinzu kommen notwendige Investitionen in Plattformen und Schnittstellen für die Vernetzung mit den vor- und nachgelagerten Prozessen der Leistungserbringer im Gesundheitsraum.

Eine Zusammenführung der Spitäler ermöglicht nun aber auch eine Bündelung der IT-Investitionen, wodurch die Transformationskosten zum Teil kompensiert werden können.

### **7.7 Beurteilung der Zielerreichung**

Mit konservativ gerechneten Netto-Synergien in Höhe von rund CHF 73 Mio. pro Jahr nach Umsetzung des Zusammenschlusses wird der Zielwert für die Synergien von mindestens CHF 50 Mio. deutlich übertroffen. Weniger konservative Schätzungen ergeben sogar Netto-Synergien von bis zu CHF 100 Mio. Der Zusammenschluss macht bezüglich der Synergiepotentiale finanziell gesehen Sinn. Im Kapitel 8 wird der Einfluss auf den finanziellen Businessplan sowie auf die Finanzströme der Kantone dargestellt.

### **7.8 Schlussfolgerungen „Finanzielle Synergien“**

Mit konservativ gerechneten Netto-Synergien in Höhe von rund CHF 73 Mio. pro Jahr nach Umsetzung des Zusammenschlusses wird der Zielwert für die Synergien von mindestens CHF 50 Mio. deutlich übertroffen. Der Zielwert berechnet sich aus der EBITDA-Marge von mindestens 10%. Dieser Zielwert gilt als Mindestgrösse für eine nachhaltige Selbstfinanzierung von Spitalern.

Die Synergien können durch die Zusammenführung im medizinischen Kerngeschäft, in den medizinischen Querschnittsfunktionen, sowie den nicht-medizinischen Funktionen realisiert werden.

Trotz der anfallenden Dyssynergien und Transformationskosten übertrifft die gemeinsame Spitalgruppe den angestrebten Wert der Netto-Synergien. Die anfallenden Transformationskosten kann die Spitalgruppe vollumfänglich selbst tragen.

Der Zusammenschluss ist daher aus betrieblicher und finanzieller Hinsicht sinnvoll.

## **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

*Siehe Fortschrittsbericht zu Kapitel 8 Finanzieller Businessplan, Abschnitt 3. Potentiale*

# 8 Finanzieller Businessplan

## 8.1 Konzeption des Finanzmodells

Zur Quantifizierung der finanziellen Aspekte eines allfälligen Zusammenschlusses des KSBL und USB wurde ein flexibles, auf die Projektbedürfnisse zugeschnittenes Finanzmodell erstellt, welches es erlaubt, sämtliche komplexen, finanziellen Zusammenhänge adäquat abzubilden.

Die Finanzplanung im Rahmen des Projektes STAB wurde für die gemeinsame Gruppe, basierend auf detaillierten Berechnungen für jeden der vier Standorte (Basel, Liestal, Bruderholz, Laufen) erstellt. Als Zeithorizont wurden ab 2016 zwanzig Jahre festgelegt, d.h. das letzte Planungsjahr ist 2035.

Die Planungsergebnisse der drei Standorte Bruderholz, Laufen und Liestal ergeben zusammen die Gesamtsicht für das KSBL. Diese zeigen kombiniert mit der Planung des USB die Perspektive der gemeinsamen Spitalgruppe.

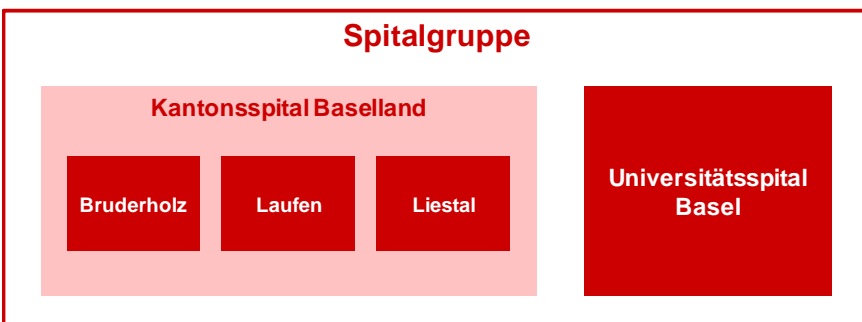
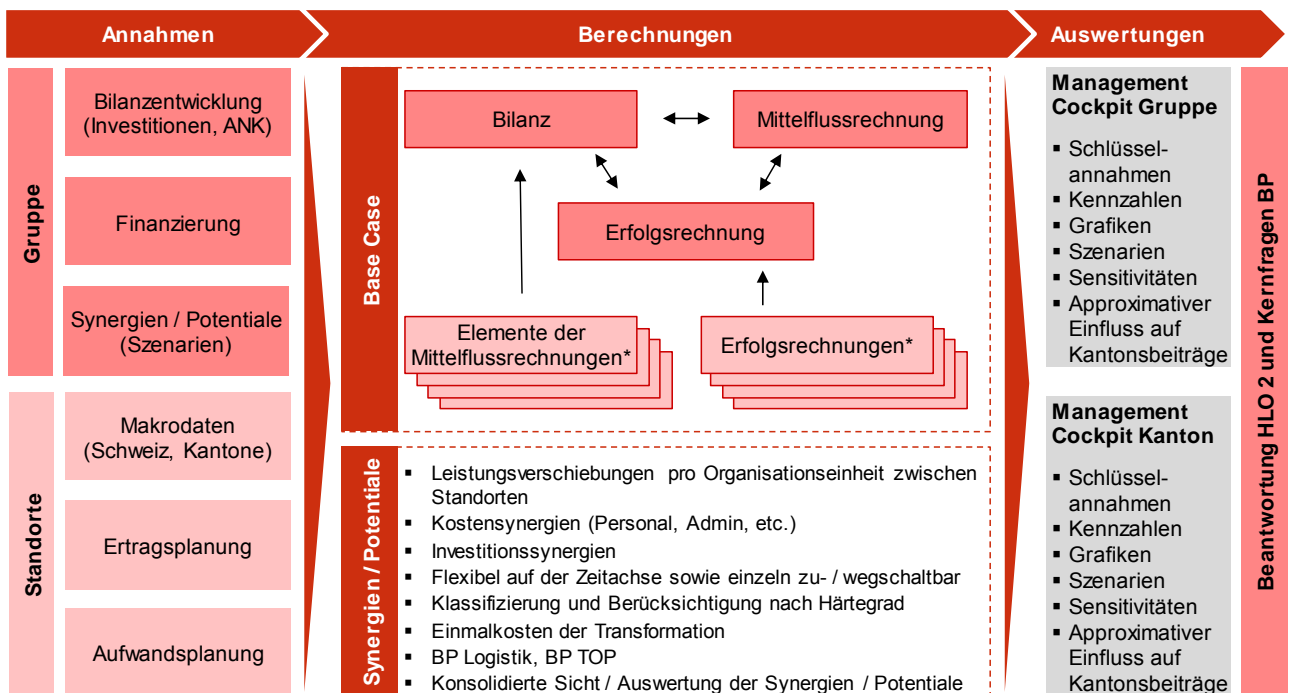


Abbildung 16: Zusammensetzung der Spitalgruppe

Das nachfolgende Schema zeigt den konzeptionellen Aufbau der Finanzplanung, welche für die Quantifizierung der Business Cases der einzelnen Standorte und – daraus abgeleitet – derjenigen des KSBL sowie der Spitalgruppe verwendet wird.



\* ER pro Standort bis Stufe EBIT sowie operativer Mittelfluss und Mittelfluss aus Investitionstätigkeit pro Standort.  
Generell: Automatisierung sowie sinnvoll (BIL, ER, MFR, Finanzierung, Abschreibungen); manuelle Eingabe der Annahmen 2016-35.

Abbildung 17: Aufbau der Finanzplanung der Spitalgruppe

Der Annahmen-Bereich dient als Basis für die finanziellen Berechnungen, welche als integriertes Finanzmodell das Kernstück der Finanzplanung bildet. Darauf aufbauend werden diverse Analysen und Auswertungen grafisch und numerisch dargestellt.

Die finanziellen Berechnungen umfassen für jeden Standort eine separate Erfolgsrechnung bis Stufe EBITDA. Nach Abzug von Investitionen ins Nettoumlauf- und Sachanlagevermögen resultieren vereinfachte Mittelflussrechnungen bis auf Stufe des operativen bzw. investiven Cashflows. Auf eine standortspezifische Bilanzplanung wurde hingegen verzichtet.

Die Addition der standortspezifischen Erfolgs- und Mittelflussrechnungen bildet die Grundlage der konsolidierten Finanzplanung der Spitalgruppe. Zusammen mit der konsolidierten Bilanz ergibt sich daraus das integrierte Finanzmodell der Spitalgruppe.

Zur Evaluation der EBITDA-Effekte der einzelnen Synergiepotentiale verfügt das Finanzmodell über einen Bereich, der es erlaubt, das Basisszenario (Base Case) zu quantifizieren und die durch Synergiepotentiale bedingten Veränderungen der Base Case-Ergebnisse gleichzeitig zu ermitteln. Dafür mussten die komplexen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Synergiepotentialen adäquat abgebildet und in die Berechnungen einbezogen werden.

Das Finanzmodell basiert auf einer Vielzahl an Inputfaktoren. Für die Herleitung der standort-spezifischen Erfolgsrechnungen bis auf Stufe EBITDA stellen die folgenden Faktoren die wichtigsten Planungsgrößen dar:

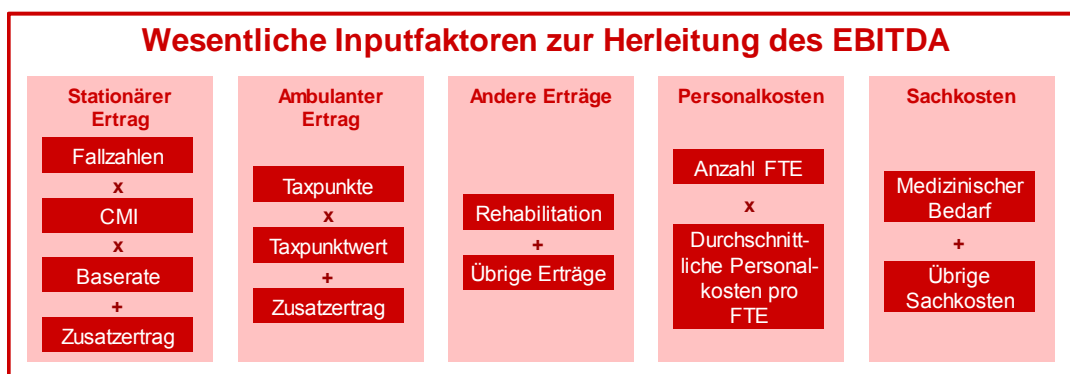


Abbildung 18: Inputfaktoren zur Herleitung des EBITDA

Die stationären Umsätze pro Bereich/Klinik (Medizin, Chirurgie, Spezialkliniken und Querschnitt) werden aus dem Produkt der jeweils geplanten Fallzahlen, dem durchschnittlichen CMI und der standortspezifischen Baserate abgeleitet. Hinzu kommen Zusatzerträge aus der Behandlung von halbprivat und privat versicherten Patienten. Die ambulanten Erträge ergeben sich aus dem Produkt von Taxpunkten und Taxpunktwerten sowie der Addition der ambulanten Zusatzerträge und werden für jede der vier genannten Kliniken separat ermittelt. Als weitere Ertragselemente kommen übrige Erträge und Erträge aus der Rehabilitation dazu.

Auf der Kostenseite werden Personalkosten und Sachkosten berücksichtigt. Erstere ergeben sich aus der Anzahl Vollzeitäquivalente (FTE) und den durchschnittlichen Personalkosten pro FTE je Standort und Bereich/Klinik. Hinzu kommen Arzthonorare. Die Sachkosten umfassen im Wesentlichen den medizinischen Bedarf, welcher ebenfalls pro Klinik geplant wurde.

## 8.2 Übersicht und wesentliche Planungsannahmen

Nachfolgend werden die Annahmen zu den zentralen Planungsparametern, die den Ergebnissen des Base Case zugrunde liegen, beschrieben:

Die **erwartete Inflationsrate** wurde als makroökonomische Annahme für alle Standorte einheitlich festgelegt.

Die Planung der **Fallzahlentwicklung** ist für jeden Standort individuell erfolgt. Beim USB wird im Jahr 2016 von rund 35'500 Fällen ausgegangen, die bis 2019 im Durchschnitt um 0.8% pro Jahr zunehmen. Anschliessend beläuft sich das jährliche Fallzahlwachstum auf 1.2%.

Beim KSBL wird im Jahr 2017 mit insgesamt rund 25'000 Fällen (Bruderholz: 9'000, Laufen: 1'300, Liestal: 14'700) gerechnet, die ab 2018 einheitlich mit 2.0% pro Jahr wachsen. Von 2016 bis 2017 nehmen die Fallzahlen am KSBL um rund 1'100 ab. Der Grund dafür sind Verschiebungen einzelner stationärer Bereiche zwischen den drei Standorten, die voraussichtlich gewisse Fallzahlverluste mit sich bringen.

Der durchschnittliche gewichtete **Schweregrad der stationären Fälle (CMI)** wurde für alle Standorte separat festgelegt und bleibt über den Betrachtungszeitraum nahezu unverändert. Am USB beträgt der CMI rund 1.3 und an den Standorten des Kantonsspitals Baselland liegt der CMI bei rund 1.0 in Liestal, 1.1 am Bruderholz und 0.9 in Laufen.

Die **Baserate** wurde für das KSBL und USB separat geschätzt. Die Baserate ist nicht als der zu verhandelnde Basisfallpreis mit den Krankenversicherungen zu verstehen, sondern als kalkulatorischer Preis. Es ist zu erwarten, dass sich in der Betrachtungsperiode deutliche Veränderungen sowohl am Tarifkatalog als auch zum Beispiel in Bezug auf Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen realisieren werden. Ein marginaler Rückgang der Baserate des KSBL steht einer leichten Erhöhung der Baserate des USB entgegen (durch die Annahme der Einführung von Zusatzentgelten).

Analog zur stationären Fallzahlplanung ist auch diejenige der **ambulanten Taxpunkte** für jeden Standort individuell erfolgt. Das USB erbringt im Jahr 2016 ambulante Leistungen im Umfang von rund 142.1 Mio. Taxpunkten, die im weiteren Planungsverlauf jährlich um rund 2.5% zunehmen. Der ambulante Leistungsumfang am KSBL beträgt im Jahr 2016 rund 75.2 Mio. Taxpunkte (Bruderholz: 26.5 Mio. Laufen: 5.5 Mio., Liestal: 43.1 Mio.) und steigt anschliessend an allen drei Standorten jährlich um rund 2.0%. Einzig in Laufen wird aufgrund von Zuwächsen im orthopädischen und medizinischen Bereich sowie bei der Schmerzklinik von 2016 bis 2017 mit einer Zunahme von 7.7% auf rund 6.0 Mio. Taxpunkte gerechnet.

Die **Durchschnittslohnentwicklung** bzw. das Wachstum der durchschnittlichen Personalkosten je FTE beträgt für alle Standorte und den gesamten Planungshorizont einheitlich 0.5% pro Jahr.

Bei den **Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)** geht das USB über den gesamten Planungshorizont von jährlich CHF 40.0 Mio. aus. Das KSBL erwartet von 2016 bis 2017 einen Rückgang von CHF 13.6 Mio. auf CHF 10.2 Mio. bei den GWL. Anschliessend wird mit einem jährlichen Wachstum von 2.0% ausgegangen.<sup>21</sup>

### 8.3 Planerfolgsrechnungen aus Sicht Base Case

Basierend auf den obigen Annahmen wurden die Base Case-Planungen der einzelnen Standorte addiert. Bei einem Umsatz von CHF 1'456.7 Mio. resultiert im Jahr 2016 ein EBITDA von CHF 96.5 Mio., was einer EBITDA-Marge von 6.6% entspricht. Nach einem leichten Rückgang in den ersten Planjahren wächst die EBITDA-Marge bis auf 7.0% im Jahr 2026, wobei der Umsatz bei CHF 1'658.5 Mio. liegt. Bis ins Jahr 2034 steigt die EBITDA-Marge auf 7.8% an, bei einem Umsatz von CHF 1'923.4 Mio. Die untenstehende Grafik zeigt, dass die resultierende EBITDA-Marge im Base Case über den gesamten Planungshorizont hinweg konsolidiert deutlich unterhalb der Zielmarge von 10.0% liegt.

---

<sup>21</sup> Die Planungsannahmen entsprechen einem erwarteten, aber keinem verhandelten Resultat.

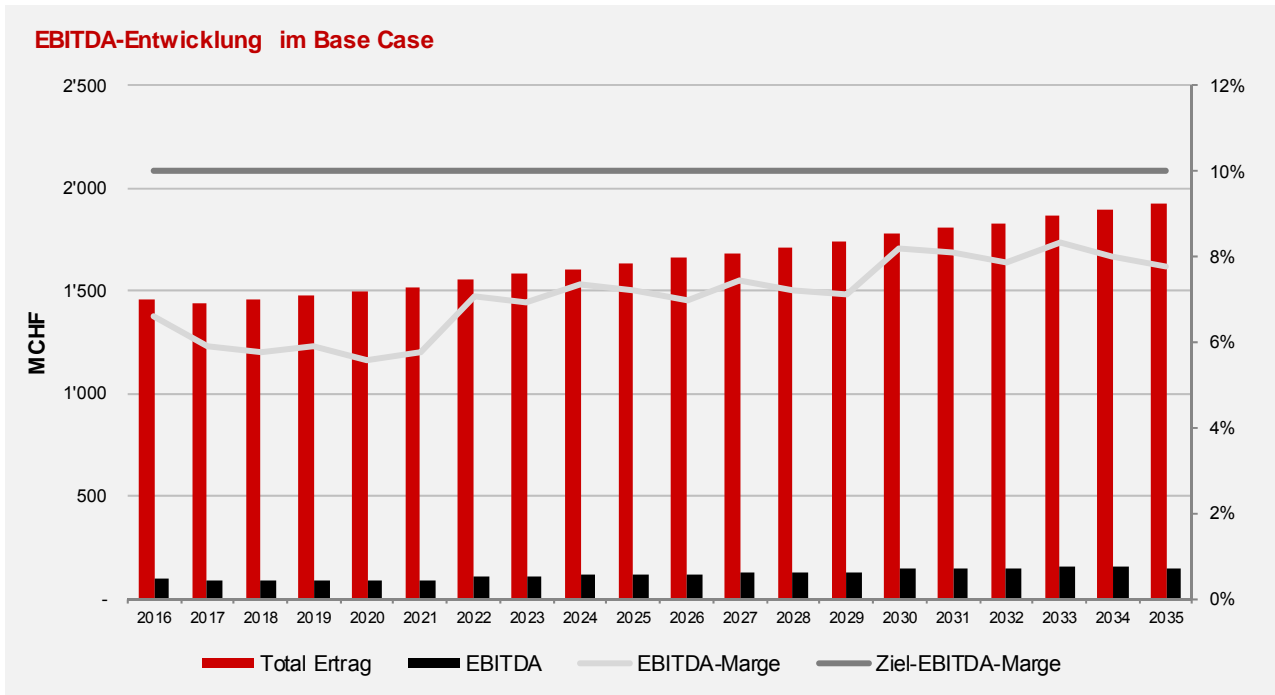


Abbildung 19: EBITDA-Entwicklung im Base Case

### 8.4 Potentiale

Zur Quantifizierung der Synergiepotentiale aus dem Zusammenschluss (vgl. Kapitel 7) wird eine Deltabetrachtung herangezogen. Diese erlaubt es, basierend auf den Ergebnissen des Base Case die jährliche Potential-bedingte Veränderung des konsolidierten EBITDA der Spitalgruppe zu simulieren. Die nachfolgende Grafik stellt die EBITDA-Veränderung aufgrund von Synergiepotentialen schematisch dar.

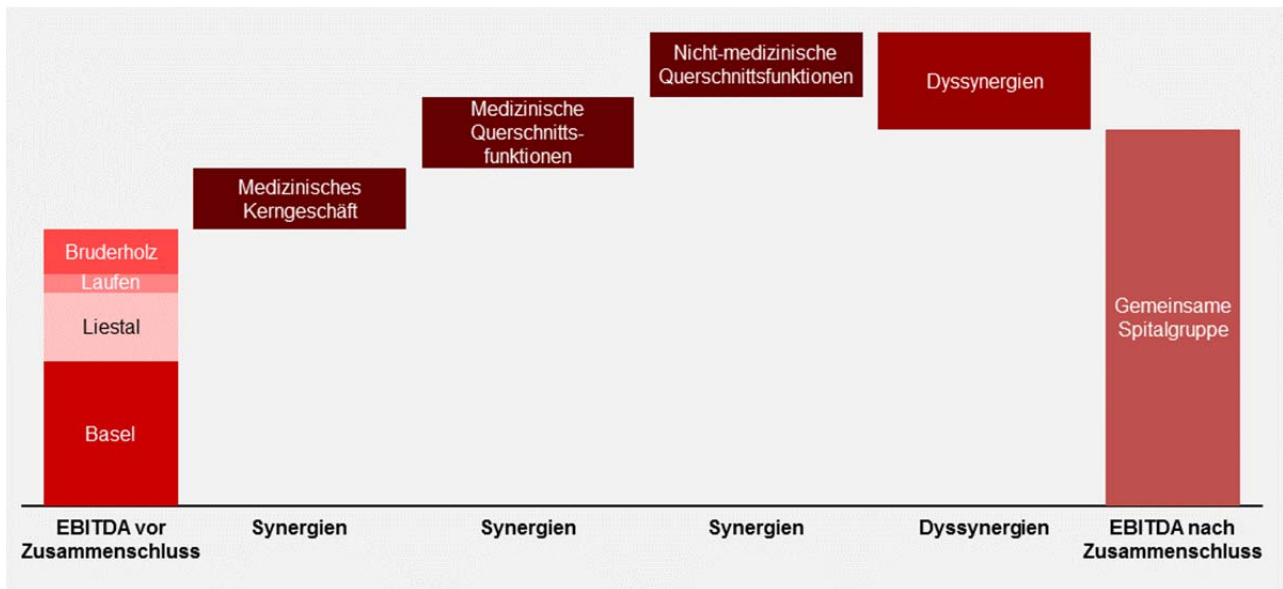


Abbildung 20: Schematische Darstellung der EBITDA-Veränderung

Zur Quantifizierung der Synergiepotentiale wurden Annahmen über die Veränderungen einzelner Inputparameter (u.a. Fallzahlverschiebungen, Taxpunktveränderungen, FTE-Anpassungen, Kostenverschiebungen und -senkungen etc.) für jedes Potential individuell getroffen und im Modell erfasst. Um den teils sehr komplexen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Synergiepotentialen Rechnung zu tragen und Doppelzählungen bzw. Verzerrungen zu vermeiden, mussten diese Veränderungen zwingend aufeinander abgestimmt werden. Die Abstimmung ihrerseits

erforderte eine vorgängige Priorisierung der Potentiale resp. die Bestimmung einer Reihenfolge der Nutzung der Potentiale.

Insbesondere für die Veränderung des Standorts Bruderholz durch die Bildung der Tagesklinik (TOP) und die Konzentration der elektiven Orthopädie auf dem Bruderholz war die Abstimmung äusserst komplex, weil bei den Potentialen elektive orthopädische Fälle verschoben werden. Durch die Veränderung des Leistungsangebotes verschieben sich praktisch alle stationären, chirurgischen Fälle (für das Berechnungsmodell inkl. elektive orthopädische Fälle) vom Standort Bruderholz an die Standorte Basel und Liestal. Im nachgelagerten Potential „Konzentration elektive Orthopädie auf dem Bruderholz“ mussten die im Rahmen der Umsetzung von TOP verschobenen, elektiven Orthopädiefälle und deren jeweiliger CMI identifiziert und zusammen mit den übrigen elektiven, orthopädischen Fällen der beiden Standorte zurück ans Bruderholz verschoben werden. Damit einher ging die entsprechende Verschiebung von Personal- und Sachkosten über sämtliche Planungsjahre.

### 8.5 Beurteilung der Zielerreichung – Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe

Neben den beschriebenen Synergiepotentialen entstehen durch die gemeinsame Spitalgruppe auch Dyssynergien und Transformationskosten. Aufgrund dieser verschiedenen Wirkungen senkt sich der Umsatz der konsolidierten Spitalgruppe im Vergleich zum Base Case im Jahr 2026 leicht von ca. CHF 1'659 Mio. auf rund CHF 1'618 Mio. Durch Skaleneffekte und Optimierungen können aber überproportional Kosten eingespart werden, was zu einer Erhöhung des EBITDA von ca. CHF 73 Mio. auf etwa CHF 189 Mio. im Jahr 2026 führt. Der Anteil des Synergiepotentials „Konzentration elektive Orthopädie auf dem Bruderholz“ an dieser EBITDA-Verbesserung beläuft sich im Jahr 2026 auf rund CHF 2.5 Mio. Im Vergleich mit dem Base Case ergibt sich dadurch im Jahr 2026 eine Verbesserung der EBITDA-Marge von rund 4.7 Prozentpunkten auf 11.7% (vorher 7.0%).

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung des Umsatzes wie auch der EBITA-Marge. Während bis 2020 tendenziell schwächere Resultate vorliegen aufgrund von Dyssynergien und Transformationskosten, lassen sich anschliessend signifikante Synergien realisieren.

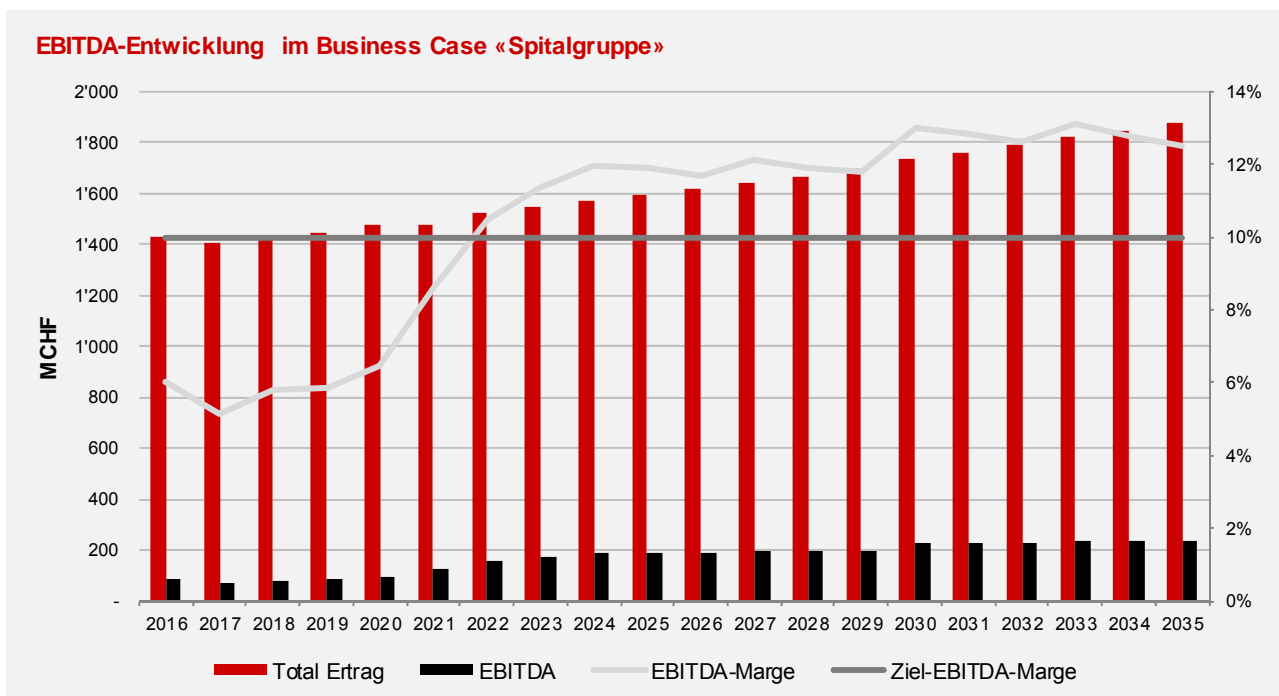


Abbildung 21: EBITDA-Entwicklung im Business Case "Spitalgruppe"



## **8.6 Basisfallpreise (Baserate)**

Das USB als Universitätsspital hat zurzeit einen deutlichen höheren Basisfallpreis als das KSBL.

Die Hochschulmedizin / die Universitätsspitäler gelten in der aktuell gültigen Tarifstruktur gemeinhin als „teurer“ als die anderen Spitäler. Dies liegt daran, dass wesentliche Aspekte der universitären Zentrumsleistungen für die Patientenversorgung durch die pauschalierende Tarifstruktur noch nicht genügend abgebildet werden können, was im SwissDRG-System durch eine höhere Baserate kompensiert wird. Über diesen höheren Preis werden u.a. sogenannte Hochdefizitfälle abgebildet, die fast nur an den grossen Spitalern vorkommen. Ebenfalls beinhaltet die höhere Baserate die aufgrund der ärztlichen Weiterbildung geringere Effizienz bspw. der Operationssäle und vieler technischer Fachrichtungen, sowie ungedeckte Effekte der Koppelproduktion zwischen Patientenversorgung und klinischer Lehre und Forschung. Solange diese Effekte nicht in der Tarifstruktur oder anderweitig ausgeglichen sind, werden höhere Baserates für die Universitätsspitäler noch einige Jahre anhalten.

Im Prinzip sind differenzierte Baserates (z.B. nach Standorten) auch bei einer gemeinsamen Betriebsgesellschaft der Spitalgruppe möglich. Notwendig dazu sind funktional und organisatorisch abgrenzbare Standorte mit einer sachgerechten Unterscheidung der anrechenbaren Kosten. Das angestrebte, strategische Zielbild und die damit verbundene Integration erschwert es jedoch langfristig eine nach Standorten differenzierte Baserate in der Spitalgruppe zu führen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Abbildungsgenauigkeit von SwissDRG zunehmen wird (z.B. durch weitere Differenzierung der DRG und Einführung weiterer Zusatzentgelte), was zu einer Angleichung unterschiedlicher Baserates führen wird.

Aus betrieblicher Sicht sollte eine einheitliche Baserate das langfristige Ziel sein. Eine einheitliche Baserate reduziert interne Fehlanreize, Fälle an Standorten mit höherer Baserate zu behandeln. Zudem ermöglicht eine tiefere (einheitliche) Baserate die bessere überregionale Positionierung der Spitalgruppe.

## **8.7 Investitionsrechnung**

Die Investitionen in die Infrastruktur der gemeinsamen Spitalgruppe werden bei einem Zusammenschluss zum Teil vorgezogen, um das angebotsstrategische Zielbild zu realisieren. Insgesamt können die Investitionen durch den Zusammenschluss tiefer gehalten werden als bei einem Stand-alone von KSBL und USB.

Es wurde modelliert, welche Investitionen im Hinblick auf einen möglichst raschen Zusammenschluss getätigt werden. Der tatsächliche Investitionsverlauf hängt vom politischen Entscheidungsprozess und dem definitiven Zusammenschlussfahrplan ab und wird im Zeitverlauf dementsprechend angepasst.

Die höhere Investitionskraft der Gruppe gegenüber den einzelnen Unternehmen ermöglicht die dringend notwendige Modernisierung der baulichen und IT-Infrastrukturen an allen Standorten ohne zusätzliche Risiken und Belastungen für die beiden Eigner. Insbesondere werden am Standort Bruderholz höhere Investitionen vorgenommen, als das KSBL sich im Alleingang leisten könnte. Eine weitere Detaillierung der Investitionsplanung wird im weiteren Projektverlauf vorgenommen.

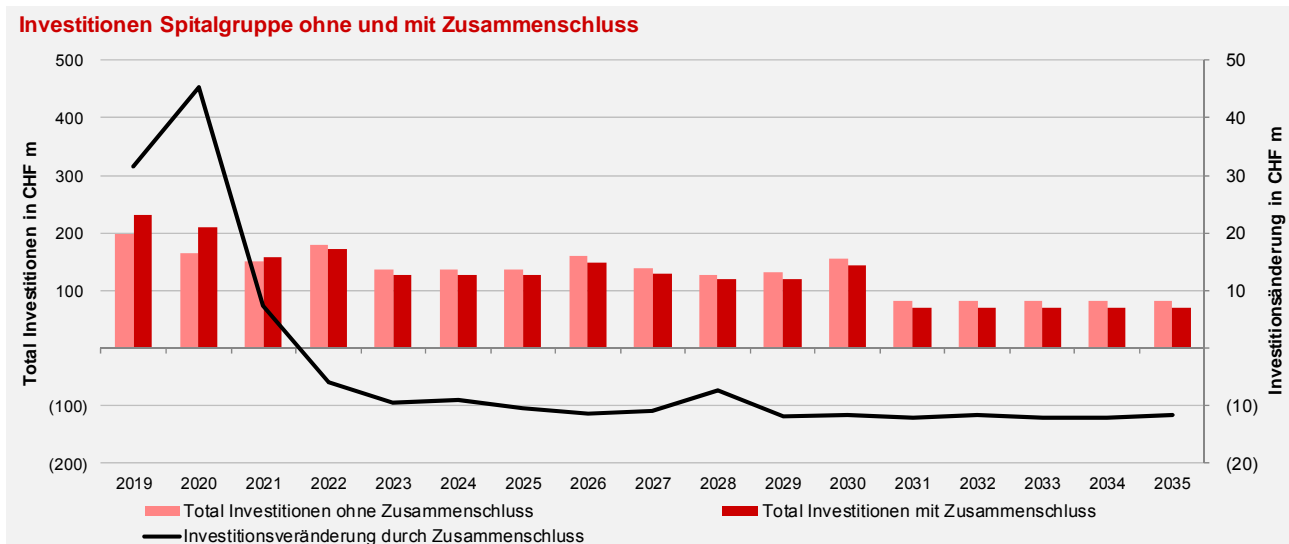


Abbildung 22: Modellierung der Investitionen der Spitalgruppe

Die über die nächsten 20 Jahre geplanten Grossinvestitionen können zu einem Teil über die selber generierten Cashflows finanziert werden. Da die Bauprojekte jedoch zeitlich konzentriert über wenige Jahre erfolgen, muss ein Teil über verzinsliches Fremdkapital finanziert werden, welches gemäss den Annahmen im Businessplan über den Kapitalmarkt aufgenommen wird. Das verzinsliche Nettofremdkapital (berechnet als das verzinsliche Fremdkapital abzüglich nicht benötigter Liquidität) erreicht für die Spital-Gruppe im Jahr 2022 mit rund CHF 680 Mio. voraussichtlich den Höchststand (der Bestand 2015 beträgt gut CHF 180 Mio.). Unter diesen Annahmen wäre eine vollständige Rückzahlung des zeitweilig benötigten Fremdkapitals innerhalb des betrachteten Zeitraums möglich. Erfahrungen zeigen, dass die gemeinsame Spitalgruppe mit diesem Finanzplan ohne Bürgschaften der Eigner kapitalmarktfähig ist.

## 8.8 Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen

Nachfolgend werden die Auswirkungen des geplanten Zusammenschlusses des KSBL und des USB auf die laufenden Rechnungen der Kantone abgeschätzt im Zeitraum 2019 - 2035. Dies sind im Folgenden:

- Auswirkungen durch die Spitalgruppe auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich („Kantonsanteil der Spitalrechnungen“)
- Auswirkungen ausserhalb der Spitalgruppe / Gesamtsystem auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich
- Eignersicht

Im stationären Bereich wurden die Auswirkungen aus der Perspektive der neuen Spitalgruppe analysiert. Dazu wird der Kantonsbeitrag an den stationären DRG-Erträgen der Spitalgruppe (55% für BL und übrige Kantone resp. 56% für BS) anhand der standortspezifischen Patientenverteilung auf die Kantone BS, BL und andere Kantone alloziert. Die Auswirkung auf die Kantonsfinanzen ergibt sich aus dem Vergleich der allozierten Kantonsbeiträge ohne den Zusammenschluss (Base Case) mit denjenigen nach dem Zusammenschluss. Letztere werden dabei sowohl basierend auf den kantonsspezifischen Baserates als auch auf der Grundlage einer gemeinsamen, gewichteten Baserate berechnet. Aufgrund der Datenverfügbarkeit können Effekte ausserhalb der Spitalgruppe quantitativ nicht mit Sicherheit ausgewertet werden und bleiben daher in der vorliegenden Analyse ungenügend berücksichtigt. Dies betrifft Fälle, welche zu Leistungserbringern ausserhalb der gemeinsamen Spitalgruppe abwandern und den Kanton weiterhin ähnlich viel Geld kosten, wenn sie nicht ambulant behandelt werden können. Umgekehrt verursachen Fälle, die in das System der Spitalgruppe migrieren, ähnliche Kosten beim Kanton, da sie ansonsten bei anderen Leistungserbringern behandelt würden. Differenzen entstehen bei unterschiedlichen Baserates.

Aufgrund der verfügbaren Daten wurden bei der Berechnung der Kantonsbeiträge diejenigen Behandlungen, welche durch die Unfallversicherung gedeckt sind, nicht berücksichtigt. Dadurch liegen die absolute Höhe als auch das Einsparpotential für den Kanton minimal tiefer als angegeben.

### 8.8.1 Auswirkungen durch die Spitalgruppe auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich

#### Kanton BS

Durch den Zusammenschluss reduzieren sich die Beiträge des Kantons Basel-Stadt an den stationären DRG-Erträgen der neuen Spitalgruppe um durchschnittlich etwa 2.1% pro Jahr bei kantonsspezifischen Baserates. Bei einer gemeinsamen Baserate reduzieren sie sich um durchschnittlich rund 6.2%. Das bedeutet, dass die Kantonsfinanzen von Basel-Stadt jährlich um bis zu ca. CHF 5 Mio. bzw. rund CHF 16 Mio. entlastet werden.

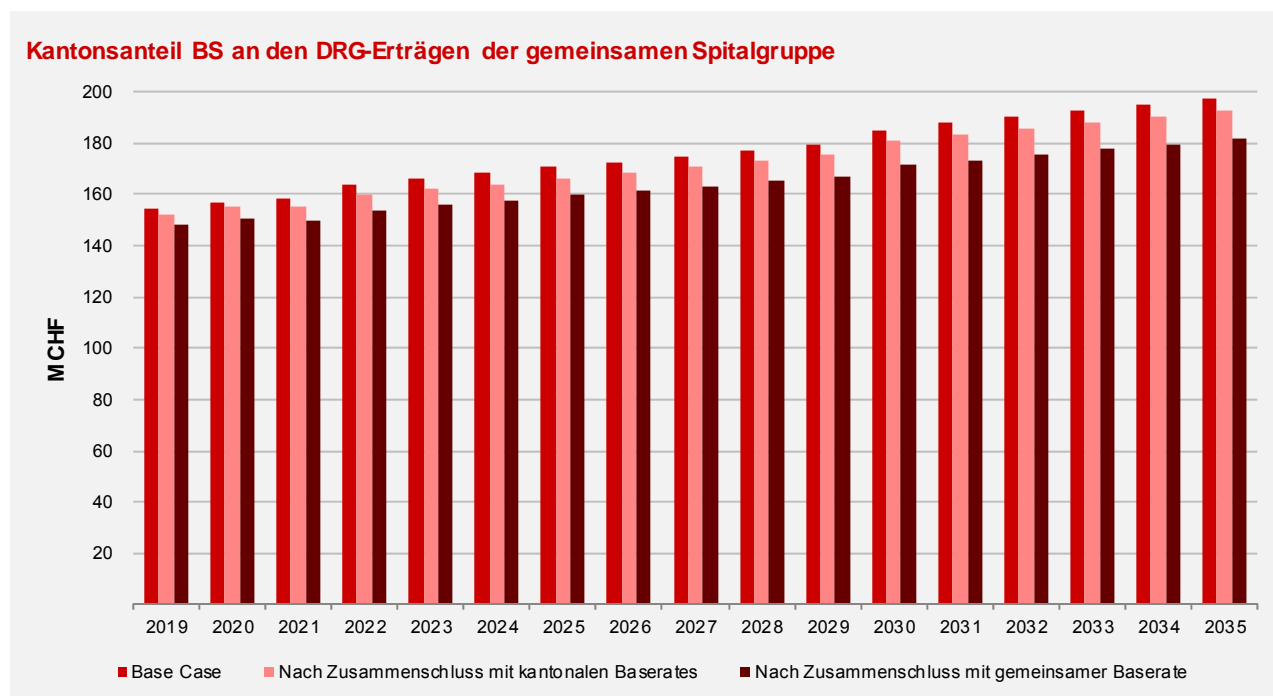


Abbildung 23: Kantonsanteil Basel-Stadt

#### Kanton BL

Durch den Zusammenschluss reduzieren sich die Beiträge des Kantons Basel-Landschaft an den stationären DRG-Erträgen der neuen Spitalgruppe um durchschnittlich rund 3.2% pro Jahr bei kantonsspezifischen Baserates. Bei einer gemeinsamen Baserate reduzieren sie sich um durchschnittlich rund 1.2%. Das bedeutet, dass die Kantonsfinanzen von Basel-Landschaft jährlich um bis zu rund CHF 11 Mio. bzw. CHF 6.0 Mio. entlastet werden.

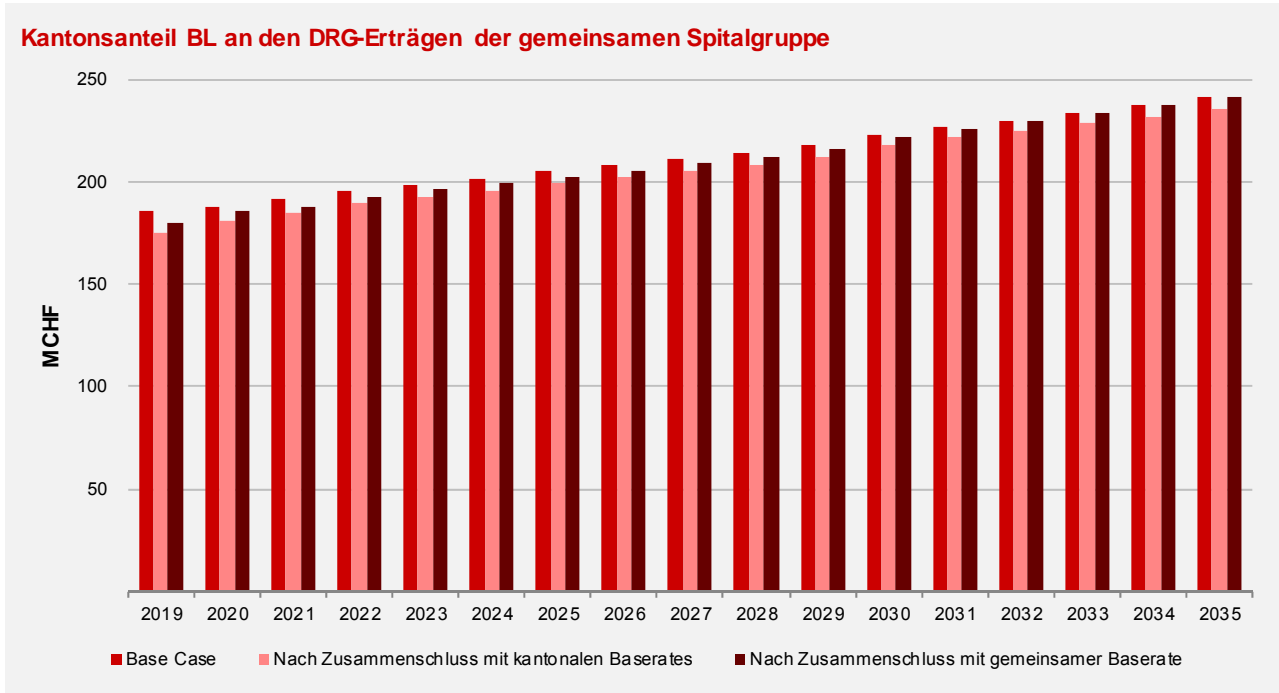


Abbildung 24: Kantonsanteil Basel-Landschaft

### Kantone BS und BL konsolidiert

Durch den Zusammenschluss reduzieren sich die gesamten Beiträge der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft an den stationären DRG-Erträgen der neuen Spitalgruppe um durchschnittlich rund 2.7% pro Jahr bei kantonsspezifischen Baserates. Bei einer gemeinsamen Baserate reduzieren sie sich um durchschnittlich rund 3.5%. Das bedeutet, dass die Kantonsfinanzen der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft jährlich insgesamt um bis zu ca. CHF 13 Mio. bzw. rund CHF 16 Mio. entlastet werden.

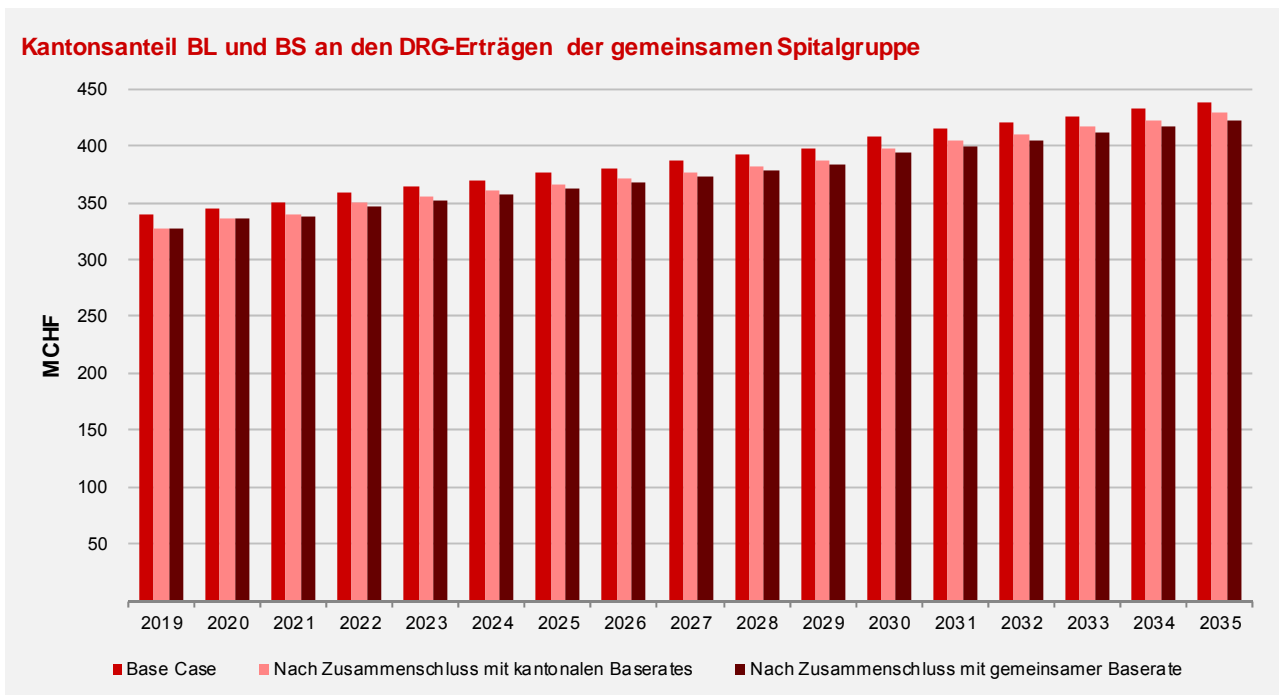


Abbildung 25: Konsolidierte Kantonsanteile

### 8.8.2 Auswirkungen ausserhalb der Spitalgruppe / Gesamtsystem auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich

Zusätzlich zu dieser Berechnung wurde modellgestützt auch die Gesamtsystemsicht grob abgeschätzt. Die Effekte, welche der Zusammenschluss ausserhalb der Spitalgruppe bewirkt, können nur hochgradig Annahmen-gestützt abgeschätzt werden. Dies betrifft Fälle, welche zu Leistungserbringern ausserhalb der gemeinsamen Spitalgruppe abwandern und den Kanton weiterhin ähnlich viel Geld kosten, wenn sie dort stationär behandelt werden. Umgekehrt verursachen Fälle, die in das System der Spitalgruppe migrieren, keine zusätzlichen Kosten beim Kanton, da sie ansonsten bei anderen Leistungserbringern behandelt würden. Zudem gibt es ausserhalb der Spitalgruppe Fälle, die von stationär zu ambulant wechseln, was tendenziell Kantonsfinanzen entlastet, jedoch die Krankenversicherungen belastet.

Unter Berücksichtigung dieser Effekte wird das Potential an Einsparungen in Bezug auf die Kantonsanteile an den stationären Tarifen reduziert. Das Modell zeigt, dass ein Alleingang der Spitäler für die Kantone BL und BS in Bezug auf die Kantonsanteile an den stationären Tarifen teurer wäre als die Zusammenführung in eine gemeinsame Spitalgruppe.

Falls sich, wie von Experten erwartet, die Basisfallpreise der Universitätsspitäler an die Basisfallpreise der anderen Spitäler in Zukunft angleichen, hätte dies deutliche Vorteile insbesondere für die Kantonsrechnung BL. Dieser positive Effekt wurde nicht mit einbezogen.

### 8.8.3 Eignersicht (Beteiligungen)

Je erfolgreicher die Spitalgruppe finanziell ist, desto mehr steigt der Wert der Unternehmung für die Eigner. Die Spitalgruppe ist in der Lage, aus eigener Kraft die erforderlichen Investitionen zu tätigen, ohne finanzielle Belastungen der Kantone.

## 8.9 Ergebnisse der Financial Due Diligence

Es wurde eine Financial Due Diligence (FDD), mit externer Unterstützung durch EY, durchgeführt. Dabei wurden insbesondere das Eigenkapital und die Finanzmodelle (für die Discounted Cash-Flow-Betrachtung) als Bewertungsgrundlage verwendet. Zweck der FDD ist die Prüfung, ob verdeckte finanzielle Risiken bei einem Zusammenschluss für eines der Spitäler bestehen.

Die Analysen ergaben, dass es keine fundamentalen Risiken und damit auch keine Hindernisse für einen Zusammenschluss gibt, da die Jahresabschlüsse von KSBL und USB ein zuverlässiges Bild ihrer jeweiligen finanziellen Lage zeigen. Es bleibt zu beachten, dass diverse Risiken im Rahmen der Zusammenführung über Gewährleistungen der Eigner gedeckt werden sollen. Beim KSBL sind dies primär Tarif- und Vorsorgerisiken sowie Bewertungsrisiken in Bezug auf die Umsetzung des strategischen Zielbilds (beispielsweise Sonderabschreibungen Bruderholz). Beim USB sind zum Zeitpunkt 31.12.2015 keine solchen Punkte bekannt. Es ist jedoch nicht auszuschliessen, dass zum Zeitpunkt des Zusammenschlusses Gewährleistungen auf den Vorsorgeverpflichtungen zu leisten sind.

Das USB wird sowohl nach EK-Bewertung als auch dynamisch nach einer Discounted Cash-Flow-Betrachtung deutlich höher bewertet als das KSBL, was Implikationen für die Beteiligungsverhältnisse an der gemeinsamen Spitalgruppe hat. Aus Sicht der Spitalgruppe sollte das Eignerdarlehen des Kantons Baselland an das KSBL in Eigenkapital des KSBL, bzw. dann der Spitalgruppe umgewandelt werden.

FY2014/2015	USB 2014	USB 2015	KSBL 2014	KSBL 2015
Austritte	34'673	35'265	28'628	28'708
Mitarbeitende per 31.12.	5'725	5'786	3'650	3'503
# Vollzeitstellen	4'652	4'671	2'920	2'875
Verrechnete Taxpunkte (m)	133	141	64	66
Umsatz (MCHF)	1'017	1'033	460	467
Unternehmenswert nach DCF (MCHF)		151		55
Eigenkapitalwert nach DCF (MCHF)		232		88
EK vor Eignerdarlehen (MCHF)	603	613*	99	91
EK nach beantragter Umwandlung der Eignerdarlehen (MCHF)	603	613*	252	244

*Tabelle 3: Ergebnisse der Financial Due Diligence*

*\*Konversion des Eignerdarlehens USB in Höhe von MCHF 50 nicht vorgesehen, da diese effektiv die Eigenschaften von Fremdkapital ausweisen*

## 8.10 Schlussfolgerungen „Finanzieller Businessplan“

Der Businessplan zeigt, dass der Zusammenschluss des KSBL und des USB betriebswirtschaftlich und finanziell sinnvoll ist. Die EBITDA-Marge kann dank der Realisierung von finanziellen Synergiepotentialen um fast 5 Prozentpunkte auf über 11% gesteigert werden.

Es werden signifikant Kosten im System reduziert. Die Spitalgruppe leistet damit einen Beitrag zu der in den übergeordneten Projektzielsetzungen geforderten deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums.

Der Zusammenschluss führt im Vergleich zum Alleingang der Spitäler zu einer signifikanten Reduktion der Belastung der beiden Kantone BS und BL durch geringere Beiträge der Kantone für stationäre Behandlungen über die nächsten 20 Jahre an die Spitalgruppe. Beim Kanton BS fallen die Entlastungen höher aus als beim Kanton BL. Die Verteilung des finanziellen Nutzens des Zusammenschlusses (Kantonsbeiträge im stationären Bereich, GWL, Eignersicht) ist im späteren Projektverlauf durch die beiden Eigner zu regeln.

Die Ergebnisse der Financial Due Diligence zeigen, dass es keine fundamentalen Hindernisse oder Risiken für den Zusammenschluss gibt. Das USB wird höher bewertet, was Implikationen für die Beteiligungsverhältnisse hat.

### **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

#### **A) Konzeption des Finanzmodells**

Das Finanzmodell des Grundlagenberichts wurde in ein anwenderfreundlicheres Modell

überführt und die Annahmen aktualisiert.

Es handelt sich wie bisher um ein Modell, welches auf Basis eines Zusammenzugs aus den Annahmen der beiden Spitäler, bzw. der vier Standorte Annahmen in einen Business Plan für die Spitalgruppe übernimmt. Das Modell erlaubt eine konsolidierte Sicht, eine Standortsicht und eine Sicht inkl. Synergien aus dem Zusammenschluss. Zur Abbildung der Sensitivitäten und zur Erhärtung der positiven Grundannahme des Zusammenschlusses, wurde das Finanzmodell in drei Cases mit verschiedenen Annahmen (worst, realistic, best) gerechnet.

## **B) Übersicht und wesentliche Annahmen**

In der Folge werden die Planungsannahmen aus dem realistic Cases kurz erläutert:

Die **erwartete Inflationsrate** wurde als makroökonomische Annahme für alle Standorte und Cases einheitlich beibehalten.

Die Planung der **Fallzahlentwicklung** ist für jeden Standort aktualisiert worden. Beim USB wird im Jahr 2017 von rund 36'500 Fällen ausgegangen, was leicht über den Annahmen des Grundlagenberichts liegt. Die erreichten Zahlen für das Jahr 2016 lagen ebenfalls über den im Businessplan Grundlagenbericht angenommenen Werten 2016. Das Fallzahlenwachstum wurde zwischen 1.7 % und 1.8 % festgelegt und ist daher vergleichbar mit den Annahmen im Grundlagenbericht.

Beim KSBL wird im Jahr 2017 mit insgesamt rund 25'100 Fällen (Bruderholz: 8'500, Laufen: 2'000, Liestal: 14'600) gerechnet, die ab 2018 einheitlich mit 1.3% pro Jahr wachsen. Das Fallzahlenwachstum ist etwas konservativer gerechnet, als dies noch im Grundlagenbericht der Fall war. Die Fallzahlen, welche im Businessplan des Grundlagenberichts für 2016 angenommen wurden, konnten aber erreicht werden.

Der durchschnittliche gewichtete **Schweregrad der stationären Fälle (CMI)** wurde für alle Standorte separat festgelegt und bleibt über den Betrachtungszeitraum im realistic Case unverändert – auch im Vergleich zum Grundlagenbericht.

Die **Baserate** wurde für das KSBL und USB weiterhin separat geschätzt. Die Baserate ist auch im neuen Modell nicht als der zu verhandelnde Basisfallpreis mit den Krankenversicherungen zu verstehen, sondern als kalkulatorischer Preis. Es ist zu erwarten, dass sich in der Betrachtungsperiode deutliche Veränderungen sowohl am Tarifkatalog als auch zum Beispiel in Bezug auf Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen realisieren werden. Eine konstante Baserate des KSBL steht einer leichten Erhöhung der Baserate des USB entgegen (durch die Annahme der Einführung von Zusatzentgelten).

Analog zur stationären Fallzahlplanung ist auch diejenige der **ambulanten Taxpunkte** für jeden Standort individuell erfolgt. Das USB erbringt im Jahr 2017 ambulante Leistungen im Umfang von rund 161.6 Mio. Taxpunkten, die im weiteren Planungsverlauf jährlich um rund 3 % zunehmen. Der ambulante Leistungsumfang am KSBL beträgt im Jahr 2017 rund 79.7 Mio. Taxpunkte (Bruderholz: 28.1 Mio., Laufen: 6.2 Mio., Liestal: 45.3 Mio.) und steigt anschliessend an allen drei Standorten jährlich um rund 2.0%.

Die **Durchschnittslohnentwicklung** bzw. das Wachstum der durchschnittlichen Personalkosten je FTE beträgt für alle Standorte und den gesamten Planungshorizont einheitlich 0.5% pro Jahr.

Bei den **Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)** geht das USB über den gesamten

Planungshorizont von jährlich CHF 40.7 Mio. aus. Das KSBL erwartet 2017 GWL von CHF 13.0 Mio. Anschliessend wird von einem jährlichen Wachstum von 2.0% ausgegangen.<sup>22</sup>

Die beste und schlechteste Variante unterscheiden sich bei gewissen Planungsannahmen. Insbesondere das ambulante und stationäre Fallzahlenwachstum sowie die Entwicklung der Baserates haben dabei einen starken Einfluss auf die Entwicklung der Finanzkraft der Spitalgruppe. Als weitere grosse Spielmasse wurden die Personalkosten anhand Entwicklung des Personalbestands und des Durchschnittslohns modelliert. Die verschiedenen Annahmen beeinflussen die Spitalgruppe in ihrer Zielerreichung.

### **C) Potentiale**

Die Berechnungen der Synergien entsprechen dem Stand des Grundlagenberichts. Es wird entsprechend weiterhin von Synergien im Umfang von mindestens CHF 70 Mio. im Jahr 2026 ausgegangen, für die im Grundlagenbericht angegebenen Aspekte. Auch die angenommenen Fallverschiebungen entsprechen demnach nach wie vor den Annahmen aus dem Grundlagenbericht.

Zentral für die Realisierung insb. der Synergien aus dem Kerngeschäft, welche wie im Grundlagenbericht beschrieben rd. CHF 58 Mio. ausmachen, ist in grossem Masse die Transformation des Standorts am Bruderholz. Die Synergie nimmt dabei an, dass im neuen TOP die Leistungen durch deutlich weniger Personal erbracht werden können als bisher. Die Fälle, welche nicht mehr am Bruderholz behandelt werden, werden grossteilhaft durch die anderen Standorte ohne Aufbau von Personal im gleichen Umfang aufgefangen. Ein weiteres zentrales Potenzial ist der Gewinn von Effizienz in den medizinischen Kernprozessen. Das heisst, dass die gleichen Prozesse mit weniger Personal erbracht werden können.

Die weiteren Synergien aus dem Kerngeschäft umfassen die Verschiebung von Fällen an die best geeigneten Standorte (z.B. HSM von Liestal nach Basel, elektive Orthopädie von Liestal und Basel an den Standort Bruderholz, ausgewählte, einfache und planbare Eingriffe ins TOP). Zudem wird von einer überregionalen Ausstrahlung ausgegangen, welche zu einem Fallzahlenwachstum führen wird.

Auch bei den weiteren Kostensynergien in den medizinischen und nicht-medizinischen Supportprozessen wird ein Effizienzgewinn als Hebel unterstellt. Auch dieser Effekt wird massgeblich über die Personalkosten gesteuert.

Als zusätzliche Synergie konnte die Harmonisierung der PK quantifiziert und in die Planung aufgenommen werden. Die geplante PK-Lösung bringt deutliche Synergien ab dem Jahr 2024, während vorher Transformationskosten anfallen. Die Synergie, welche mit der PK erreicht werden kann, wird gemeinsam mit dem TP HR weiter konkretisiert und die Auswirkungen im Finanzplan abgebildet.

Um die Synergieerreichung besser nachzuvollziehen und deren Umsetzung sicherstellen zu können, wurde ein Syngietracking initiiert. Diese bereits im Grundlagenbericht beschriebenen Synergiepotentiale wurden Anfang 2017 den sieben Projekten der Transformationsphase zur Berücksichtigung in der Projektplanung und -arbeit zugeordnet. Um nach der Synergiezuordnung in die Projekte ein quantitatives Syngietracking zu ermöglichen, wurden die Annahmen, welche den im Grundlagenbericht bezifferten Synergien zu Grunde liegen, in isolierte Formulare zur Modulation der verschiedenen Annahmen verarbeitet. Somit sind die Projekte befähigt die weitere Plausibilisierung und Validierung, bzw. Anpassung der

<sup>22</sup> Die Planungsannahmen entsprechen einem angestrebten, aber keinem verhandelten Resultat.

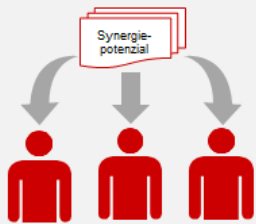


grundlegenden Annahmen und ihre finanziellen Auswirkungen nachvollziehen zu können. Gleiches soll für etwaige, in der Projektarbeit erkannten neuen Synergien und Dyssynergien erfolgen.

Einhergehend kann 2018 die qualitative Detailplanung der Synergierrealisierung erfolgen, inkl. der Verankerung von konkreten Massnahmen und Vorgaben in den Konzepten und Umsetzungsplänen der Projekte.

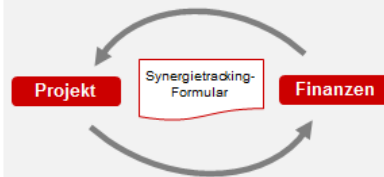
#### In Initialisierungsworkshops Q1 2017

- Zuordnung und Kommunikation der Synergiepotenziale an die Projektleiter zur Berücksichtigung in der Projektplanung und -arbeit



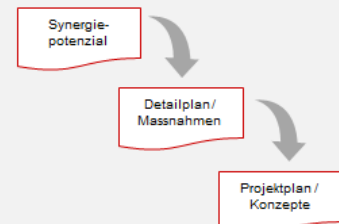
#### Ende 2017 – Anfang 2018

- Beginn der Plausibilisierung und Validierung bzw. Anpassung der grundlegenden Annahmen der Synergien in den Projekten mit Unterstützung der Finanzen



#### Anfang 2018 in den Projekten

- Detailplanung der Synergierrealisierung erfolgen inkl. Verankerung konkreter Massnahmen in Konzepten und Umsetzungsplänen der Projekte



Die Synergien und Dyssynergien werden in diesem Sinne weiter konkretisiert und validiert und an neue Planungsannahmen angepasst. In regelmässigen Abständen wird die Zielerreichung und ihren inhaltlichen Nutzen in den Projekten überprüft, zusammengefasst und in die Projekt- und Aufsichtsgremien rapportiert. Die finanziellen Implikationen der einzelnen Synergien werden in diesem Rahmen laufend aktualisiert. Eine komplett überarbeitete Synergieberechnung und ihre Auswirkung auf die gesamte Synergierrealisierung wird im überarbeiteten Businessplan, voraussichtlich im Sommer 2018 abgebildet werden. Die Ergebnisse des Synergetrackings werden in der Folge mit den Projekt- und Aufsichtsgremien diskutiert und weitere Massnahmen erarbeitet.

Zudem wurde eine mehrjährige, wissenschaftliche Begleitforschung in Auftrag gegeben, durch welche die Auswirkung des Fusionsprozesses auf die Versorgungsströme und -qualität sowie die Effizienz der Ressourcennutzung analysiert werden soll. Bezogen auf die Kosten und Strukturen werden die direkten Versorgungskosten sowie die Kostenstruktur (z.B. medizinische Leistung versus Administration) im Versorgungsverbund untersucht werden. Ebenfalls wird analysiert, ob die Zusammenführung zu einer Steigerung der Kosteneffizienz (d.h. "mehr Gesundheit pro eingesetzten Schweizer Franken") und Produktivität im Versorgungsverbund (z.B. Bettenauslastung, OP-Auslastung) führt.

Festzuhalten ist überdies, dass in vielen Bereichen, insb. in den nicht-medizinischen Querschnittsfunktionen allein durch den Abgleich bestehender Prozesse mit dem Partnerspital und der gemeinsamen Definition von einheitlichen Prozessen, Synergien in beiden Spitälern als Quick-wins realisiert werden, welche nur schwer nachweisbar sein werden. Es ist davon aus zu gehen, dass dadurch die Qualität erhöht und die Effizienz gesteigert wird.

## D) Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe

Die genannten Annahmen und die Potenziale wurden im Modell aktualisiert und zu einem Businessplan zusammengefasst.

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der EBITDA-Marge im realistic Case. Während bis 2020 tendenziell schwächere Resultate erzielt werden aufgrund von Dissynergien und Transformationskosten, lassen sich anschliessend signifikante Synergien realisieren. Im Gegensatz zum Grundlagenbericht wird ein ähnlich erfolgreiches Ergebnis langfristig erreicht. In der folgenden Darstellung werden die EBITDA und EBITDA-Margen vom neuen Businessplan

im Vergleich zum Businessplan aus dem Grundlagenbericht (GLB) dargestellt:

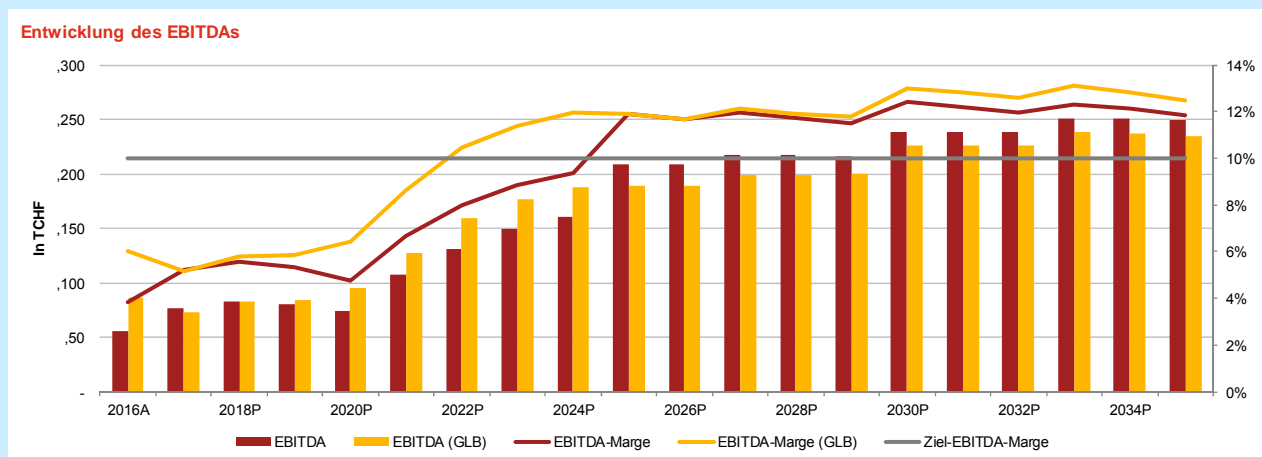


Abbildung 26: EBITDA-Entwicklung im Realistic Case Case "Spitalgruppe"

Neben der positiven Entwicklung der EBITDA-Marge, erreichen auch die anderen Kennzahlen einen Stand, der den Ansprüchen an die Spitalgruppe genügt.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Ziel-EBITDA-Marge von 10 % in best und realistic Cases erreicht werden kann. Im worst Case erreicht die Spitalgruppe die EBITDA-Marge von 10% knapp nicht. Allerdings können durch Massnahmen wie eine adaptierte Investitionsplanung und eine entsprechenden Kostensteuerung voraussichtlich auch in diesem Fall die Ziel-EBITDA-Marge erreicht werden. Daher ist aus finanzieller Perspektive die Sinnhaftigkeit des Zusammenschlusses deutlich zu unterstreichen.

## E) Investitionsrechnung

Die Investitionsplanung wurde im Projektverlauf seit dem Grundlagenbericht weiter konkretisiert und vorangetrieben. Dies hat zur Folge, dass durch die Planungsanpassung einiger Projekte (z.B. Arealplanung Basel), Aufnahme oder Erhöhung bisheriger Projekte (Ersatzinvestitionen bestehende Infrastruktur) die Investitionen sich im Verhältnis zur Planung im Grundlagenbericht erhöht haben. Allerdings wird davon ausgegangen, dass im Endeffekt das Prinzip „Design to Cost“ gilt und dass die derzeitige Investitionsplanung insgesamt das Zielvolumen der Investitionen übersteigt. Entsprechend gilt es die geplanten Investitionen schlussendlich in einer Portfoliosicht auf einen Zielinvestitionswert anzunähern, der dennoch die für den langfristigen Erfolg der Spitalgruppe notwendigen Investitionen ermöglicht. Zentral ist anzumerken, dass die Investitionen vollumfänglich durch die Spitalgruppe getragen werden und nur bei entsprechend dem Businessplan angenommenen Jahresergebnissen entsprechend der Planung umgesetzt werden können.

Folgende Kernaussagen können bzgl. Innovationen und Auswirkungen der Spitalgruppenbildung auf die Investitionsplanung gemacht werden.

**Stärkung Investitionsfähigkeit:** Um zukunftsfähig zu bleiben, hat der Zusammenschluss zur Spitalgruppe zum Ziel, die Investitionsfähigkeit gegenüber dem Status Quo zu stärken. Dies ist mit dem vorliegenden Zusammenschluss gegeben, da aufgrund der operativen Synergien im Vergleich zum Alleingang wie erwähnt eine EBITDA-Verbesserung von CHF über 70 Mio. im Jahr 2026 erzielt werden kann.

Die höhere Investitionskraft der Spitalgruppe gegenüber den einzelnen Unternehmen KSBL und USB ermöglicht die dringend notwendige Modernisierung der baulichen und IT- Infrastrukturen an allen Standorten ohne zusätzliche Risiken und Belastungen für die beiden Eigner. Die Investitionen der Spitalgruppe stellen einen wesentlichen Wirtschaftsfaktor in beiden Kantonen dar.

**Beträchtliche Investitionssynergien:** Gegenüber einem Alleingang des KSBL mit der Fortführung eines ähnlichen Angebots am Standort Bruderholz wie heute sind mit der Spitalgruppe rund 200 Mio. Franken weniger Investitionen notwendig.

**Schätzung des Investitionsvolumens der Spitalgruppe liegt modellhaft vor:** Um das Zielbild der Spitalgruppe inkl. TOP zu erreichen, sind neben gewissen Minder-, auch gewisse Mehrinvestitionen notwendig. So investiert die Spitalgruppe in den ersten Jahren zwar mehr als bei einem Alleingang, jedoch lassen sich ab 2022 Investitionssynergien realisieren. Trotz der erheblichen Investitionen in Modernisierung der IT und Infrastruktur lassen sich schliesslich durch den Zusammenschluss kumuliert bis 2035 aus heutiger Planungssicht rund 45 Mio. Franken an Investitionssynergien erzielen. Deren Höhe kann aufgrund von fortschreitenden Planungen noch variieren und ist auch abhängig von der Entwicklung des Gesundheitsmarkts und der Investitionsmöglichkeiten. Insb. besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung des Zielbilds inklusive etwaigen Anpassungen daran und den effektiv zur Umsetzung des Zielbilds benötigten Investitionen.

Diese Investitionen (vor allem in Infrastruktur und IT) ermöglichen es, die Patientenversorgung zu verbessern und die Basis für die operativen Synergien zu legen.

**Kein Mengenwachstum aufgrund Spitalgruppe:** Die Investitionen der Spitalgruppe führen nicht zu einem Mengenwachstum gegenüber Alleingängen von USB und KSBL. In der Spitalgruppe wird das Mengenwachstum sogar gedämpft aufgrund von Verschiebungen in die ambulante Behandlung und einem stärkeren Fokus auf hochspezialisierte Medizin.

**Investitionsplanung wird fortlaufend konkretisiert:** Die Bauvorhaben von USB und KSBL werden zurzeit konsolidiert betrachtet. Mit Fortschreiten der Arbeiten im Programm Spitalgruppe werden die Planungen und damit auch die Schätzung der Investitionsvolumina und -synergien zunehmend konkreter und validierter. Die Kantone als Eigentümer erwarten, dass durch eine konsequente Abstimmung und Optimierung der Investitionsvorhaben in der Spitalgruppe noch höhere Investitionssynergien als diejenigen gemäss aktuellem Planungsstand erzielt werden können.

## **F) Unternehmensbewertung und Verwendung der Businesspläne**

Die Businesspläne in ihrer Einzelsicht wurden neben der Überführung in ein Businessplan Tool für die Spitalgruppe ebenfalls für eine Bewertung verwendet. Die Unternehmensbewertung als Basis für die spätere Aufteilung der Beteiligungswerte wurde neben den Business Plänen ebenfalls auf eine aktualisierte Substanzwertmethode (analog FDD) gestützt. Beide Analysen wurden mit externen Partnern durchgeführt. Die folgende Grafik zeigt das Vorgehen:

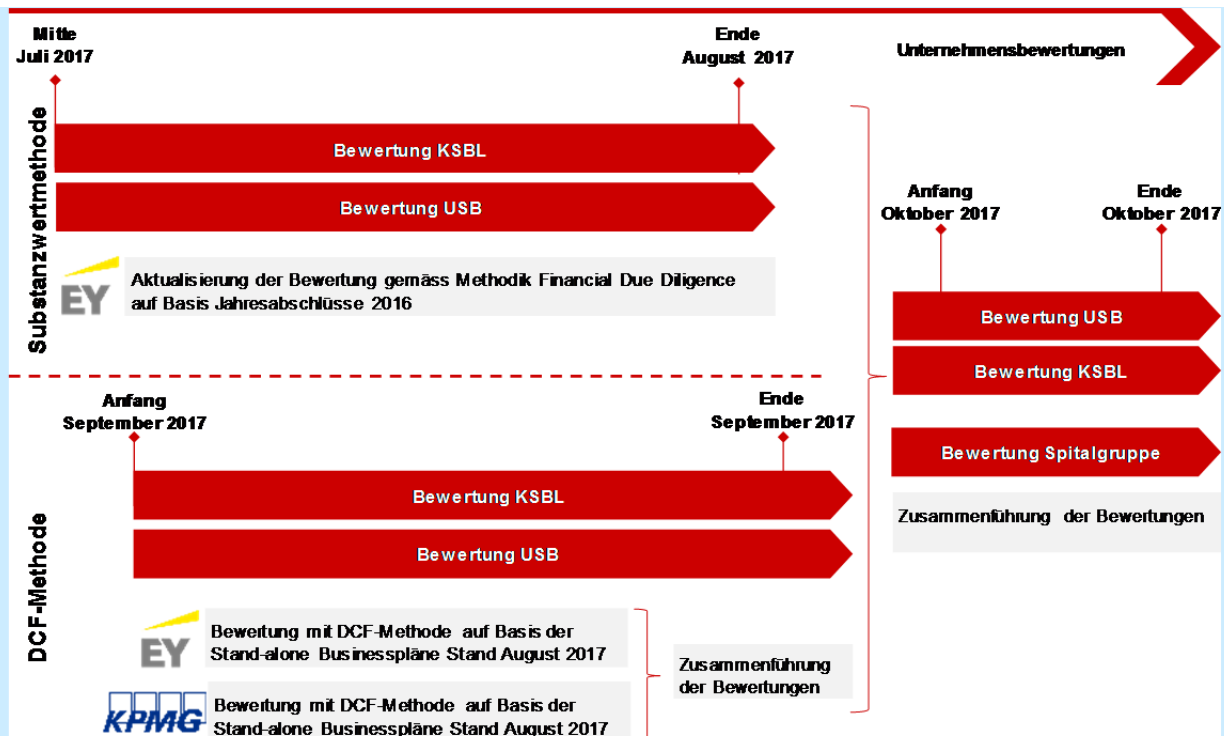


Abbildung 27: Unternehmensbewertung

### Substanzwertmethode

Im Sommer 2017 wurde die im Grundlagenbericht verarbeitete Bewertung der Unternehmen auf Basis der Substanzwertmethode erneuert. Dabei wurde die Methodik aus der Financial Due Diligence aus dem Jahr 2016 (auf Basis der Jahresabschlüsse 2015) aktualisiert und auf Basis der Jahresabschlüsse 2016 aktualisiert.

### DCF-Methode

Zur Validierung des Unternehmenswerts wurde festgelegt zusätzlich zur Substanzwertmethode eine Bewertung auf Basis der isolierten Businesspläne der beiden Häuser vorzunehmen. Dazu wurden zwei externe Partner (EY und KPMG) beauftragt Mittels DCF-Methode (Discounted Cash Flow) den Unternehmenswert auf Basis der in den Businessplänen angenommenen Entwicklung festzulegen.

Im Zuge der DCF-Bewertungen wurden die Annahmen der Stand-alone Businesspläne in einem iterativen Rahmen validiert, sodass diese als durch die extern Beauftragten als valabel gekennzeichnet werden können. Somit sind auch die Planungsannahmen, welche als Basis für den Spitalgruppen Businessplan verwendet wurden als realistisch bestätigt und die finanzielle Sinnhaftigkeit des Zusammenschlusses auch durch Dritte als gegeben eingeschätzt.

Die Veränderungen der Bewertungsergebnisse zwischen der Bewertung Grundlagenbericht und aktueller Bewertung lässt sich durch die Anpassung der Annahmen begründen.

Der Beteiligungswert wird schlussendlich durch Eigner auf Basis der durch die Spitäler und Externen durchgeführten Bewertungen festgelegt. Die Bewertungsergebnisse wurden als Basis für den politischen Entscheidungsprozess durch die Gremien der beiden Häuser freigegeben.

## 9 Projektrisiken

In der Risikoanalyse des Projektes STAB sind Risiken und Gegenmassnahmen beschrieben. Sie bilden die Grundlage zur Sicherstellung eines wirksamen Risikomanagements.

Im Fokus dieses Kapitels stehen die 13 wichtigsten Risiken, welchen das Projekt bis zum Beginn der Umsetzung Anfang 2019 gegenübersteht. Die dargestellte Liste wurde auf Basis einer Risikoanalyse zu Beginn des Projekts entwickelt. Manche der initial identifizierten Risiken wurden im Laufe des Projekts Neubewertet, kamen hinzu oder konnten als beherrschbar oder überwunden betrachtet werden.

Die folgende Abbildung zeigt eine Auflistung der wichtigsten Risiken inkl. deren Bewertung nach Eintretenswahrscheinlichkeit und Schadensausmass. Dabei werden zuerst die externen Risiken und dann die internen Risiken aufgeführt.

Nr.	Risiko	Massnahmen
1	Abbruch des Vorhabens durch Ablehnung von Politik oder Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einigkeit &amp; Klarheit bei Vision, Ziel &amp; Vorgehen erreichen</li> <li>▪ Langfristige Perspektiven im Vergleich zu «Nichts tun» (Stand-Alone USB und KSBL) darstellen</li> <li>▪ Konsequentes Stakeholder-Management und Kommunikation</li> <li>▪ Regelmässige Abstimmungen mit Politik</li> </ul>
2	Zeitliche Verzögerung aufgrund des politischen Meinungsbildungsprozesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktive und konsequente Kommunikation des Angebotsportfolios am Bruderholz (z.B. Q&amp;A)</li> </ul>
3	Annahme der Bruderholz-Initiative	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuweisergerechte Kommunikation</li> <li>▪ Schrittweise Umsetzung von signifikanten Massnahmen</li> </ul>
4	Verlust von Zuweisungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "TOP" mit Priorität bearbeiten</li> <li>▪ Kapazitätsengpässe minimieren</li> </ul>
5	Markteintritt von Konkurrenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transparente Kommunikation und Change Management (z.B. Q&amp;A)</li> <li>▪ Führungsverantwortung durch Linie</li> </ul>
6	Abwanderung von Fachkräften führt zu Verlust von Fachwissen und Rückgang von Fallzahlen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuelles Ausbalancieren der Linien-/ Projektaufgaben</li> <li>▪ Repriorisierung von Aufgaben</li> </ul>
7	Operatives Geschäft und / oder bestehende Projekte werden vernachlässigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemeinsame ICT-Strategie</li> <li>▪ Definierte Systemarchitektur</li> </ul>
8	Unzureichende Integration der ICT-Systeme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projektcontrolling</li> </ul>
9	Höhere Transformationskosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Businessplan und Finanzierungskonzept aufstellen</li> </ul>
10	Finanzierbarkeit der Investitionen in der Übergangsfrist	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufbau eines Projekts zur Integration/ Change Management</li> <li>▪ Konsequente Anwendung der jeweiligen «Best Practice» bzw. Entwicklung von noch besseren Innovationen</li> </ul>
11	Kulturelle Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laufende Fortschrittsüberwachung</li> <li>▪ Verbindlichkeit der Entscheide schaffen</li> </ul>
12	Abweichung vom Zielbild in der Transformationsphase durch opportunistische Entscheide	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transparente Kommunikation und Change Management (z.B. Q&amp;A)</li> <li>▪ Konsequente Information der Schlüsselpersonen</li> </ul>
13	Verlust von Schlüsselpersonen	

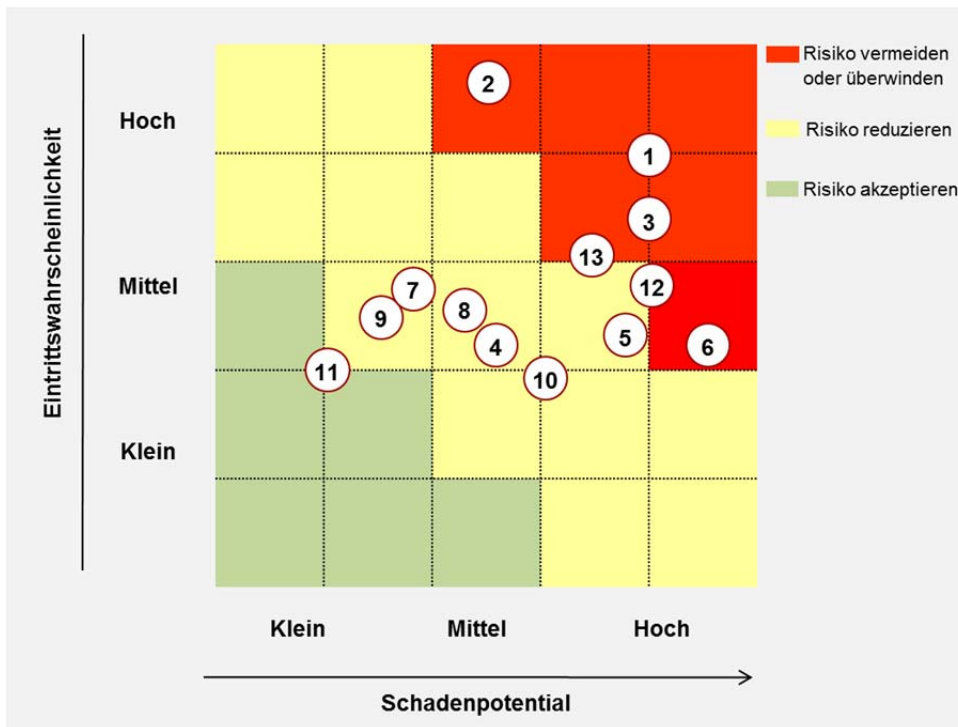


Abbildung 28: Risikobewertung

### Vertrauensbildende, projektbegleitende Kommunikation als , eine entscheidende Massnahme

Ein Zusammenschlussprojekt dieser Grössenordnung hat weitreichende Auswirkungen für zahlreiche, je unterschiedlich betroffene interne und externe Zielgruppen im ganzen Einzugsgebiet. Eine Voraussetzung für den Projekterfolg ist die intensive, von Anfang an projektbegleitende Kommunikation aus erster Hand über Ursachen, Stossrichtungen, Nah- und Fernziele, Varianten und Entscheide. Dies gilt ausgeprägt für die interne, vertrauensbildende Information der über 10'000 direkt betroffenen Mitarbeiter sowie für den Einbezug der Kooperationspartner. Gleichzeitig ergibt sich aus dem öffentlichen Interesse auch ein Informationsanspruch der Allgemeinheit.

Die fachbezogene, interne Information ist eine Führungsaufgabe und liegt bei den Spitälern. Primär ist eine aktiv geführte, prozessbegleitende Kommunikation eine vertrauensbildende Massnahme, die das mehrjährige Change-Klima prägt. Sie wird den berechtigten Interessen der Mitarbeitenden und der Allgemeinheit gerecht. Gleichzeitig vermeidet sie Indiskretionen aus einem vielstufigen Prozess mit zahlreichen Beteiligten und erlaubt es den Projektverantwortlichen, die Deutungshoheit in der eigenen Hand zu behalten.

### 9.1 Schlussfolgerungen „Projektrisiken“

Ein zentraler Erfolgsfaktor für das Projekt ist die Unterstützung durch Politik und Bevölkerung. Ist dies gegeben, sind die Risiken zwar beträchtlich, entsprechen denen eines grossen Vorhabens und sind in der Beurteilung der Verwaltungsräte kontrollierbar. Das wesentlichste Risiko ist, dass bei ungenügender Kommunikation in einer zu langen Transformationsphase eine Verunsicherung von Fachkräften, Zuweisern und Patienten resultiert. Dies führt zu einem Rückgang von Fällen und einem Verlust von Know-How. Auch unternehmenskulturelle Differenzen können zu Missverständnissen und Verunsicherungen führen. Als zentrale Massnahme ist eine aktive, vertrauensbildende interne und externe Kommunikation entscheidend.

Die in diesem Grundlagenbericht aufgezeigten Risiken und im Risikomanagement des Projekts entwickelten Gegenmassnahmen fliessen in die Planung der anschliessenden Transformationsphase ein.

## 9.2 Schlussfolgerungen „Projektrisiken“

Ein zentraler Erfolgsfaktor für das Projekt ist die Unterstützung durch Politik und Bevölkerung. Ist dies gegeben, sind die Risiken zwar beträchtlich, entsprechen denen eines grossen Vorhabens und sind in der Beurteilung der Verwaltungsräte kontrollierbar. Das wesentlichste Risiko ist, dass bei ungenügender Kommunikation in einer zu langen Transformationsphase eine Verunsicherung von Fachkräften, Zuweisern und Patienten resultiert. Dies führt zu einem Rückgang von Fällen und einem Verlust von Know-How. Auch unternehmenskulturelle Differenzen können zu Missverständnissen und Verunsicherungen führen. Als zentrale Massnahme ist eine aktive, vertrauensbildende interne und externe Kommunikation entscheidend.

Die in diesem Grundlagenbericht aufgezeigten Risiken und im Risikomanagement des Projekts entwickelten Gegenmassnahmen fliessen in die Planung der anschliessenden Transformationsphase ein.

### **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

In der Risikoanalyse des Projektes STAB und im Grundlagenbericht sind Risiken und Gegenmassnahmen definiert worden. Diese Projektrisiken werden in regelmässigen Abständen Neubewertet, nach Bedarf ergänzt und bei erfolgreicher Überwindung entfernt, um eine Aktualität des Risikoportfolios bezogen auf den Projektstand zu gewährleisten. Dieser Prozess bildet die Grundlage zur Sicherstellung eines wirksamen Risikomanagements.

Im Februar 2017 wurden die Projektrisiken spezifisch für die Transformationsphase A aktualisiert. Im Fokus stehen die 23 wichtigsten Risiken, die dem Projekt in der Transformationsphase A und darüber hinaus gegenüberstehen.

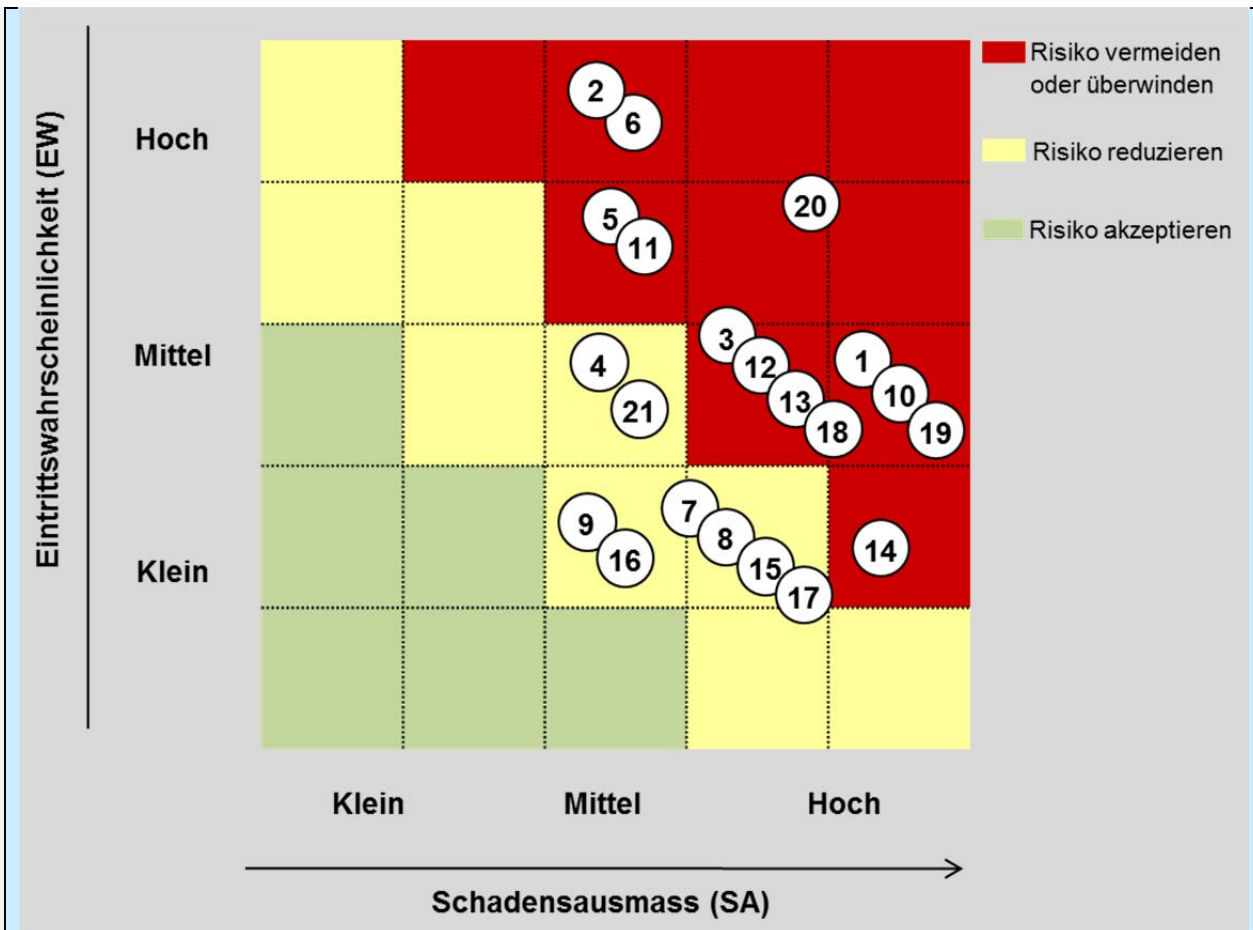
Für jede Einzelne der 23 Risiken wurde ein Risiko-Verantwortlicher (i.d.R. Verwaltungsratspräsident oder CEO) sowie ein Risiko-Manager (einer der Projektleitenden) definiert. Dieses Team ist für das Management des jeweiligen Risikos mit Planung und Umsetzung angemessener Massnahmen zur Risikominderung beauftragt.

Im Verlauf der Transformationsphase A (2017) konnten bereits zwei namhafte Risiken erfolgreich eliminiert werden, nämlich: das Risiko der Annahme der Bruderholz-Initiative sowie das Risiko eines WEKO Entscheids gegen die Spitalgruppe.

Die folgende Abbildung zeigt eine Auflistung der 21 wichtigsten Risiken inkl. deren Bewertung nach Eintretenswahrscheinlichkeit und Schadensausmass.

Nr.	Risiko	Massnahmen
1	Abbruch des Vorhabens durch Ablehnung der Gesetzesvorlage von Politik oder Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einigkeit &amp; Klarheit bei Vision, Ziel &amp; Vorgehen erreichen</li> <li>▪ Langfristige Konsequenzen des «Nichts tun» darstellen</li> <li>▪ Systematische/s Stakeholder-Mgmt. und Kommunikation</li> </ul>
2	Angebots-/ Standort- und Führungskonzeption in einzelnen Fachdisziplinen nicht durchsetzbar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realistische Konzeption</li> <li>▪ In Fachdisziplinen mit struktureller Professur an USB und KSBL: Chefärzte gut einbinden, Lead festlegen</li> </ul>
3	Schwächung von Differenzierungs- und Leistungsmerkmale der Standorte und klinischen Einheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungsangebot pro Standort gemäss Zielbild weiter schärfen und festlegen.</li> <li>▪ Prüfen von ergänzenden Kooperationen zum «TOP»</li> </ul>
4	Konkurrenten verschärfen Wettbewerb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "TOP" mit Priorität bearbeiten</li> <li>▪ Kapazitätsengpässe minimieren</li> <li>▪ Leistungsangebotsverschiebung koordinieren</li> </ul>
5	Operatives Geschäft und / oder bestehende Projekte werden vernachlässigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuelles Ausbalancieren der Linien-/ Projektaufgaben</li> <li>▪ Repriorisierung durch Abgleich der Projektportfolios</li> <li>▪ Realistische Terminsetzung im Programm</li> </ul>
6	Negative Medienberichte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientennutzen darstellen</li> <li>▪ Marketingbudgets erhöhen</li> <li>▪ Internetkommunikation aufbauen</li> </ul>
7	Trends und Innovationen werden vernachlässigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufzeigen von Opportunitäten aktiv im Programm fördern</li> <li>▪ Leuchtturm Innovationen, z.B. in Schwerpunktbereichen, identifizieren, finanzieren und realisieren.</li> </ul>
8	Vorgezogene Kooperationen bleiben hinter den Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adäquate Ressourcen und Aufmerksamkeit für Umsetzung</li> <li>▪ Aktive und unterstützende Kommunikation des Fortschritts</li> </ul>
9	Partner springen ab oder geben der Partnerschaft mit der Spitalgruppe geringere Priorität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information und Pflege der strategischen Partnerschaften</li> <li>▪ Besondere Aufmerksamkeit auf Partnerschaften in den Kantonen Aargau, Solothurn und Jura.</li> </ul>
10	Pensionskassenlösung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klare Definition von Zielen und Prioritäten für die PK-Lösung</li> <li>▪ Abgestimmte Umsetzung der Zielvorstellung</li> <li>▪ Umsichtige Stakeholder-Mgmt.: Mitarbeiter &amp; Verbände</li> </ul>
11	Tarife (Vergütung) und Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhandlung mit Krankenversicherungen zu TOP Vergütung</li> <li>▪ Kosten senken, um Tarifentwicklung besser zu entsprechen</li> <li>▪ Fallzahlsteigerung durch Marktanteilgewinn</li> </ul>
12	Investitions- und Standortrisiko des KSBL trägt das USB und vice versa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risiko in Zusammenführungsstruktur berücksichtigen</li> <li>▪ «TOP» Vorteile für BS Patienten und USB darstellen</li> <li>▪ Grossinvestitionen KSBL und USB validieren</li> </ul>
13	Synergien bleiben hinter den Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsequente Umsetzung der definierten Synergiepotenziale</li> <li>▪ Zügige Gegenmassnahmen bei Plan- und Zielabweichungen</li> <li>▪ Aktive Monitoring des Fortschritts</li> </ul>
14	Kantonale Entscheide verringern Investitionskraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permanente Abstimmung mit Eignern</li> </ul>
15	Zuweisungsverlust bzw. Reduktion der Patientenströme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuweisergerechte Kommunikation</li> <li>▪ Schrittweise Umsetzung von signifikanten Massnahmen</li> <li>▪ Einbindung Ärzteverbände in definierten Projekten/Themen</li> </ul>
16	Sunk Costs und Rückabwicklung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meilensteinabhängige Anpassung der Integrationstiefe</li> <li>▪ KSBL u. USB zeigen grösste Sensibilität bei Kernbereichen, die den Partner auch bei allfälligem Alleingang schwächen</li> </ul>
17	Aus-, Fort- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wichtigkeit der Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Kommunikation und Investition weiter unterstreichen</li> <li>▪ Detailliert definieren, welche Aktivitäten wo statt finden</li> </ul>
18	ICT-Systeme unzureichend integriert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemeinsame ICT-Strategie</li> <li>▪ Definierte Systemarchitektur</li> <li>▪ Integration mit ausreichender Priorität verfolgen</li> </ul>
19	Infrastruktur Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immobilienstrategie für alle Standorte</li> <li>▪ Arealplanung im Rahmen Transformationsprozesse als Kernthema verankern</li> </ul>
20	Kulturelle Unterschiede und Change	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufbau eines Projekts zur Integration/ Change Management</li> <li>▪ Konsequente Anwendung der jeweiligen «Best Practice»-Lösung</li> </ul>
21	Verlust von Schlüsselpersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transparente Kommunikation und Change Management</li> <li>▪ Identifikation und Information der Schlüsselpersonen</li> <li>▪ Anwendung gezielter Retention Massnahmen</li> </ul>





**Kommunikation, Kulturentwicklung und Change Management als Grundstein für die Risikobewältigung bei der bevorstehenden Transformation**

Vertrauensbildende, projektbegleitende Kommunikation ist und bleibt eine entscheidende Massnahme für die erfolgreiche Überwindung von internen und externen Risiken. Diese soll nun durch eine professionelle Kulturentwicklung und Change Management intensiviert werden, um die Gemeinsamkeiten der beiden Unternehmen und Vorteile der Zusammenführung hervorzuheben. Gleichzeitig wird damit die Basis für ein wirksames Retention Management geschaffen.

Hiermit soll ein wichtiger, gemeinsamer Grundstein für die zunehmende Integrationstiefe und bevorstehende operative Transformation der Standorte geschaffen werden, um den damit verbundenen Risiken bereits heute entgegenzuwirken.

# 10 Umsetzungsfahrplan

## 10.1 Projektphasen

Der Umsetzungsfahrplan sieht nach Abschluss des Vorprojekts STAB und der damit verbundenen Machbarkeitsstudie vier weitere Phasen vor. Die folgende Abbildung stellt diese dar.

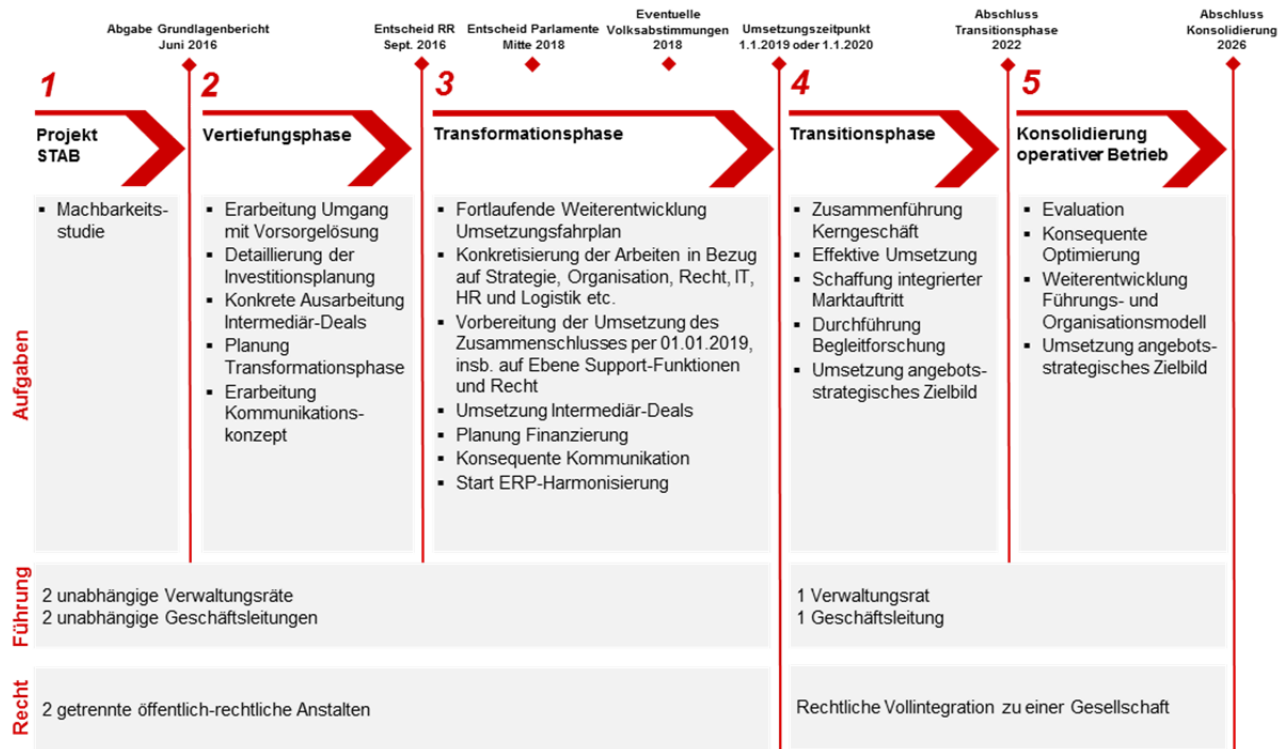


Abbildung 29: Umsetzungsfahrplan

### Phase 1: Vorprojekt STAB bis Juni 2016

Im Vorprojekt STAB wurde eine Machbarkeitsstudie in Form einer Financial und Commercial Due Diligence durchgeführt und das Grobkonzept der gemeinsamen Spitalgruppe entworfen. Das Resultat illustriert der vorliegende Grundlagenbericht.

### Phase 2: Vertiefungsphase von Juni bis September 2016

In der Vertiefungsphase wurden ausgewählte, am 24.05.2016 durch die beiden Verwaltungsräte abgestimmte Themengebiete vertieft und das Vorgehen in der Transformationsphase geplant. Die Vertiefungsphase beinhaltet die Erarbeitung des Umgangs mit Vorsorgelösungen, eine weitere Detaillierung der Business- und Investitionsplanung, die Ausarbeitung der sogenannten Intermediär-Deals und die Gestaltung der Kommunikation. Unter Intermediär-Deals werden vorgezogene Kooperationen in ausgewählten Fachgebieten im Rahmen der bestehenden strategischen Partnerschaft zwischen KSBL und USB verstanden. Es sind Kooperationen in der Rehabilitation, Ophthalmologie, HSM Viszeralchirurgie und in der Orthopädie vorgesehen.

### Phase 3: Transformationsphase bis 2019/2020

In der Transformationsphase, welche mit einem positiven Entscheid der beiden Regierungsräte beginnt, werden die bisherigen Ergebnisse konkretisiert und die Umsetzung vorbereitet. Die Zusammenarbeit in den Supportfunktionen wird erheblich intensiviert werden. Im Kerngeschäft erfolgt in dieser Phase grundsätzlich keine Integration, mit Ausnahme der Intermediär-Deals.

In der Transformationsphase wird der Dialog mit relevanten Anspruchsgruppen, insbesondere Zuweisenden, Krankenversicherungen und nachgelagerten Leistungserbringern, weitergeführt und in Teilprojekten vertieft.

Parallel zur Transformationsphase läuft der politische Prozess mit Entscheiden der Regierungsräte und Parlamente sowie gegebenenfalls Volksabstimmungen. Politische Entscheide werden im 2018 erwartet, so dass danach die Umsetzung erfolgen kann.

Eine frühestmögliche Zusammenführung ist von Vorteil. Als erstmöglicher Termin wird der 01.01.2019 angestrebt. Spätestens auf den 01.01.2020 sollte die Zusammenführung vollzogen werden.

Bis zum Ende der Transformationsphase und dem definitiven Entscheid von Regierungen, Parlamenten und Bevölkerung der beiden Kantone bleiben KSBL und USB weiterhin zwei rechtlich selbständige Entitäten mit zwei getrennten Verwaltungsräten und Geschäftsleitungen.

#### **Phase 4: Transitionsphase ab 2019/2020**

Spätestens ab 2020 erfolgt die organisatorische Zusammenführung des medizinischen Kerngeschäfts, der medizinischen Querschnittfunktionen und der übrigen betrieblichen Supportfunktionen. Im Laufe dieser Phase werden die wesentlichen Funktionen im Kerngeschäft sowie die Supportfunktionen integriert. Weitere Zusammenführungsschritte und Optimierungsprojekte werden zur Bearbeitung der Linie übergeben.

Es ist eine Begleitforschung angedacht, welche die Zielerreichung der drei übergeordneten Projektzielsetzungen durch die gemeinsame Spitalgruppe begleitend untersucht. Als mögliche Kooperationspartner sind die Universität Zürich sowie die Universität Lausanne im Gespräch.

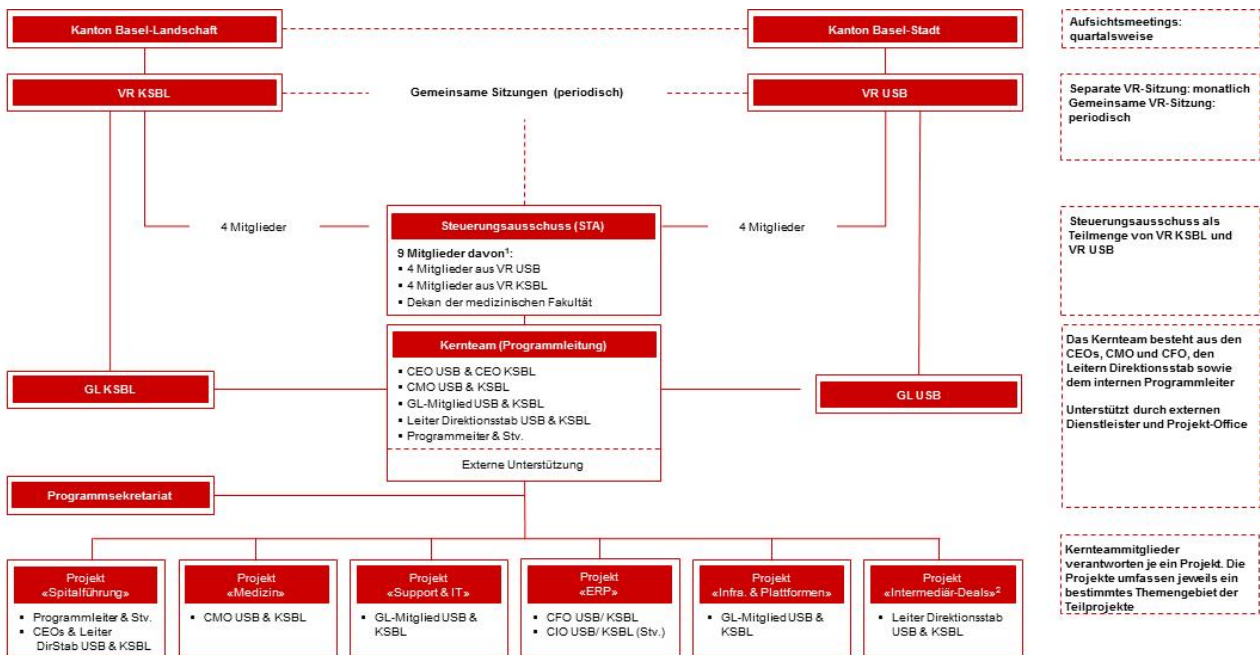
Ab dieser Phase wird es nur noch einen Verwaltungsrat und eine Geschäftsleitung für die gemeinsame Spitalgruppe geben, da diese nun auch eine voll integrierte rechtliche Entität ist.

#### **Phase 5: Konsolidierung operativer Betrieb**

Nach Abschluss des Programms und nach Eintritt in den operativen Betrieb dauert es schätzungsweise weitere zwei bis vier Jahre, die Zusammenführung zu konsolidieren und das strategische Zielbild umzusetzen. Es ist Aufgabe des neuen Verwaltungsrats und der neuen Geschäftsleitung des Gesamtunternehmens, weitere Zusammenführungsschritte zu planen und zu realisieren.

## 10.2 Projektorganisation

Mit dem Beginn der Transformationsphase im September 2016 wird eine breitere Abstützung des Steuerungsausschusses benötigt, um den Herausforderungen in der Transformationsphase begegnen zu können. Folgende Projektorganisation wird vorgeschlagen.



<sup>1</sup>Ein STA-Mitglied ist Präsident des STA

<sup>2</sup>Projekt «Intermediär-Deals» ist bis zum effektiven operativen Start der Zusammenarbeit verantwortlich. Der Kooperationsausschuss übernimmt von diesem Zeitpunkt an.

Abbildung 30: Projektorganisation ab Phase 3 (vgl. Abbildung 27)

## 10.3 Rückfallszenario

Falls die Zusammenführung von KSBL und USB nicht umgesetzt werden kann, ist mit erheblichen Konsequenzen hinsichtlich des langfristigen Leistungsangebots respektive der Wirtschaftlichkeit von KSBL und USB zu rechnen. So ist insbesondere von Leistungseinbußen an den Standorten Laufen und Bruderholz und der Fortführung redundanter Leistungserbringung und Ineffizienzen und damit einhergehenden Kosten sowie Investitionen auszugehen. Des Weiteren werden Chancen, die Behandlungsqualität massgeblich zu verbessern, ungenutzt gelassen (vgl. 2.6). Auch potentielle, vorgezogene Kooperationen können nicht oder nur beschränkt durchgeführt werden, was zu weiteren Versäumnissen führen würde.

Im Falle einer Ablehnung der Zusammenführung werden KSBL und USB entscheiden, in welchem Verhältnis sie künftig zueinander stehen werden. Zum einen könnten sie eine Intensivierung der vertraglichen Kooperationen innerhalb der bereits bestehenden strategischen Partnerschaft vorantreiben. Diese böte jedoch nicht annähernd die Potentiale wie eine Zusammenführung. Zum anderen könnten sie sich als Konkurrenten begegnen.

Zusätzlich wären im KSBL und im USB Kooperationen mit anderen Organisationen sowie gezielte Portfolioanpassungen (d.h. Akquisitionen/Investitionen oder Desinvestitionen) zu prüfen. Dies sollte insbesondere vor dem Hintergrund der identifizierten Schwächen geschehen, welche durch eine gemeinsame Spitalgruppe kompensiert würden. Im Falle der Ablehnung der Spitalgruppe müssten diese Schwächen intern durch signifikante Investitionen oder extern durch gezielte Akquisitionen oder anderweitige Kooperationen adressiert werden. Schliesslich bliebe noch die Desinvestition aus einzelnen Leistungsbereichen, was gleichbedeutend mit einem Leistungsabbau wäre. Längerfristig könnte eine Gefährdung der Medizinischen Fakultät nicht ausgeschlossen werden.

## 10.4 Schlussfolgerungen „Umsetzungsfahrplan“

Die effektive Umsetzung des Zusammenschlusses soll nach dem politischen Entscheid der beiden Regierungsräte, voraussichtlich im September 2016, in einer Transformationsphase angepackt werden. Ziel ist eine Umsetzung der rechtlichen Zusammenführung und des Marktauftritts per 01.01.2019 (spätestens 01.01.2020). Der Umsetzungsfahrplan sieht folgende Phasen vor:

- Phase 1: Vorprojekt STAB bis Juni 2016
- Phase 2: Vertiefungsphase Juni bis September 2016
- Phase 3: Transformationsphase bis 2019/2020
- Phase 4: Transitionsphase ab 2019/2020
- Phase 5: Konsolidierung operativer Betrieb

In der Transformationsphase werden die bisherigen Ergebnisse konkretisiert und die Umsetzung vorbereitet. Die Zusammenarbeit in den Supportfunktionen wird erheblich intensiviert werden. Im Kerngeschäft erfolgt in dieser Phase grundsätzlich keine Integration, mit Ausnahme der vorgezogenen, intensivierten Kooperationen in ausgewählten Fachgebieten. Als Umsetzungszeitpunkt bietet sich der 01.01.2019, oder spätestens der 01.01.2020 an.

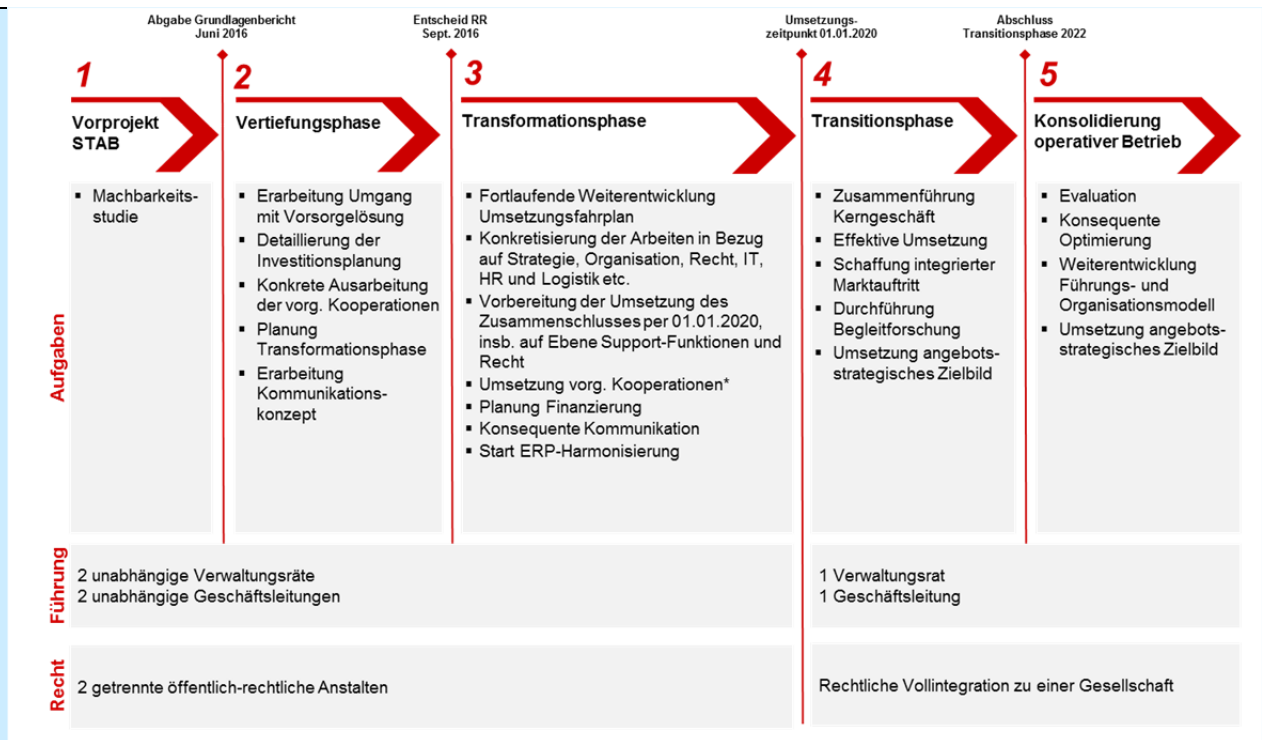
Bis zum erfolgreichen Zusammenschluss bestehen weiterhin zwei getrennte Verwaltungsräte und Geschäftsleitungen. Ein aus je vier Mitgliedern der Verwaltungsräte des KSBL und des USB sowie dem Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Basel zusammengesetzter Steuerungsausschuss führt das Transformationsprojekt strategisch. Die Transformation wird sorgfältig gestaltet, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen und unter Einbezug aller Interessengruppen.

Das Rückfallszenario bei einer Nicht-Realisierung des Zusammenschlusses hätte einen Alleingang von KSBL und USB zur Folge, mit erheblichen negativen Konsequenzen für die übergeordneten Projektzielsetzungen Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Hochschulmedizin.

### **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

#### **A) Projektphasen**

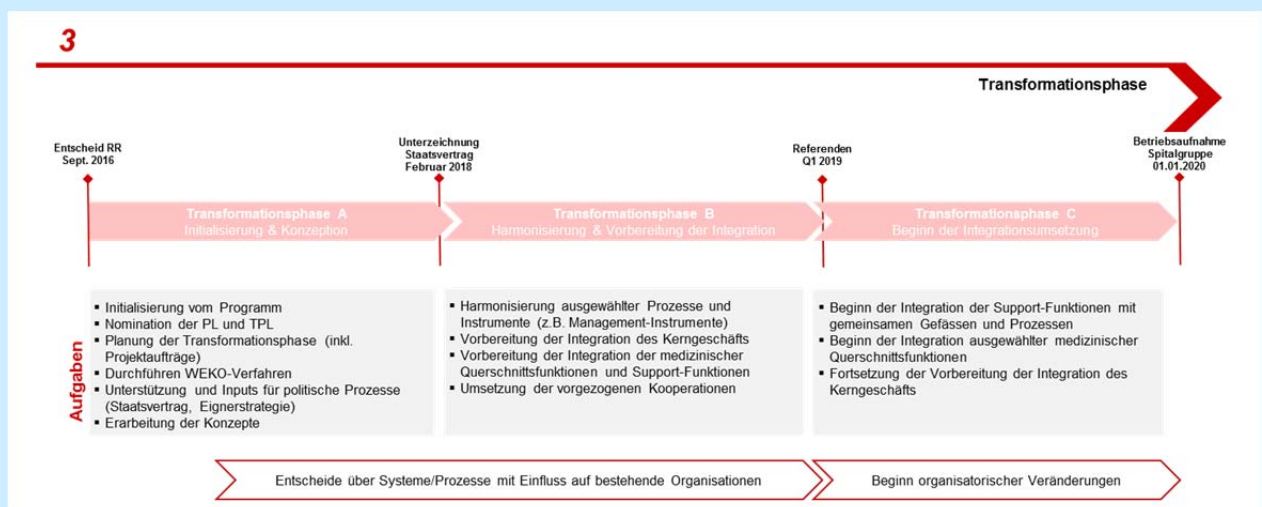
Der Umsetzungsfahrplan sieht nach Abschluss des Vorprojekts STAB und der Vertiefungsphase drei weitere Phasen vor. Die folgende Abbildung des Umsetzungsfahrplans stellt dies dar.



### Phase 3: Transformationsphase bis 2020

In der Transformationsphase, welche mit einem positiven Entscheid der beiden Regierungsräte im September 2016 begonnen hat, werden die bisherigen Ergebnisse in Grob- und Detailkonzepten konkretisiert und die Umsetzung vorbereitet. Die Zusammenarbeit in den Supportfunktionen wird erheblich intensiviert, im Kerngeschäft dagegen erfolgt in dieser Phase grundsätzlich keine Integration, mit Ausnahme der definierten vorgezogenen Kooperationen.

Die Transformationsphase kann in drei weitere Abschnitte (A, B, C) unterteilt werden. Mit jedem politischen Entscheid (Regierungsräte=>Parlamente=>Volksabstimmungen) wird im nächsten dieser Abschnitte die Integrationstiefe in den Projekten graduell weiter verstärkt. Der definitive politische Entscheid wird auf spätestens Anfang 2019 erwartet, so dass danach die effektive Umsetzung der Zusammenführung erfolgt. Auf den 01.01.2020 sollte dann die Zusammenführung und Betriebsaufnahme als Spitalgruppe vollzogen werden.



Bis zum Ende der Transformationsphase und dem definitiven Entscheid von Regierungen, Parlamenten und Bevölkerung der beiden Kantone bleiben KSBL und USB weiterhin zwei

rechtlich selbständige Entitäten mit zwei getrennten Verwaltungsräten und Geschäftsleitungen.

#### Phase 4: Transitionsphase ab 2020

Spätestens ab 2020 erfolgt die organisatorische Zusammenführung des medizinischen Kerngeschäfts, der medizinischen Querschnittsfunktionen und der übrigen betrieblichen Supportfunktionen. Im Laufe dieser Phase werden die wesentlichen Funktionen im Kerngeschäft sowie die Supportfunktionen integriert.

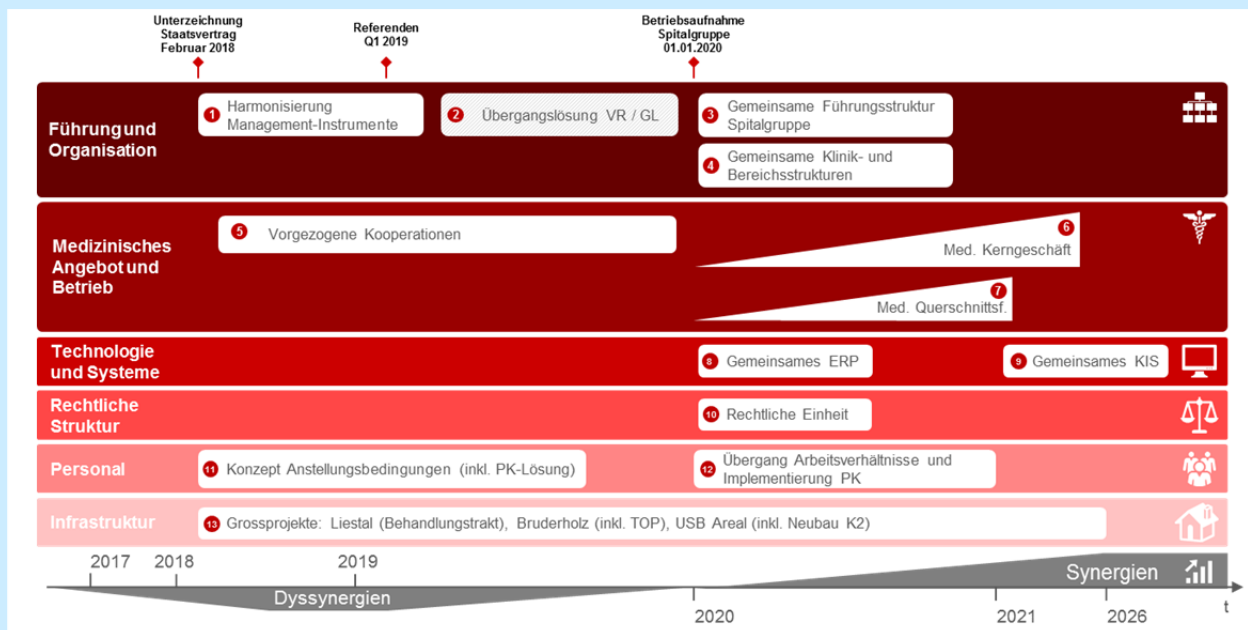
Ab dieser Phase wird es nur noch einen Verwaltungsrat und eine Geschäftsleitung für die gemeinsame Spitalgruppe geben, da diese nun auch eine voll integrierte rechtliche Entität ist.

#### Phase 5: Konsolidierung operativer Betrieb

Nach Abschluss des Programms und nach Eintritt in den operativen Betrieb dauert es schätzungsweise weitere zwei bis vier Jahre, die Zusammenführung zu konsolidieren und das strategische Zielbild umzusetzen. Es ist Aufgabe des neuen Verwaltungsrats und der neuen Geschäftsleitung des Gesamtunternehmens, weitere Zusammenführungsschritte zu planen und zu realisieren.

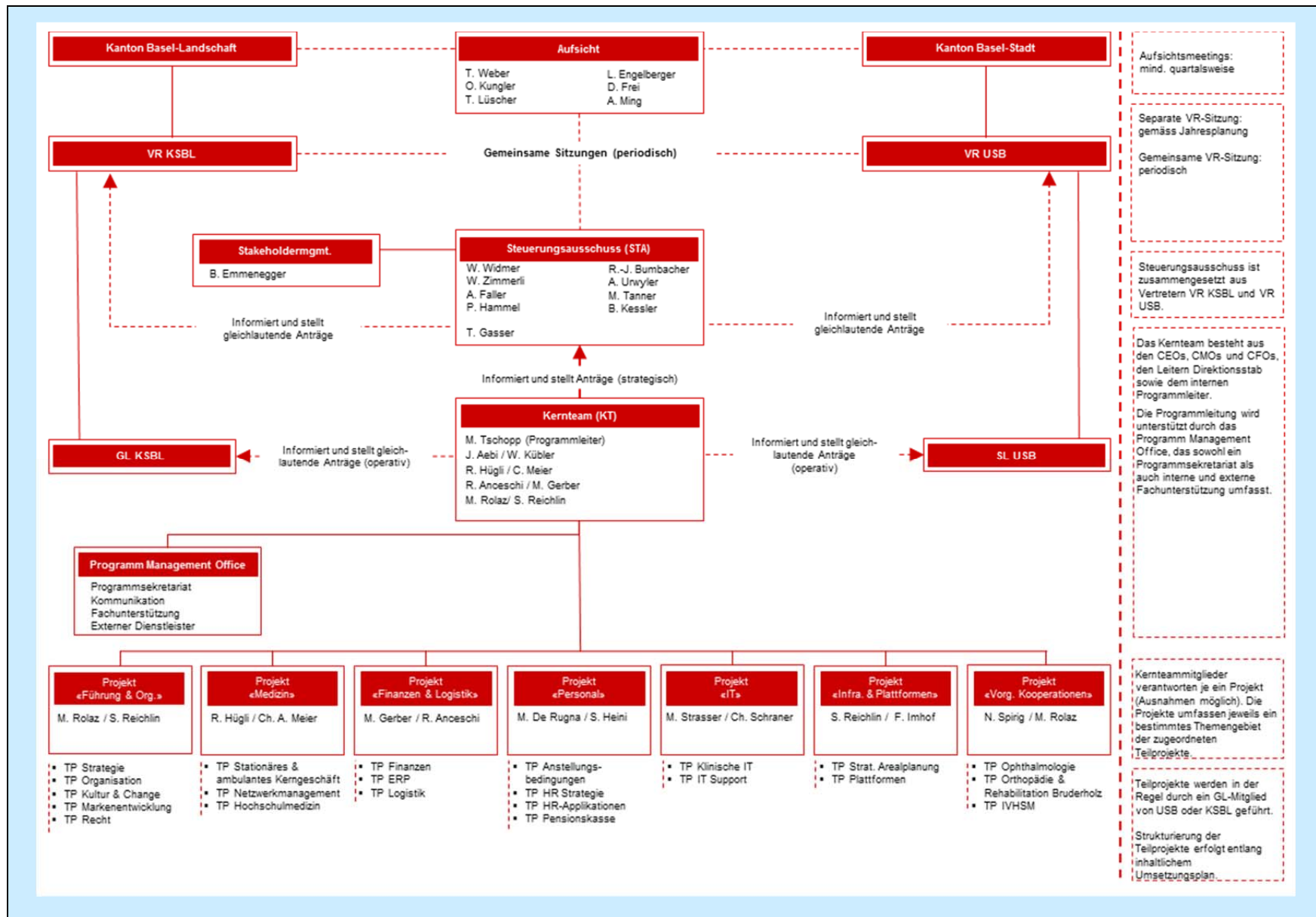
#### Integrationsfahrplan

Die 5 Phasen vom Umsetzungsplan erlauben eine Vertiefung der Integration entlang dem politischen Prozess. Diese zunehmende Integration über den verschiedenen Betriebsbereichen von der Spitalgruppe wird in der folgenden Abbildung des Integrationsfahrplans dargestellt.



#### B) Projektorganisation

Mit dem Beginn der Transformationsphase im September 2016 wurde eine breitere Abstützung des Steuerungsausschusses benötigt, um den Herausforderungen in der Transformationsphase begegnen zu können. Folgende Projektorganisation wurde umgesetzt.





## 11 Fazit und Anträge

### 11.1 Fazit

Aus Sicht der Verwaltungsräte von KSBL und USB bietet ein Zusammenschluss der Spitäler aufgrund der vorliegenden Analysen sowohl aus medizinischer wie auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive grosse Vorteile. Es ist die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen. Ohne einen Zusammenschluss sind beide Unternehmen grossen Risiken ausgesetzt, welche tiefgreifende Veränderungen bedingen würden. Einbussen bei der Gesundheitsversorgung und/oder Wirtschaftlichkeit sowie Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung einer wettbewerbsfähigen Hochschulmedizin wären die Folge. Verluste von Angeboten sowie ein Abbau von Aus-, Weiter- und Fortbildung wären nicht ausgeschlossen.

Ein Zusammenschluss macht sowohl aus Sicht Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Stärkung der Hochschulmedizin Sinn und erreicht damit balanciert alle drei gesetzten übergeordneten Projektzielsetzungen. Der Projektauftrag vom 28.09.2015 wird damit erfüllt.

Der neuen Spitalgruppe gelingt die bedarfsgerechte Anpassung und Modernisierung der gemeinsamen Strukturen. Die Spitäler erreichen gemeinsam die Grösse, um die Innovationskraft zu stärken. Die Spitalgruppe wird einen wesentlichen Beitrag zur Ambulantisierung der Medizin, zur Digitalisierung und zu neuen Versorgungsmodellen in der Region leisten. Damit wird ermöglicht, dass der Bevölkerung nachhaltig eine hochqualitative und bezahlbare Versorgung gewährleistet werden kann.

Im Alleingang von KSBL und USB ist dies nicht möglich. Für alle vier Standorte der Gruppe bieten sich attraktive Zukunftsmöglichkeiten für Patienten und Mitarbeitende. Die Kombination in einem System ermöglicht eine optimale Balance von wohnortnaher Versorgung und Konzentration von spezialisierten Leistungen. Die gemeinsame Spitalgruppe hat die Kraft, in Zukunft weiterhin einen starken klinischen und universitären Beitrag zum Life Science Cluster der Region zu liefern und den hochschulmedizinischen Auftrag koordiniert über alle Standorte der Spitalgruppe zu erfüllen. Als Arbeitgeber ist die Spitalgruppe attraktiv für alle Berufsgruppen. Es können gute Karriere-möglichkeiten in Akademie, Dienstleistung und Management angeboten werden.

Der Übergang von der heutigen Ausgangslage in die gemeinsame Spitalgruppe wird sorgfältig unter Einbezug aller Interessengruppen gestaltet und nimmt Rücksicht auf die Bedürfnisse der ganzen Region. Die Verwaltungsräte sind der Überzeugung, dass die Transformationsphase mit der Unterstützung der Regierungsräte, der Parlamente, der Mitarbeitenden und der Bevölkerung beider Basel erfolgreich realisiert werden kann. Voraussetzung ist eine aktiv geführte, vertrauensbildende interne und externe Kommunikation, die sowohl dem Informationsanspruch der über 10'000 direkt betroffenen Mitarbeitenden, der Kooperationspartner als auch der Allgemeinheit gerecht wird.

Die Verwaltungsräte empfehlen die Weiterführung des Projekts mit dem Ziel eines Zusammenschlusses der beiden Spitäler.

### **Fortschrittsbericht Transformationsphase A (im Hinblick auf die Unterzeichnung des Staatsvertrags) per 31.12.2017**

Die Verwaltungsräte des Kantonsspitals Baselland und des Universitätsspitals Basel haben in ihren Sitzungen vom 18.05.2017 (VR KSBL) respektive 23.05.2017 (VR USB) den Programmauftrag zur Umsetzung der Zusammenführung von KSBL und USB für die Transformationsphase 2017-2019 genehmigt.

Damit haben sie den Steuerungsausschuss der Spitalgruppe beauftragt, auf Basis des Grundlagenberichtes die notwendigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die rechtliche Zusammenführung der beiden Spitäler bis spätestens 01.01.2020 zu schaffen und dafür die entsprechenden Anträge an die Verwaltungsräte zu stellen.

Der übergeordnete Zweck des Programmauftrages ist die Realisierung des vereinbarten Zielbildes der gemeinsamen Spitalgruppe gemäss Grundlagenbericht.

Die Verwaltungsräte des Kantonsspitals Baselland und des Universitätsspitals Basel stehen damit weiterhin einstimmig hinter der Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe und unterstützen die Regierungen von Basel-Landschaft und Basel-Stadt nach besten Kräften (VR-Beschlüsse vom 02.11.2017, KSBL und 23.11.2017, USB).

Die nachfolgenden Anträge sind mit dem entsprechenden Fortschritt des Programms teilweise erledigt oder obsolet.

## 11.2 Anträge

Die Verwaltungsräte von KSBL und USB stellen zuhanden ihres jeweiligen Eigners folgende identische Anträge:

://: Aufbauend auf den Grundsatzentscheiden der Regierungen beider Basel vom 23. Juni 2015 beantragen der Verwaltungsrat KSBL und der Verwaltungsrat USB die Weiterführung des Projekts mit dem Ziel eines Zusammenschlusses der beiden Spitäler:

1. Der Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe inkl. der Beiträge zur Erreichung der gesteckten übergeordneten Projektzielsetzungen wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Insbesondere wird zur Kenntnis genommen:
  - a) Das strategische Zielbild „vier Standorte – ein System“ mit den entsprechenden Positionierungen der Standorte.
  - b) Für die Marktentwicklung wurden Annahmen getroffen. Dabei wird anerkannt, dass sich die zukünftige Spitalgruppe in einem dynamischen Markt bewegt und sich daher Veränderungen im Strategischen Zielbild ergeben können.
  - c) Die im Projekt STAB aufgezeigten Synergiepotentiale und der finanzielle Businessplan.
  - d) Das organisatorische Zielbild.
  - e) Die bewerteten Projektrisiken.
  - f) Die noch zu erarbeitenden für beide Seiten befriedigenden Lösungen der offenen Punkte.

://: Um die Zusammenführung des KSBL und des USB zu einer Spitalgruppe zu ermöglichen, beantragen Verwaltungsrat KSBL und Verwaltungsrat USB:

2. Die Zusammenführung soll durch ein hoch integriertes Modell (rechtliches Zielbild), das eine kompetitive Positionierung der Spitalgruppe im dynamischen Umfeld sowie zukünftige Erweiterungen ermöglicht, umgesetzt werden.
3. Bei der Ausgestaltung eines Staatsvertrages, der die Zusammenführung von KSBL und USB in die gemeinsame Spitalgruppe ermöglicht, sollten folgende Grundsätze gelten:
  - a) Als juristische Person soll die Rechtsform der AG zur Anwendung kommen.
  - b) Das Beteiligungsmodell für die gemeinsame Spitalgruppe soll eine zukünftige Beteiligung Dritter ermöglichen.
  - c) Die Spitalgruppe kann Leistungsangebote an allen Standorten an medizinische, ökonomische und regulative Anforderungen anpassen.
  - d) Die gemeinsame Spitalgruppe soll selbstständig Beteiligungen gründen, erwerben und veräussern, sowie Auslagerungen durchführen dürfen.
  - e) Für die Anstellungsverhältnisse kommt vorzugsweise Privatrecht zur Anwendung. Die bestehenden GAV sind mittelfristig zusammenzuführen und es sind sozialverträgliche Übergangsfristen für alle personalrechtlichen Aspekte der Anstellungsverhältnisse vorzusehen.
4. Eine Gesetzesrevision in beiden Kantonen wird initialisiert.
5. Eine gemeinsame Eigentümerstrategie für die Spitalgruppe wird durch die Kantone erarbeitet.
6. Die Zusammenführung ist durch die Verwaltungsräte bei der Wettbewerbskommission (WEKO) zu beantragen.
7. Für die Umsetzung in der Transformationsphase sind der Verwaltungsrat KSBL und der Verwaltungsrat USB verantwortlich.

## 12 Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Definition</b>
Ambulantes Gesundheitszentrum	Ein ambulantes Gesundheitszentrum umfasst neben verschiedenen Fachärzten auch weitere Gesundheitsberufe wie beispielsweise Physiotherapeuten, psychosoziale und sozialmedizinische Dienste, Hebammen und eine Apotheke. Ein Gesundheitszentrum bedient sowohl Patienten mit einem Termin als auch walk-in Patienten (analog einem Hausarztnotfall ESI 4 und 5). Gesundheitszentren verfügen über ca. 5'000 bis 6'000 Fälle pro Monat. Im Durchschnitt besuchen Schweizer 3.5 Mal pro Jahr einen Arzt. Ein grösseres ambulantes Gesundheitszentrum findet seine Existenzberechtigung in einem Einzugsgebiet mit 10'000-20'000 Einwohnern.
Baserate	Der Basisfallwert (Englisch: Baserate) ist ein Begriff aus der Spitalfinanzierung und bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise (Diagnosis Related Groups) für die Spitalbehandlung zugrunde gelegt wird.
Cashflow	Der Cashflow (engl. für Geldfluss, Kassenzufluss) ist eine wirtschaftliche Messgrösse, die den aus der Geschäftstätigkeit erzielten Nettozufluss liquider Mittel während einer Periode darstellt. Die Messgrösse ermöglicht eine Beurteilung der finanziellen Gesundheit eines Unternehmens – inwiefern ein Unternehmen im Rahmen der Geschäftstätigkeit die erforderlichen Mittel für die Substanzerhaltung des in der Bilanz abgebildeten Vermögens und für Erweiterungsinvestitionen selbst erwirtschaften kann.
Commercial Due Diligence	Unter einer Due Diligence (DD) versteht man die detaillierte Untersuchung, Prüfung und Bewertung eines Unternehmens als Grundlage für eine potentielle Investment- oder Fusionsentscheidung. Die Commercial Due Diligence richtet den Blick in die Zukunft und überprüft, welche strategischen und finanziellen Aussichten die Zielgesellschaften haben.
DRG	Diagnosis Related Groups sind ein Klassifikationssystem, das Patienten nach bestimmten Kriterien gemäss ICD 10 in Gruppen zusammenfasst. Die Gruppen enthalten Fälle, die einen ähnlichen Behandlungsaufwand aufweisen und die anhand eines Organsystems oder einer Krankheitsursache abgegrenzt werden können.
EBITDA	EBITDA ist die Abkürzung für „earnings before interest, taxes, depreciation and amortization“. Das EBITDA ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die eine Angabe zur Rentabilität eines Unternehmens macht. Das bedeutet „Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen (auf Sachanlagen) und Abschreibungen (auf immaterielle Vermögensgegenstände)“. Es ist somit eine Beschreibung der operativen Leistungsfähigkeit vor Investitionsaufwand.
ERP	Enterprise-Resource-Planning bzw. Unternehmensressourcenplanung bezeichnet die unternehmerische Aufgabe, die in einem Unternehmen vorhandenen Ressourcen (Kapital, Betriebsmittel oder Personal) möglichst effizient für den betrieblichen Ablauf einzusetzen und somit die Steuerung von Geschäftsprozessen zu optimieren.
ESI	Der Emergency Severity Index ist ein 5-stufiger Triage-Algorithmus, der Ende der 1990er Jahre entwickelt wurde

<b>Begriff</b>	<b>Definition</b>
Free Cashflow	Der Free Cashflow ist der nach Finanzierung der Investitionen frei verfügbare Geldfluss.
Grundversorgung Hochschulmedizin	Umfasst die ambulante und stationäre Basisversorgung. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass darunter ein Zusammenspiel von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsspital zu verstehen ist. Konkret umfasst dies die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung, die klinische und translationale Forschung sowie die Patientenversorgung bis hin zu höchstkomplexen Fällen.
IMC / IPS / Überwachungsstation	Eine Intermediate Care Unit (IMC) ist das interdisziplinäre Bindeglied zwischen der Intensivpflegestation (IPS) oder Intensive Care Unit (ICU) und der Normalstation (Low Care Unit). Auf der IMC werden die pflege- und überwachungspflichtigen Patienten behandelt, die per Definition nicht mehr einer intensivmedizinischen Überwachung bedürfen, die Möglichkeiten einer Normalstation aber übersteigen. Genauere Angaben zu IMC sind bei der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) vom Mai 2013 zu finden.  Für die den Spitälern zugewiesenen Leistungsaufträge werden spezifische Anforderungen von Intensivstationen (für drei Levels) unterschieden.  <b>Level 1 = Überwachungsstation gemäss Gesundheitsdirektion Zürich</b> (Weitergehende, leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen, Version 6). Eine Intermediate Care - IMC - ist im Unterschied zu einer Überwachungsstation auf längere Patientenüberwachungen ausgerichtet (auch über 24 Stunden) und so definiert, dass für den IMC-Betrieb im Prinzip die Fachspezialistinnen einer Intensivstation Level 2 im Hintergrund notwendig sind. Für Spitäler ohne Intensivstation Level 2 ist die Umsetzung der IMC-Richtlinien kaum möglich und klinisch auch nicht erforderlich.  <b>Level 2 = Intensivstation gemäss SGI: Die vom 1.11.2007</b> Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten.  <b>Level 3 = Intensivstation gemäss Level 2 und zusätzlich: folgende FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A:</b> Anzahl Pflgetage p.a. $\geq$ 2'600; Anzahl Beatmungstage p.a. $\geq$ 1'000
Permanence	Medizinische Einrichtungen für dringende, ungeplante Behandlungen. Patienten können sich ohne Voranmeldung untersuchen lassen. Die Permanence-Stellen befinden sich jeweils in der Nähe von Mobilitätsströmen (Einkaufszentren, Bahnhöfe, Verkehrsknotenpunkte etc.). Eine Permanence verfügt über 3'000 bis 6'000 ambulante Notfallpatienten pro Jahr (ESI 4 und 5).
Stroke Center	Eine Spitalabteilung eines Zentrumsspitals, welche die schweren und hochspezialisierten Hirnschlagpatienten behandelt. Sie ist eine Einrichtung der hochspezialisierten Medizin und integriert

Begriff	Definition
Stroke Unit	die regionalen Stroke Units in einem Netzwerk (sog. Hub and Spoke-System).
Stroke Unit	Eine Spitalabteilung oder ein Teil einer Spitalabteilung, welche ausschliesslich Hirnschlagpatienten behandelt. Die Ärzte- und Pflgeteams sowie der multidisziplinäre Ansatz der Behandlung sind charakterisierend.
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups ist das neue Tarifsystm für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, etc. einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft.
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz. Hergeleitet aus tarif médical (franz. für Ärztetarif).

### 13 Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
Art.	Artikel
BL	Basel-Landschaft
BLPK	Basellandschaftliche Pensionskasse
BS	Basel-Stadt
bspw.	Beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CDD	Commercial Due Diligence
CEO	Chief Executive Officer
CHF	Schweizer Franken
d. h.	das heisst
DCF	Discounted Cash Flow
DRG	Diagnosis Related Group
ERP	Enterprise-Resource-Planning (ERP) bzw. Unternehmensressourcenplanung
FTE	Full-time equivalent
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GD	Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GL	Geschäftsleitung
HR	Human Resources
HSM	Hochspezialisierte Medizin
IMC	Intermediate Care Unit
insb.	Insbesondere
IT	Information technology
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KIS	Klinikinformationssystem
KSBL	Kantonsspital Baselland
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MPT	Medizin-Pflege-Therapie
OP	Operation
p.a.	per anno
PKBS	Pensionskasse Basel-Stadt
RR	Regierungsrat
sog.	Sogenannte
SPITEX	spitalexterne Hilfe und Pflege
Stv.	Stellvertretung
Swiss GAAP FER	Schweizerischen Fachempfehlungen zur Rechnungslegung
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TP	Teilprojekt
u. a.	unter anderem
USB	Universitätsspital Basel
usw.	und so weiter
VGD	Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WEKO	Wettbewerbskommission
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

# Anhang

## Projekt STAB



**Kantonsspital  
Baselland**

**Universitätsspital  
Basel**

### Inhaltsverzeichnis

- A.1 Varianten des Organisationsmodells (Ergänzung zu Kapitel 4)
- A.2 Varianten für die rechtliche Zielstruktur (Ergänzung zu Kapitel 6)
- A.3 Vergleich von AG und bikantonaler Anstalt (Ergänzung zu Kapitel 6)
- A.4 Wettbewerbsrechtliche Abklärungen (Ergänzung zu Kapitel 6)



## A.1 Varianten des Organisationsmodells (Ergänzung zu Kapitel 4)

Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene mögliche Varianten des Organisationsmodells geprüft. Diese wurden auf Basis der definierten Kriterien bewertet. Im Folgenden sind drei der geprüften Varianten und ihre zusammengefasste Bewertung dargestellt.

### Variante „Status Quo“

Die erste Variante ist die Beibehaltung des Status Quo. Dieses Organisationsmodell belässt die Organisation und Prozesse des KSBL und USB separat und etabliert lediglich eine gemeinsame Management-Funktion und bündelt die Forschung und Lehre. In Abbildung 31 wird die Variante detaillierter beschrieben.



Abbildung 31: Beschreibung der Variante „Status Quo“

Der einzige Vorteil dieser Variante gegenüber anderen Varianten ist, dass nur sehr geringfügig Transformationskosten anfallen. Grundsätzlich liessen sich in dieser Form zwar Angebote aufeinander abstimmen und Management-Funktionen bündeln. Jedoch findet keine Integration des medizinischen Kerngeschäfts und der Querschnittsfunktionen statt, wodurch nur sehr beschränkt Synergien realisierbar sind. Zusätzlich weist diese Variante eine sehr schwach ausgeprägte Zentralisierung und funktionale Orientierung auf. Betrachtet man die übrigen zu erfüllenden Kriterien im Einzelnen (Abbildung 32) werden die Schwachstellen dieser Variante besonders deutlich.

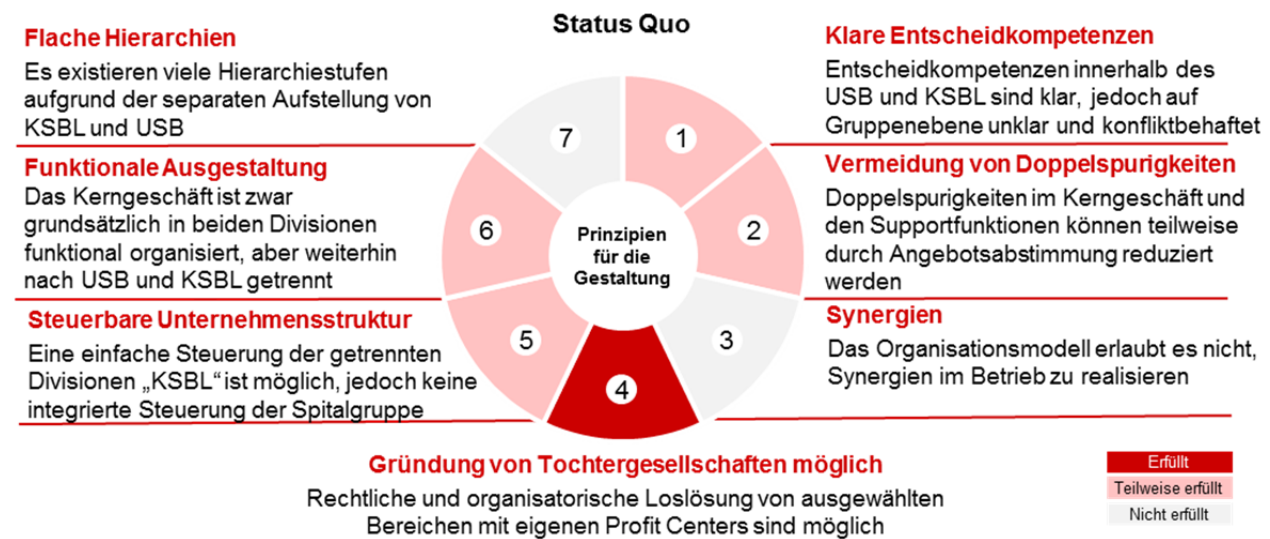


Abbildung 32: Erfüllung der Kriterien durch Variante „Status Quo“

### Variante „Funktionale Organisation“

Eine weitere mögliche Variante ist eine rein funktionale Organisation über alle Spitalstandorte hinweg. Das bedeutet, dass beispielsweise die Chefarztin für Chirurgie die Verantwortung für alle

Standorte in diesem Bereich innehat. Zusätzlich sind auch die Querschnittsfunktionen jeweils separat in diesen Funktionen organisiert. So hat jede medizinische Funktion unter anderem eine eigene Pflege-Funktion. In Abbildung 33 wird die Variante detaillierter beschrieben.

## 2 Funktionale Organisation

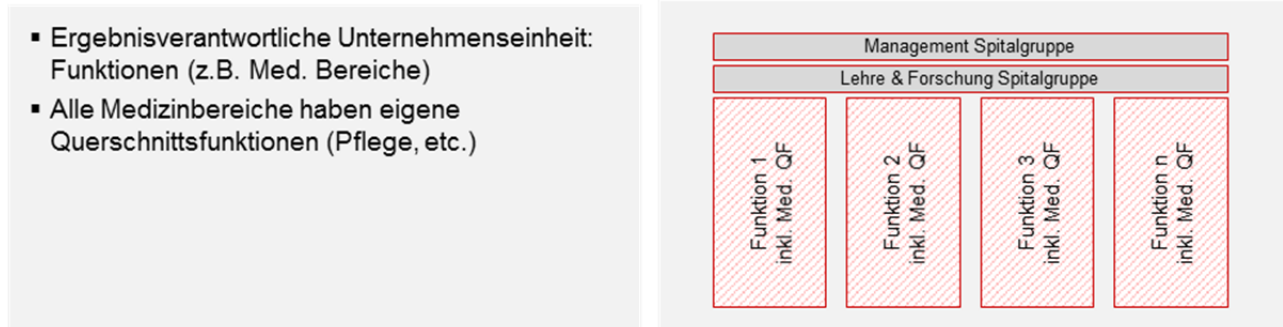


Abbildung 33: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation“

Der grosse Vorteil dieser Variante ist, dass das medizinische Kerngeschäft über die gesamte Spitalgruppe hinweg gebündelt wird, wodurch Kompetenzen fokussiert und Skaleneffekte erzielt werden können. Ein solches Vorgehen erlaubt insgesamt eine volle Integration der bisherigen Strukturen, Prozesse und Ressourcen. Zusätzlich erfüllt diese Variante das Erfordernis einer funktionalen Organisation. Ein klarer Nachteil dieser Variante ist die Tatsache, dass keine Synergien in den Querschnittsfunktionen realisiert werden können. Vielmehr werden durch die rein funktionale Organisation der Querschnittsfunktionen Doppelspurigkeiten aufgebaut. Des Weiteren resultiert die dezentrale Organisation der Querschnittsfunktionen in sehr steilen Hierarchien in den einzelnen Kernfunktionen. Betrachtet man die zu erfüllenden Kriterien im Einzelnen (Abbildung 34) wird dies nochmals deutlich.



Abbildung 34: Erfüllung der Kriterien durch die Variante „Funktionale Organisation“

### Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

Diese Variante des Organisationsmodells basiert ebenfalls auf einer funktionalen Ausgestaltung des medizinischen Kerngeschäfts über alle Standorte hinweg. Anders als bei der rein funktionalen Variante sind hier die Querschnittsfunktionen als zentralisierte Einheiten für alle Funktionen (z.B. medizinischen Bereiche) organisiert. In Abbildung 35 wird die Variante detaillierter beschrieben.

## 3 Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen

- Ergebnisverantwortliche Unternehmenseinheit: Funktionen (z. B. Med. Bereiche)
- Querschnittsfunktionen und Pflege ausserhalb der Funktionen

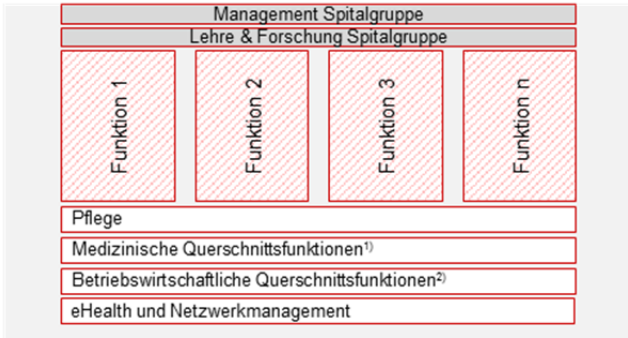


Abbildung 35: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

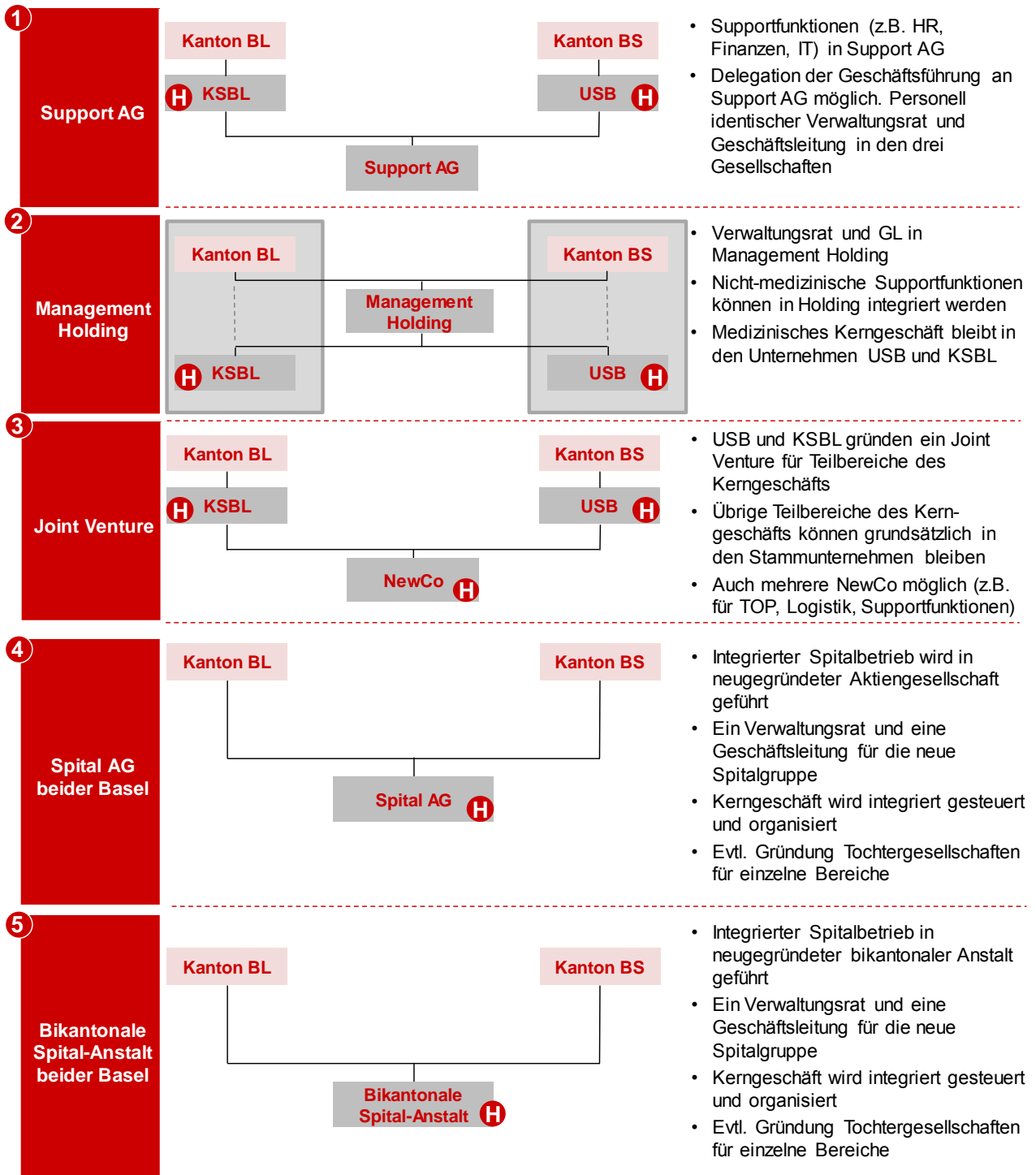
Durch diese Zentralisierung lassen sich sowohl im medizinischen Kerngeschäft als auch in den Querschnittsfunktionen Synergien realisieren und Kompetenzen bündeln. Gleichzeitig werden Hierarchien flach gehalten und schnelle Entscheidungswege geschaffen. Zwar erhöht diese Variante tendenziell die Komplexität der Organisation gegenüber der rein funktionalen Variante, jedoch überwiegen die Synergiepotentiale, die durch eine Zentralisierung einzelner Funktionen (z.B. Apotheke) realisiert werden können. Prüft man die Variante anhand der aufgestellten Kriterien wird das nochmals deutlich (Abbildung 36).



Abbildung 36: Erfüllung der Kriterien durch die Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

Insgesamt wurden noch weitere Varianten (z. B. standortbezogene Organisation) ausgearbeitet und geprüft. Diese wurden jedoch sehr klar verworfen, da sie die Kriterien grossflächig nicht erfüllten. Diese Varianten wiesen insbesondere hinsichtlich Transformationskosten, Synergiepotential und Steuerbarkeit grosse Schwächen auf.

## A.2 Varianten für die rechtliche Zielstruktur (Ergänzung zu Kapitel 6)




 Kerngeschäft Spitalbetrieb

Abbildung 37: Darstellung der rechtlichen Integrationsmodelle

### A.3 Vergleich von AG und bikantonalen Anstalt (Ergänzung zu Kapitel 6)

Folgende Übersicht zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Varianten.

Kriterium	Aktiengesellschaft (OR 620ff)	Bikantonale Anstalt
<b>Organe der Gesellschaft</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die gesetzlich vorgeschriebenen Organe sind die Generalversammlung, der Verwaltungsrat und die Revisionsstelle</li> <li>Geschäftsleitung kann vom Verwaltungsrat delegiert werden</li> <li>Weitere Gremien und Ausschüsse des Verwaltungsrates sind denkbar und üblich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätzlich frei wählbar</li> <li>Üblicherweise sind es Verwaltungsrat, die Geschäftsleitung und Revisionsstelle</li> </ul>
<b>Beteiligung Dritter an der Gesellschaft (Drittkantone, Private)</b>	Möglich, soweit der Staatsvertrag bzw. die Statuten dies zulassen	Nur bei Änderung Staatsvertrag
<b>Gründung, Erwerb, Beteiligung, Veräusserung an anderen Gesellschaften</b>	Möglich	Grundsätzlich möglich, wenn dies der Staatsvertrag vorsieht
<b>Finanzen / Rechnungslegung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Obligationenrecht und nach Swiss GAAP FER</li> <li>Kapitalmarktfähigkeit wird ermöglicht</li> </ul>	Nach Swiss GAAP FER
<b>Dotations- / Aktienkapital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die AG benötigt ein Aktien- resp. Eigenkapital</li> <li>Es gelten die Überschuldungsgrenzen des Aktienrechts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anstalt kann und sollte ein Dotationskapital aufweisen</li> <li>Überschuldung denkbar</li> </ul>
<b>Anwendbares Arbeitsrecht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privatrechtliche Anstellungsverhältnisse nach Obligationenrecht</li> <li>Privat-rechtlicher GAV kann verhandelt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Öffentlich-rechtliche Anstellungsverhältnisse</li> <li>Öffentlich-rechtlicher GAV kann vorgesehen werden</li> </ul>
<b>Rechtliche Machbarkeit</b>	Bedingt Anpassung der Spitalgesetzgebung beider Kantone, da aktuell für öffentliche Spitäler die Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Anstalt vorgeschrieben ist	Bedingt Anpassung der Spitalgesetzgebung beider Kantone aufgrund von bikantonalen Trägerschaft, jedoch unproblematisch aus Sicht Rechtsform (Beispiel UKBB)
<b>Rechtliche Umsetzung</b>	<p>Unter Vorbehalt der rechtlichen Machbarkeit (siehe oben):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abschluss eines interkantonalen Staatsvertrags, um die Grundzüge der Überführung der Spitäler in eine Rechtsform des Privatrechts festzulegen</li> <li>Gründung einer gemeinsamen AG durch die Kantone mit anschliessender Vermögensübertragung nach Fusionsgesetz, oder Umwandlung in AGs mit anschliessender Fusion nach Fusionsgesetz</li> </ul>	<p>Abschluss eines interkantonalen Staatsvertrags mit folgenden Regelungsinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechtsnatur</li> <li>Aufgaben</li> <li>Organisationsprinzipien</li> <li>Kompetenzverteilungen</li> <li>Aufsicht</li> <li>Anstellungsverhältnisse</li> <li>Berufliche Vorsorge</li> <li>Patientenverhältnisse</li> <li>Leistungsvereinbarungen</li> <li>Haftung und Verantwortlichkeit</li> <li>Finanzierung und Investitionen</li> <li>Beiträge der Trägerkantone</li> <li>Rechnungslegung</li> <li>Steuerbefreiung</li> <li>Übertragung der Aktiven und Passiven bzw. der Verträge</li> <li>Liegenschaften (Übertragung Baurechte, usw.)</li> <li>Übergangsbestimmungen</li> <li>Streitbeilegung</li> </ul>
<b>Submissionsrecht</b>	Unterliegt dem Submissionsrecht unabhängig von der Variante	
<b>Wettbewerbsrecht</b>	Unterliegt der Zusammenschlusskontrolle nach Kartellgesetz unabhängig von der Variante	
<b>Haftung und Verantwortlichkeit</b>	Unabhängig von der Rechtsform und solange es um die Erfüllung öffentlicher Aufgaben geht, unterstehen die Spitäler den öffentlich-rechtlichen Haftungsnormen	
<b>Steuerrechtliche Aspekte des Zusammenschlusses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emissionsabgabe (EA) von 1% auf dem Nennwert bei Neugründung bzw. Umwandlung geschuldet; Freigrenze CHF 1 Mio.; Veräusserungssperrfrist von 5 Jahren, ansonsten wird die EA auf dem gesamten eingebrachten Eigenkapital nacherhoben. (Eine Befreiung von Emissionsabgabe aufgrund öffentlichem Zweck wird zu prüfen sein).</li> <li>Verrechnungssteuer (VSt) und Direkte Steuern: Fusion bzw. Vermögensübertragung steuerneutral möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EA/ VSt / Direkte Steuern: Ohne Steuerfolgen, da keine Kapitalgesellschaft, bzw. bzgl. direkter Steuern steuerbefreit</li> <li>MwSt: keine Folgen; Übertragung der Immobilien im Meldeverfahren nach Art. 38 MWSTG möglich</li> <li>Grundstückgewinnsteuer /</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ruling für EA und VSt bei ESTV, sowie direkte Steuern bei Kantonen einzuholen</li> <li>▪ Mehrwertsteuer (MwSt): Umwandlung der Rechtsform keine Folgen; bei Umstrukturierung (Fusion / Vermögensübertragung) ist die Anwendung des Meldeverfahrens nach Art. 38 MWSTG möglich</li> <li>▪ Grundstückgewinnsteuer / Handänderungssteuer: Keine Folgen bei Übertragung der Immobilien</li> </ul>	Handänderungssteuer: Keine Folgen bei Übertragung der Immobilien
<b>Steuerstatus nach Zusammenschluss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direkte Steuern (Bund/Kanton): gemäss Kantonalen Gesetzgebung wiederum zu befreien (bei Anpassung Spitalgesetze, analog geltender Bestimmungen); Anstalten der Kantone sind von der Direkten Bundessteuer befreit</li> <li>▪ MwSt: keine Veränderung zur jetzigen Situation; hauptsächlich Erbringung ausgenommener Leistungen</li> <li>▪ VSt: Grundsätzlich steuerpflichtig, bei allfälligen Dividendenausschüttungen wäre das Meldeverfahren anwendbar</li> <li>▪ EA: Weitere Erhöhungen des Aktienkapitals, sowie Zuschüsse unterliegen zu 1% der EA (nach Ausnutzung der Freigrenzen von CHF 1 Mio.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direkte Steuern (Bund/Kanton): gemäss Kantonalen Gesetzgebung wiederum zu befreien (bei Anpassung Spitalgesetze analog geltender Bestimmungen); Anstalten der Kantone sind von der Direkten Bundessteuer befreit</li> <li>▪ MwSt: keine Veränderung zur jetzigen Situation; hauptsächlich Erbringung ausgenommener Leistungen</li> <li>▪ EA/VSt: Keine Steuerpflicht, da keine Kapitalgesellschaft</li> </ul>

*Tabelle 4: Vergleich AG - Bikantonale Anstalt*

## A.4 Wettbewerbsrechtliche Abklärungen (Ergänzung zu Kapitel 6)

In der folgenden Abbildung ist der Prozess der wettbewerbsrechtlichen Abklärung dargestellt.

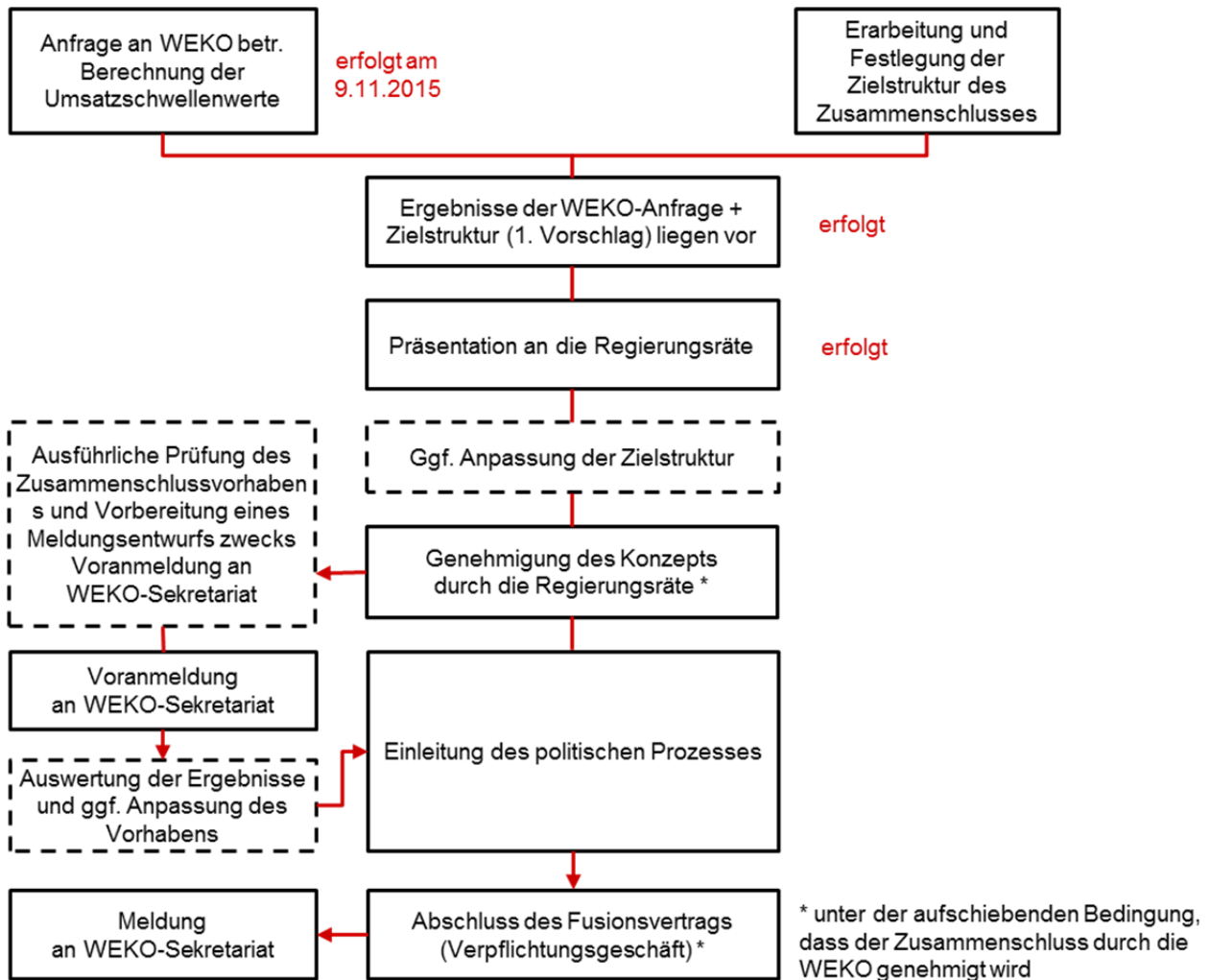


Abbildung 38: Wettbewerbsrechtlicher Prozess

Präferenz zu Varianten „hohe Integration“ (AG vs. Anstalt)

- In beiden Varianten (AG/Anstalt) stellt der geplante Zusammenschluss zwischen dem KSBL und USB einen Unternehmenszusammenschluss im Sinne von Art. 4 Abs. 3 lit. a Kartellgesetz (KG) dar.
- Die Frage, ob die dem Wettbewerb entzogenen Bereiche nach Art. 3 Abs. 1 KG (z. B.: KVG-Bereich) in der Berechnung der nach Art. 9 Abs. 1 KG erforderlichen Umsatzschwellen auch zu beachten sind, wurde durch das Sekretariat der WEKO mit Gutachten vom 9. November 2015 bejaht.

Es steht fest, dass der anvisierte Zusammenschluss aus wettbewerbsrechtlicher Sicht meldepflichtig ist.

- Die Parteien legen dem Sekretariat der WEKO vorab einen Entwurf der Meldung zur Beurteilung vor (Art. 23 Abs. 2 KG). Dies setzt nicht grundsätzlich einen formellen Beschluss der Parteien bzw. der Regierungsräte voraus. Die Parteien müssen aber mit diesem Vorgehen einverstanden sein, was durch einen Beschluss beider Verwaltungsräte festgestellt werden kann.

- Es muss dafür das genaue Zielkonstrukt vorliegen, damit die (grundsätzlich unpräjudizielle) Vorbeurteilung der WEKO im Rahmen des anschliessenden offiziellen Meldeverfahrens überhaupt noch aktuell und gültig bleibt.
- Da die Sammlung aller relevanten Informationen erfahrungsgemäss einen langwierigen Prozess darstellt, sollte damit zeitnah begonnen werden.
- Gemäss Art. 9 KG hat die Meldung vor dem Vollzug des Zusammenschlusses zu erfolgen. Voraussetzung für die Meldung ist grundsätzlich der Abschluss des Verpflichtungsgeschäfts.