

Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe

Projekt STAB



**Kantonsspital
Baselland**

 **Universitätsspital
Basel**

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

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
0 Zusammenfassung	7
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 Führungs- 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
1 Ausgangslage des Projekts	15
1.1 Projektzielsetzung	15
1.2 Projektorganisation und -vorgehen.....	15
1.3 Aufbau des Grundlagenberichts	16
2 Ausgangslage der Spitäler	18
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
3 Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung	26
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
4	Führungs- und Organisationsstruktur	40
4.1	Prinzipien für die Gestaltung der Führungs- und Organisationsstruktur.....	40
4.2	Präferiertes Organisationsmodell	40
4.3	Schlussfolgerungen „Führungs- und Organisationsstruktur“	41
5	Personal	42
5.1	Attraktiver Arbeitgeber	42
5.2	Weiterbildungs- und Forschungsangebot.....	42
5.3	Werte / Kultur.....	42
5.4	Privatrechtliche Regelung der Arbeitsverhältnisse	42
5.5	Lohnsystem	42
5.6	Pensionskasse	43
5.7	Schlussfolgerungen „Personal“	43
6	Recht	45
6.1	Anforderungen an das rechtliche Modell	45
6.2	Wahl der Rechtsform.....	45
6.3	Schlussfolgerung „Recht“	47
7	Finanzielle Synergien	48
7.1	Übersicht	48
7.2	Medizinisches Kerngeschäft.....	49
7.3	Medizinische Querschnittsfunktionen	49
7.4	Nicht-medizinische Querschnittsfunktionen.....	50
7.5	Dyssynergien.....	50
7.6	Transformationskosten	50
7.7	Beurteilung der Zielerreichung	51
7.8	Schlussfolgerungen „Finanzielle Synergien“	51
8	Finanzieller Businessplan	52
8.1	Konzeption des Finanzmodells.....	52
8.2	Übersicht und wesentliche Planungsannahmen.....	53
8.3	Planerfolgsrechnungen aus Sicht Base Case	54
8.4	Potentiale.....	55
8.5	Beurteilung der Zielerreichung – Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe	56
8.6	Basisfallpreise (Baserate).....	57
8.7	Investitionsrechnung.....	57

8.8	Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen	58
8.8.1	<i>Auswirkungen durch die Spitalgruppe auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich.....</i>	<i>59</i>
8.8.2	<i>Auswirkungen ausserhalb der Spitalgruppe / Gesamtsystem auf den Finanzierungsanteil für stationäre Patienten im OKP-Bereich.....</i>	<i>61</i>
8.8.3	<i>Eignersicht (Beteiligungen).....</i>	<i>61</i>
8.9	Ergebnisse der Financial Due Diligence.....	61
8.10	Schlussfolgerungen „Finanzieller Businessplan“	62
9	Projektrisiken	63
9.1	Schlussfolgerungen „Projektrisiken“	64
10	Umsetzungsfahrplan	65
10.1	Projektphasen.....	65
10.2	Projektorganisation.....	67
10.3	Rückfallszenario	67
10.4	Schlussfolgerungen „Umsetzungsfahrplan“	68
11	Fazit und Anträge.....	69
11.1	Fazit.....	69
11.2	Anträge	70
12	Glossar.....	71
13	Abkürzungsverzeichnis.....	74
Anhang.....	75	
Inhaltsverzeichnis	75	
A.1	Varianten des Organisationsmodells (Ergänzung zu Kapitel 4)	76
A.2	Varianten für die rechtliche Zielstruktur (Ergänzung zu Kapitel 6).....	79
A.3	Vergleich von AG und bikantonalen Anstalt (Ergänzung zu Kapitel 6).....	80
A.4	Wettbewerbsrechtliche Abklärungen (Ergänzung zu Kapitel 6).....	82

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	30
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).....	36
Abbildung 12: Qualitätskriterien für das Organisationsmodell der Spitalgruppe:	40
Abbildung 13: Künftiges Organisationsmodell der Spitalgruppe	41
Abbildung 14: Darstellung der hochintegrierten rechtlichen Integrationsmodelle	46
Abbildung 15: Darstellung der Synergiepotentiale nach Bereichen im Zieljahr 2026	49
Abbildung 16: Zusammensetzung der Spitalgruppe	52
Abbildung 17: Aufbau der Finanzplanung der Spitalgruppe	52
Abbildung 18: Inputfaktoren zur Herleitung des EBITDA.....	53
Abbildung 19: EBITDA-Entwicklung im Base Case	55
Abbildung 20: Schematische Darstellung der EBITDA-Veränderung	55
Abbildung 21: EBITDA-Entwicklung im Business Case "Spitalgruppe"	56
Abbildung 22: Modellierung der Investitionen der Spitalgruppe.....	58
Abbildung 23: Kantonsanteil Basel-Stadt.....	59
Abbildung 24: Kantonsanteil Basel-Landschaft	60
Abbildung 25: Konsolidierte Kantonsanteile	60
Abbildung 26: Risikobeurteilung	64
Abbildung 27: Umsetzungsfahrplan	65
Abbildung 28: Projektorganisation ab Phase 3 (vgl. Abbildung 27)	67
Abbildung 29: Beschreibung der Variante „Status Quo“	76
Abbildung 30: Erfüllung der Kriterien durch Variante „Status Quo“	76
Abbildung 31: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation“	77
Abbildung 32: Erfüllung der Kriterien durch die Variante „Funktionale Organisation“	77
Abbildung 33: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“	78

Abbildung 34: Erfüllung der Kriterien durch die Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen"	78
Abbildung 35: Darstellung der rechtlichen Integrationsmodelle	79
Abbildung 36: Wettbewerbsrechtlicher Prozess	82

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	62
Tabelle 4: Vergleich AG - Bikantonale Anstalt	81

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 Selbstfinanzierungsgrad¹ 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

¹ 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 Tumor², 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 Orthopädie³ 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

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

³ 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:

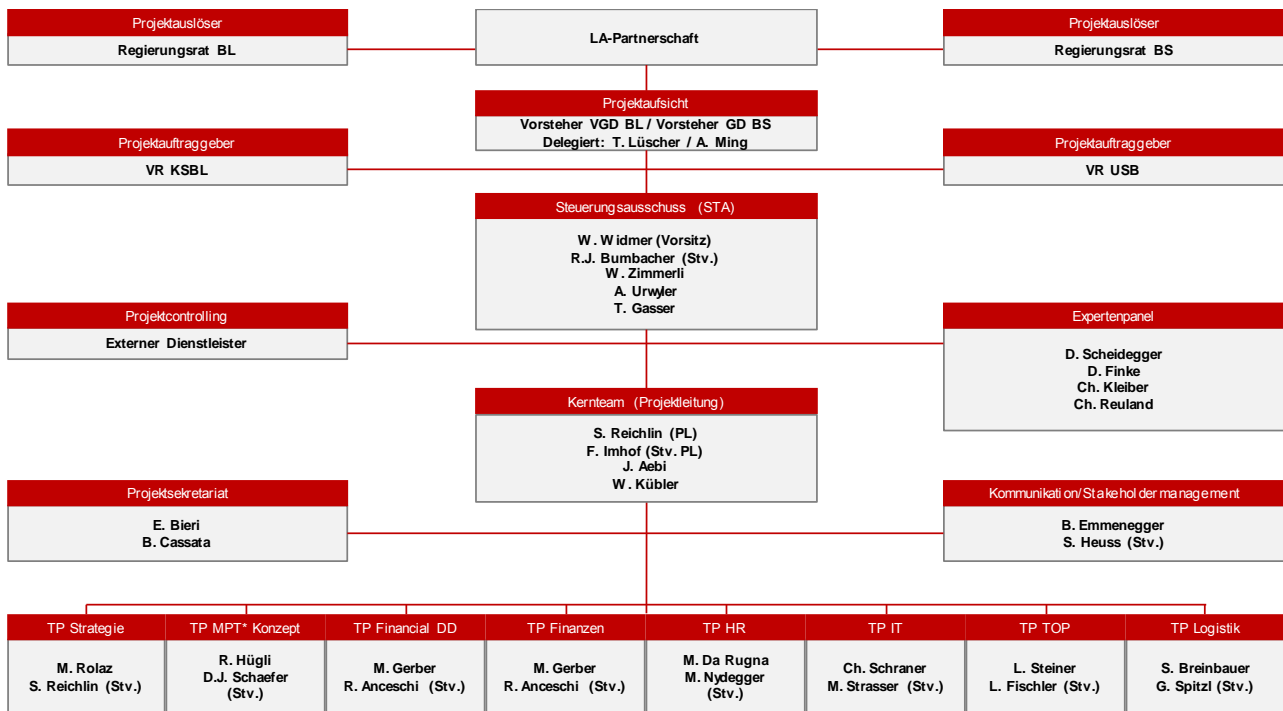
1. Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
2. Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich;
3. Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

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 Liefereergebnisse 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 Spitalern 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 Spitalern.

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 Nordwestschweiz⁴.

Die Spitalgruppe wäre hauptsächlich in zwei unterschiedlichen Märkten tätig; einerseits in der regionalen Basis- resp. Grundversorgung⁵ 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.

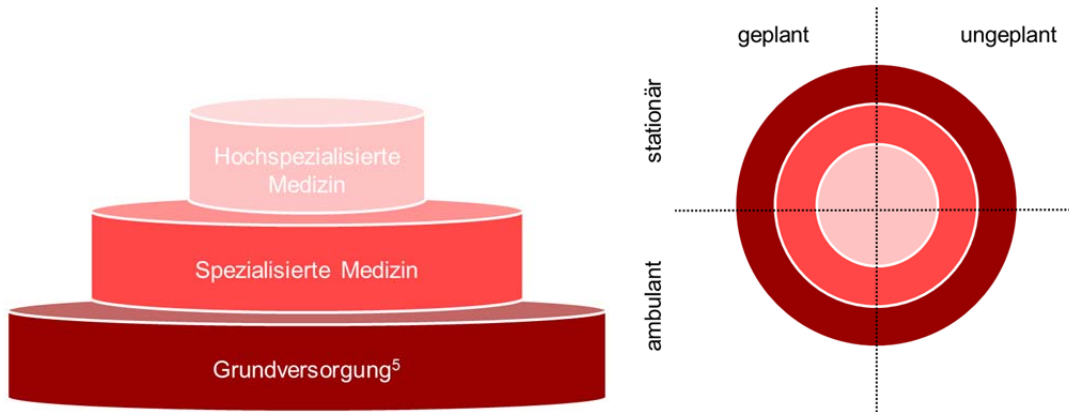


Abbildung 5: Übersicht zu Leistungsangeboten

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.

⁴ Geschäftsberichte 2014/2015 des KSBL und USB

⁵ Grundversorgung umfasst die ambulante Grundversorgung und stationäre Basisversorgung.

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

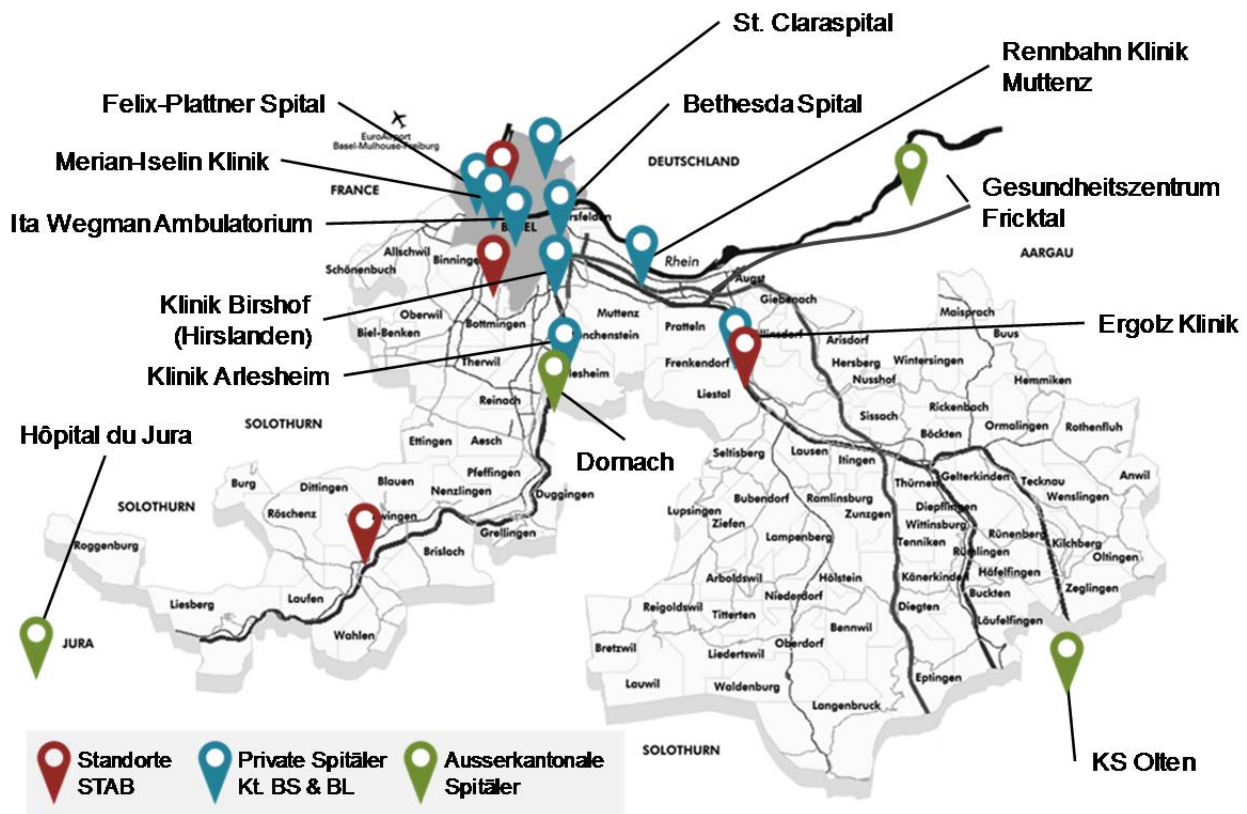


Abbildung 6: Regionale Wettbewerbssituation

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 2014⁶. Der Versorgungsraum der Nordwestschweiz weist im nationalen Vergleich eine hohe Anzahl Spitalbehandlungen und Spitalbetten in Relation zur Wohnbevölkerung aus⁷. 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 ausserkantonale 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.

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

⁷ 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 behandeln⁸. 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.

⁸ 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
Stärken 	Medizin <ul style="list-style-type: none"> Hohe medizinische Leistung und Qualität Hohe Interdisziplinarität Exzellente Forschung und Lehre Breites 24/7 Notfallangebot Geografische Nähe zu universitären Instituten Bestehende HSM-Zuteilungen Mitarbeitende <ul style="list-style-type: none"> Exzellente Qualifikation der Mitarbeitenden Hohe Innovationskraft der Mitarbeitenden in Lehre und Forschung Finanzen <ul style="list-style-type: none"> Hohe Eigenkapitalquote 	Medizin <ul style="list-style-type: none"> Hohe medizinische Leistung und Qualität Guter Leistungsausweis bei komplexen Leistungen der erweiterten Grundversorgung Gute Erreichbarkeit der Standorte Breites 24/7 Notfallangebot Bestehende HSM-Zuteilungen Strategie und Markt <ul style="list-style-type: none"> Marktführer in der medizinischen Grundversorgung der Baselbieter Bevölkerung Gute Verankerung in der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft Mitarbeitende <ul style="list-style-type: none"> Exzellente Qualifikation der Mitarbeitenden
Schwächen 	Strategie und Markt <ul style="list-style-type: none"> Geringe Reaktionsgeschwindigkeit bei Positionierung am Markt Kritische Grösse des Einzugsgebiets bez. der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin Finanzen <ul style="list-style-type: none"> Ungenügende Selbstfinanzierung für Investitionen Investitionsfähigkeit ungenügend um nationale/ universitäre Konkurrenzfähigkeit langfristig zu gewährleisten Hohe Infrastrukturkosten, da letzte Instanz für komplexe und schwere Fälle Prozesse und Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> Bauliche Unzulänglichkeiten in Bezug auf Bausubstanz Ungenügende Zuweiser- und Patientenorientierung 	Strategie und Markt <ul style="list-style-type: none"> Unschärfes Profil KSBL Finanzen <ul style="list-style-type: none"> Ungenügende Selbstfinanzierung für Investitionen Finanzielle Solidität langfristig nur unter Einbussen bei Angebot und Versorgung möglich Ungenügende Eigenkapitalbasis Prozesse und Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> Ungenügendes Zuweisungsmanagement Suboptimale Effizienz der Querschnittsfunktionen Dienstleistungsverständnis der Querschnittsfunktionen mit Optimierungspotential Bauliche Unzulänglichkeiten in Bezug auf Bausubstanz, Räumlichkeiten und optimale Patienten- und Arbeitsprozesse IT-Infrastruktur z.T. nicht auf dem neuesten Stand und heterogen

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
Patienten und Zuweiser	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.	Integrierte Leistungserbringung im Versorgungsraum 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.
Versorgung	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.	Abgestuftes Versorgungskonzept 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.
Wettbewerb	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.	Stärkung der Wettbewerbsposition 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.
Implementierung von Innovationen	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.	Umsetzung hochinnovativer Lösungen 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.
Universitäre, spezialisierte und hochspezialisierte Medizin	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.	Stärkung der universitären Medizin, Forschung und Lehre 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.
Arbeitsmarkt	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.	Höhere Attraktivität am Arbeitsmarkt 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.
Erbringung versorgungsrelevanter Leistungen	Die separate Erbringung von versorgungsrelevanten Leistungen führt zu Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen.	Effizientere Erbringung versorgungsrelevanter Leistungen Die gemeinsame Grösse erlaubt eine effizientere Erbringung wirtschaftlich wenig lukrativer, aber versorgungsrelevanter Leistungen.
Wirtschaftlichkeit	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.	Synergien und Skaleneffekte Die Spitalgruppe ermöglicht die Realisierung einer Reihe von Synergiepotentialen (z.B. Reduktion von Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten, effizientere Auslastung von Infrastrukturen) und somit von Kostenreduktionen.
Investitionen	Investitionen in redundante oder veraltete Infrastrukturen verhindern Investitionen in strategische Felder. Dadurch verlieren KSBL und USB an Innovationskraft und schwächen ihre Wettbewerbsposition.	Koordination der Investitionen 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.

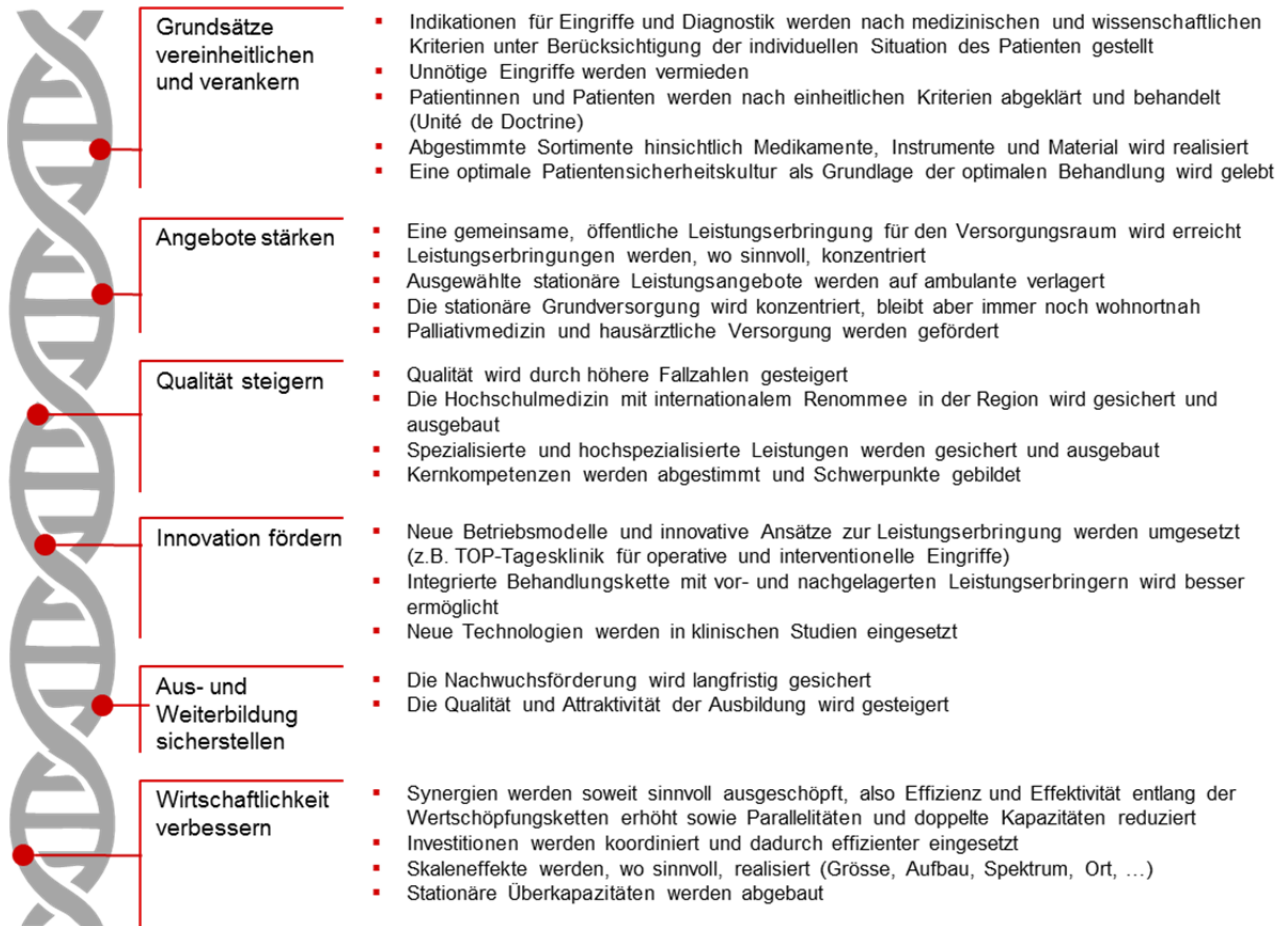


Abbildung 8: Leitlinien der Spitalgruppe

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 Versorgungsmodelle⁹ 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.

⁹ 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 tarifarer 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 Schwerpunktthemen auch im intensiven regionalen Wettbewerb erfolgreich und mit überregionaler Strahlkraft zu betreiben. Gemäss dem aktuellen Stand der Überlegungen sind die heute bestehenden Schwerpunkte Tumor¹⁰, 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).

¹⁰ Der Schwerpunkt Tumor beinhaltet Leistungen wie allogene Stammzelltransplantationen und Behandlung von neuroendokrinen Tumoren.

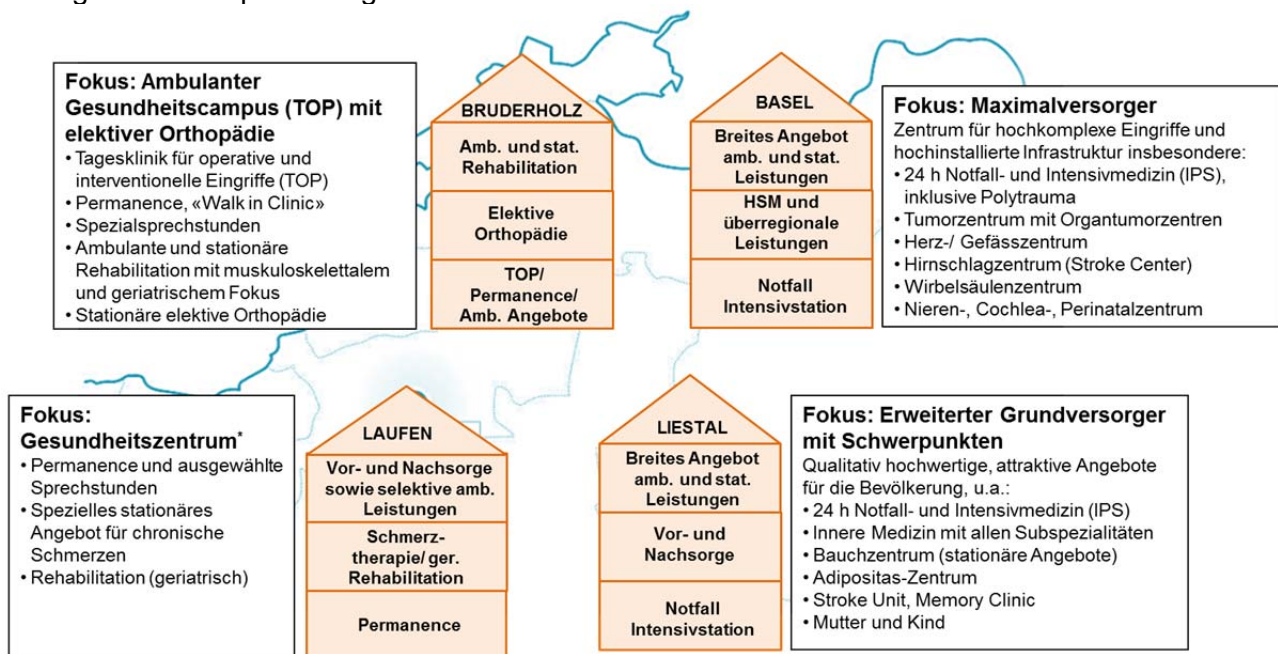
Die Standorte erhalten ein klares Profil

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

Abbildung 9: Angestrebtes Angebotsportfolio nach Standort der Spitalgruppe¹¹

¹¹ 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 Basel¹². 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 Leistungen¹³, 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 Polytrauma¹⁴ 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 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

¹² 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.

¹³ Vgl. obenstehende Fussnote

¹⁴ Am Standort Basel werden im Schwerpunkt Bewegungsapparat die traumatologischen Leistungen inkl. Polytrauma positioniert.

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

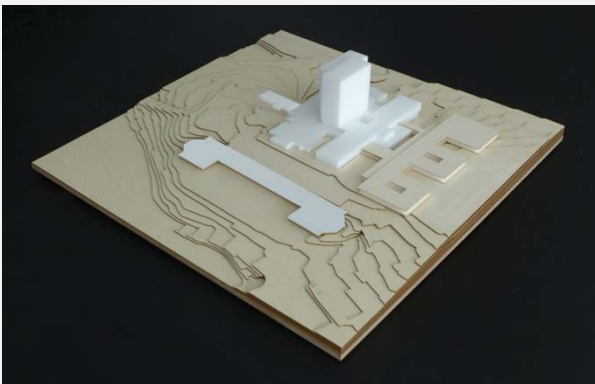
Die Analyse der Fallzahlen aller Standorte der gemeinsamen Spitalgruppe zeigt, dass bei Start des vollen Betriebs circa 8'900 chirurgische Eingriffe pro Jahr im TOP vorgenommen werden können (inkl. einer gemeinsamen, ambulanten Augenchirurgie). Dazu kommen circa 6'500

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 Aufwachstation¹⁵ 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)¹⁶

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 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.

¹⁵ Eine Überwachungsstation für die post-operative Überwachung von Patienten (nach primär elektiven Eingriffen) ist für die Leistungsgruppe Bewegungsapparat erforderlich. Dies entspricht in der Definition der Zürcher Spitalleistungsgruppen einer IS Level 1 (www.gd.zh.ch).

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

Rehabilitation

Das bestehende stationäre und ambulante Rehabilitationsangebot am Standort Bruderholz soll mit Fokus auf muskuloskeletale 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 Orthopädie¹⁷

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 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 Verkehrs-

¹⁷ 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.

anbindung durch ÖV zwischen den Standorten¹⁸ 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 BL¹⁹. 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, 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.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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).

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)

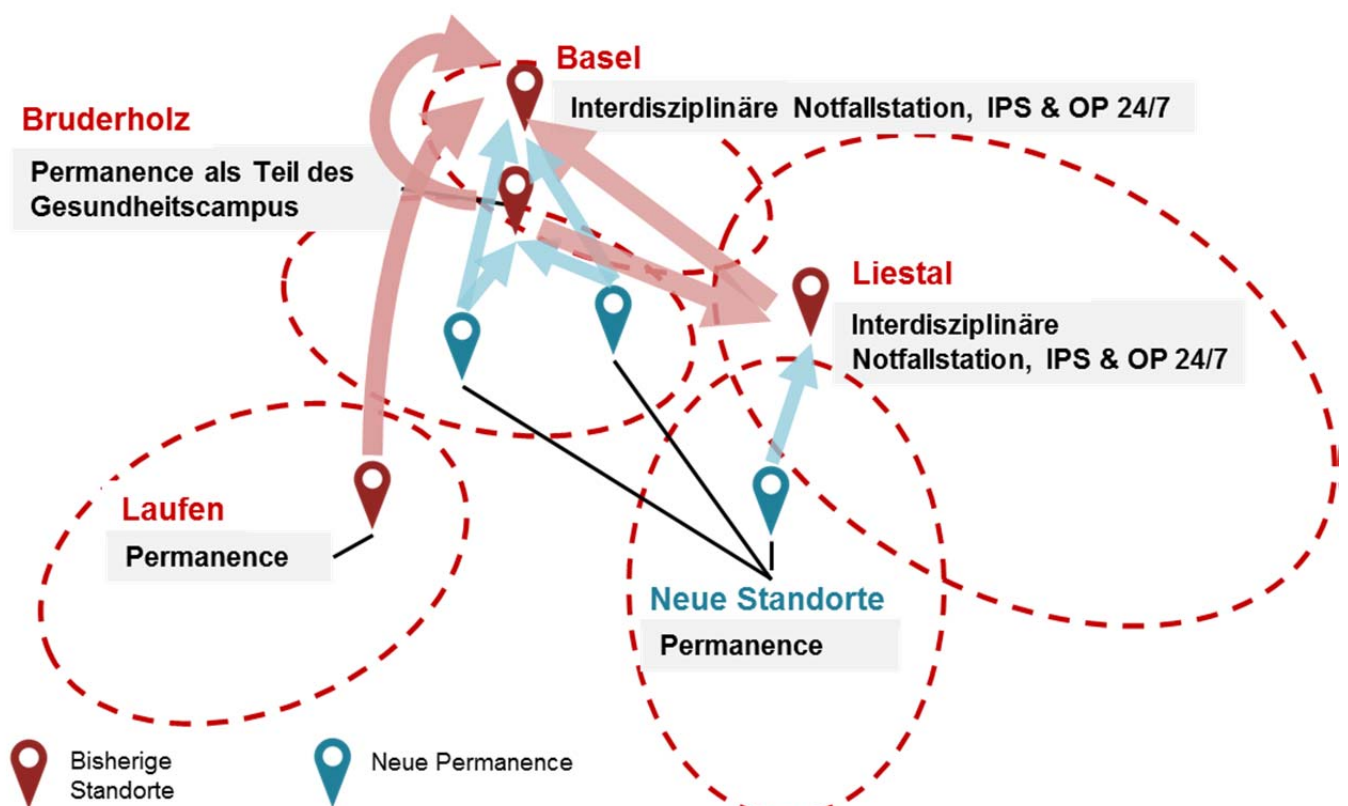


Abbildung 11: Regionales Konzept für Notfallversorgung ergänzt um Permanenzen (neue Standorte in Evaluation)

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 abgestuften 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.

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 Kerngeschäftes 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.

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.

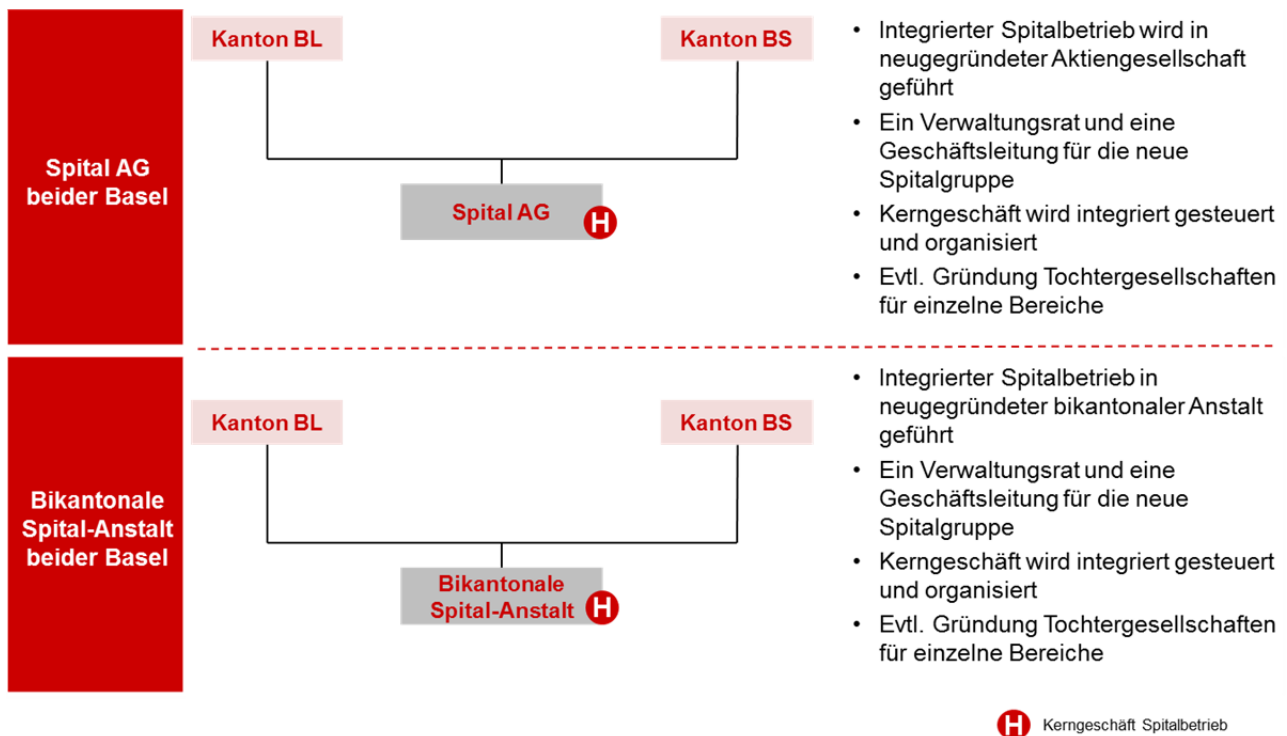


Abbildung 14: Darstellung der hochintegrierten rechtlichen Integrationsmodelle

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.

6.3 Schlussfolgerung „Recht“

Das rechtliche Integrationsmodell ist einer der wesentlichsten Faktoren, welche das Zielbild der gemeinsamen Spitalgruppe prägen werden.

Massgebende Richtschnur für die Wahl des geeigneten Integrationsmodells sind das Erreichen der drei übergeordneten Projektzielsetzungen, die Unterstützung des strategischen Zielbildes und die Option künftiger Erweiterungen der Gruppe.

Zurzeit sind das KSBL und das USB zwei unterschiedliche juristische Personen in der Rechtsform von selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalten.

Anforderungen aus dem Kerngeschäft an das rechtliche Modell

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.

Rechtliches Zielbild

Nach Prüfung der möglichen Varianten wurden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Das Zielbild ist eine rechtlich hoch integrierte gemeinsame Spitalgruppe
- Eine wenig integrierte gemeinsame Spitalgruppe erlaubt es nicht, die übergeordneten Projektzielsetzungen zu erreichen sowie die strategische Positionierung umzusetzen
- In der Konsequenz soll der rechtliche Zusammenschluss in eine Rechtspersönlichkeit erfolgen
- Dafür kommen zwei Rechtsformen in Betracht:
 - 1) Die öffentlich-rechtliche Anstalt
 - 2) Die ordentliche Aktiengesellschaft

Die ordentliche Aktiengesellschaft ist aus Sicht der Betriebe das präferierte Modell.

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 Härtegradlogik²⁰ 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.

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

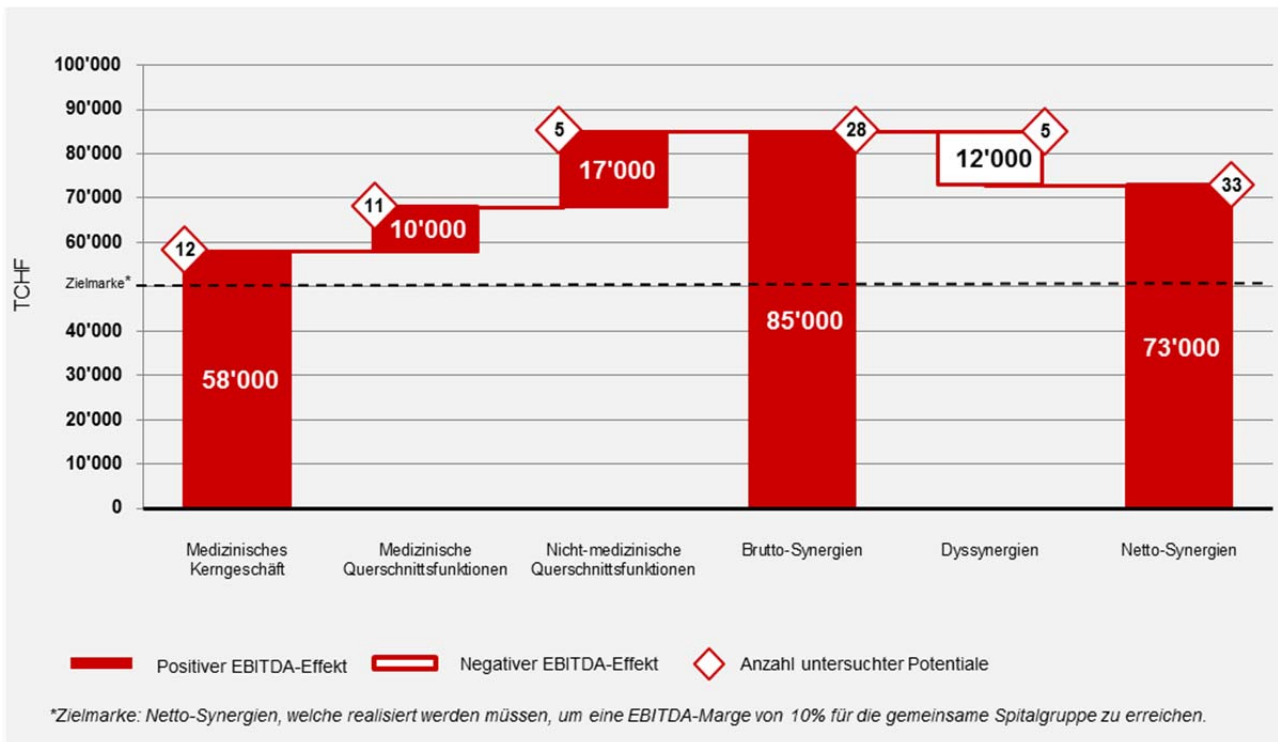


Abbildung 15: Darstellung der Synergiepotentiale nach Bereichen im Zieljahr 2026

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 Spitalern 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.

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.

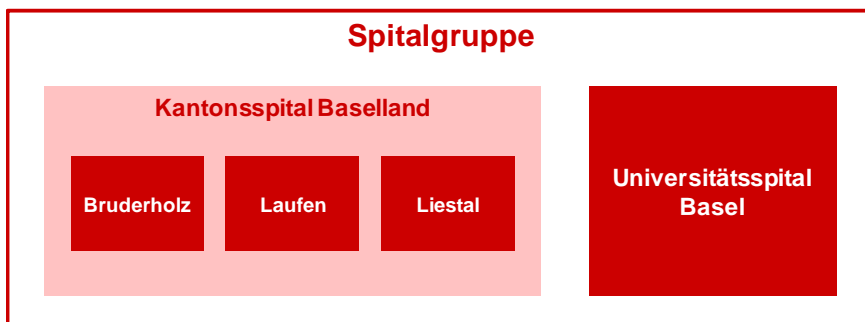
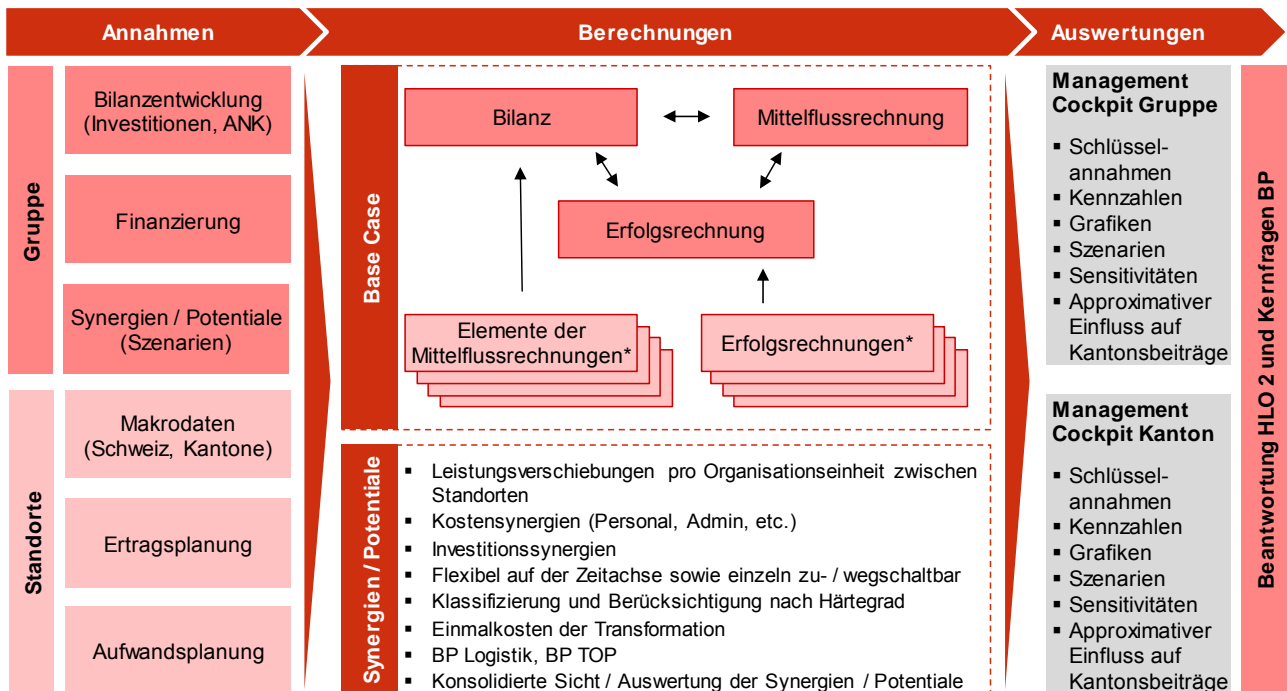


Abbildung 16: Zusammensetzung der Spitalgruppe

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:

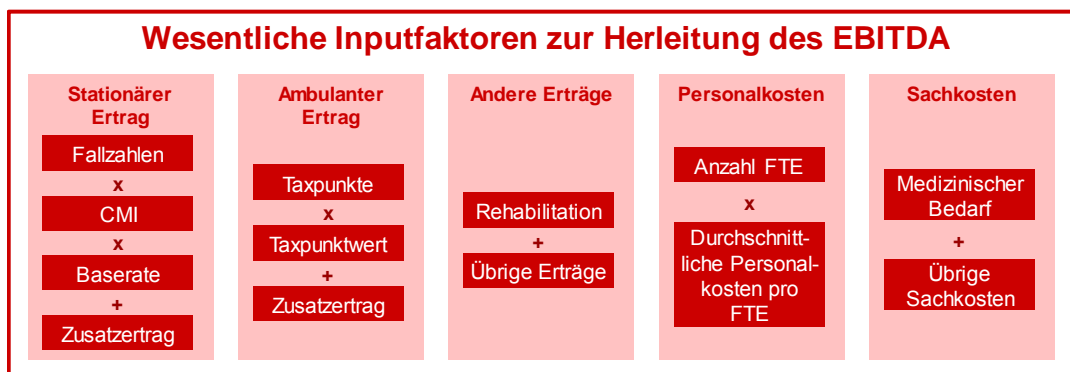


Abbildung 18: Inputfaktoren zur Herleitung des EBITDA

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.²¹

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.

²¹ Die Planungsannahmen entsprechen einem erwarteten, aber keinem verhandelten Resultat.

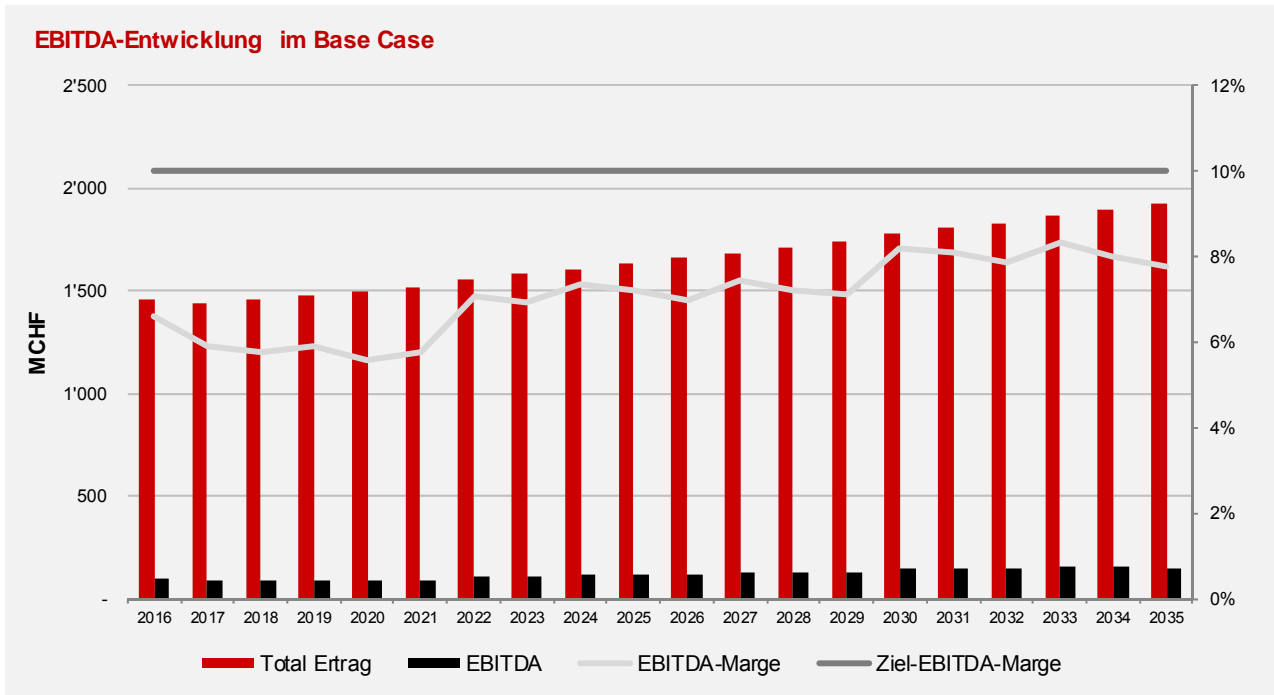


Abbildung 19: EBITDA-Entwicklung im Base Case

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.

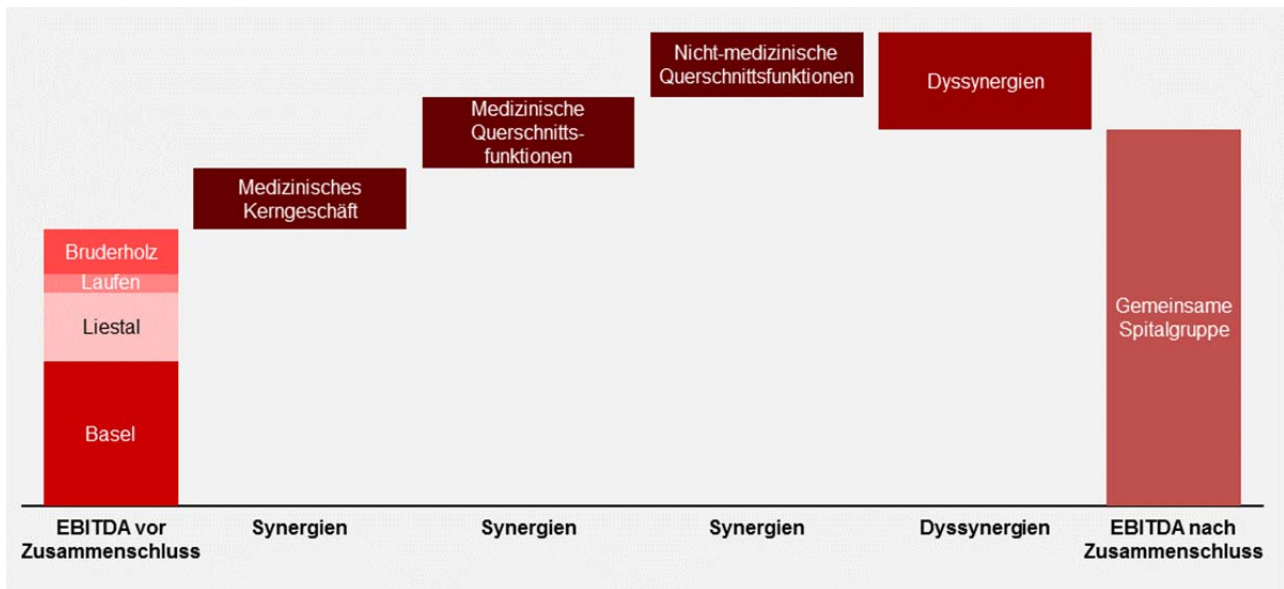


Abbildung 20: Schematische Darstellung der EBITDA-Veränderung

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.

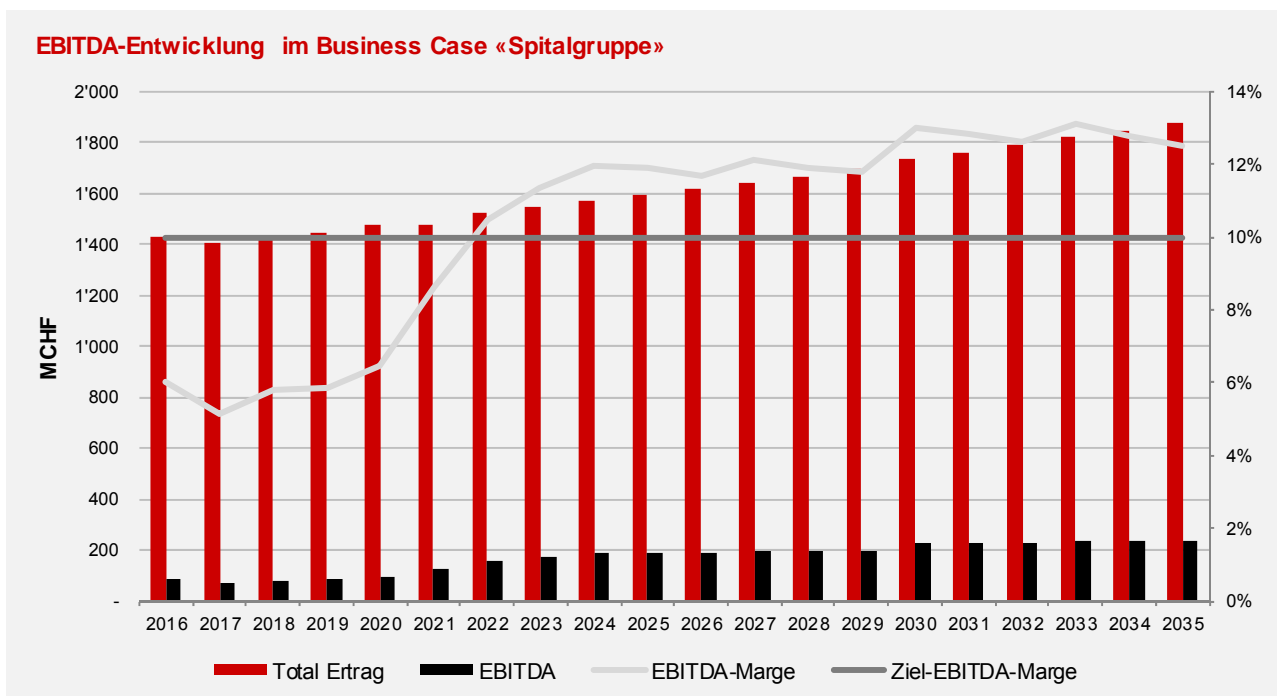


Abbildung 21: EBITDA-Entwicklung im Business Case "Spitalgruppe"

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 Standalone 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.

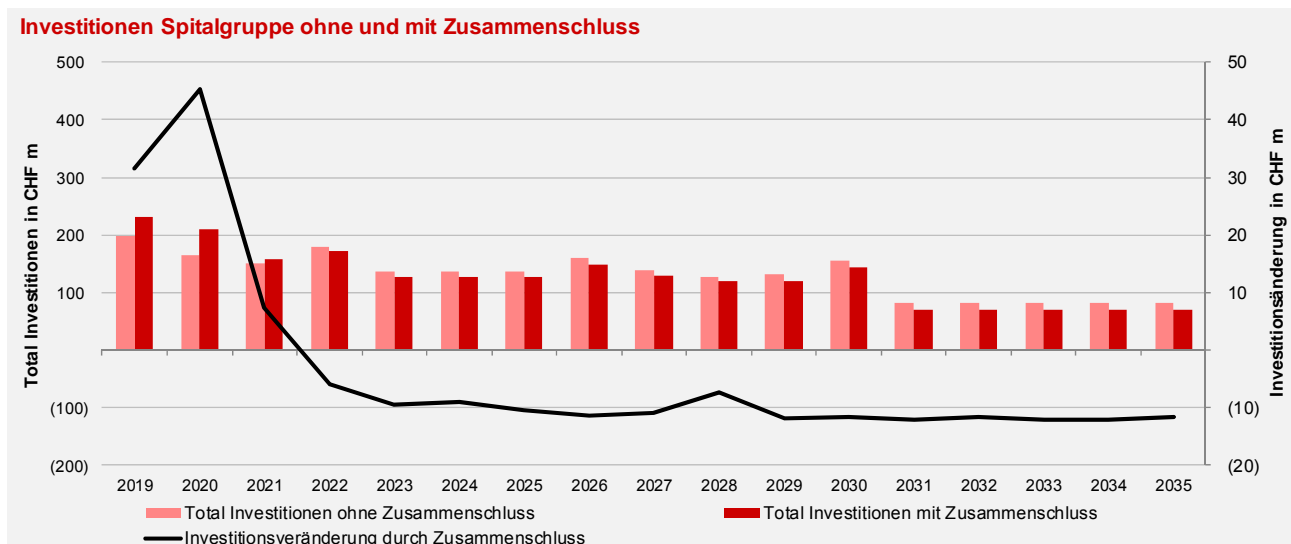


Abbildung 22: Modellierung der Investitionen der Spitalgruppe

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.

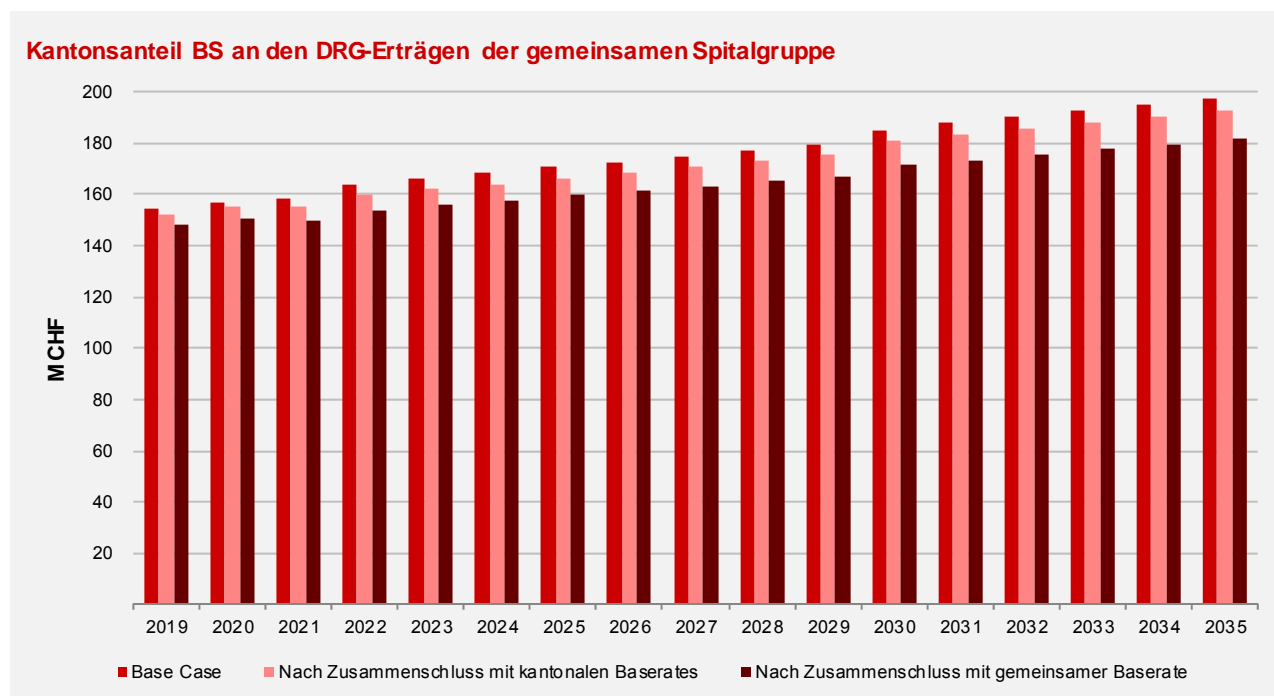


Abbildung 23: Kantonsanteil Basel-Stadt

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.

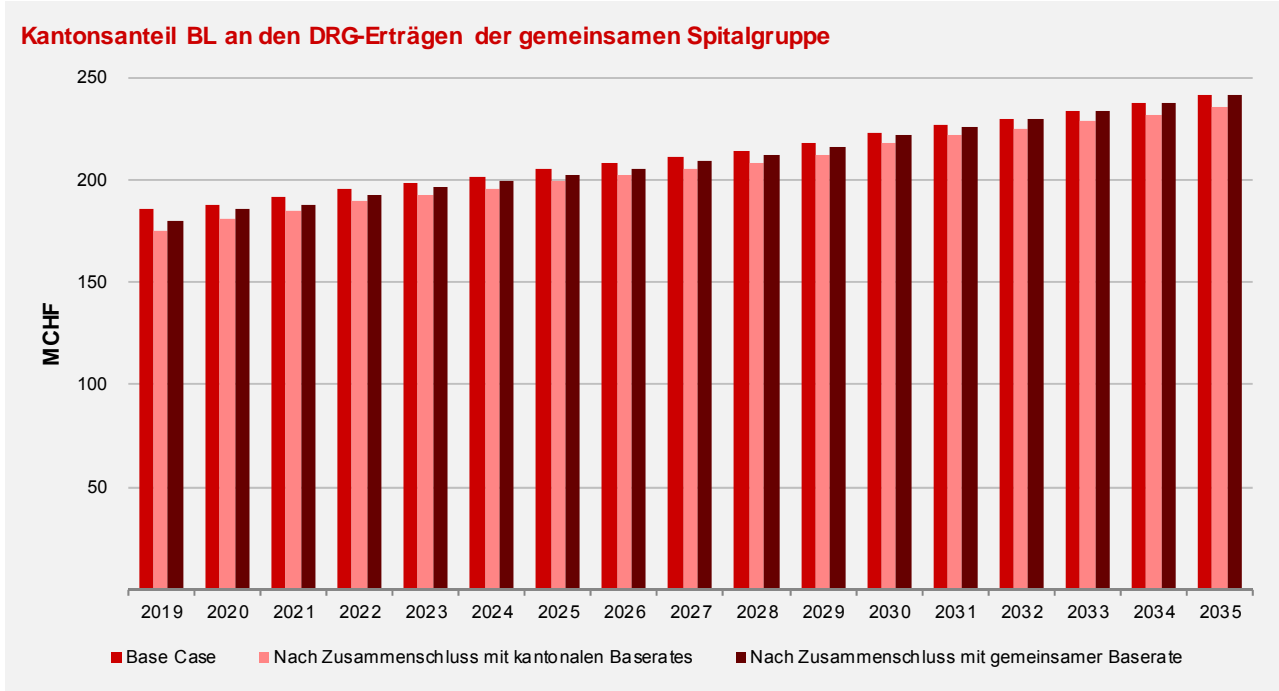


Abbildung 24: Kantonsanteil Basel-Landschaft

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 kantonspezifischen 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.

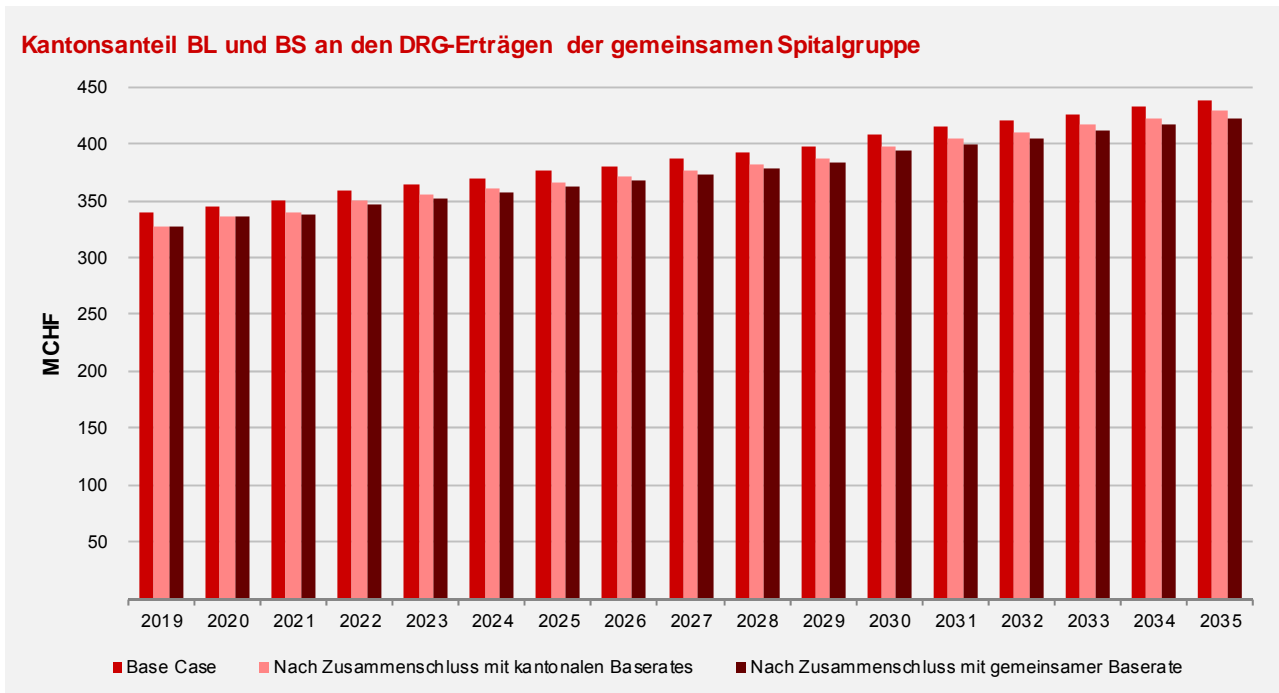


Abbildung 25: Konsolidierte Kantonsanteile

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.

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

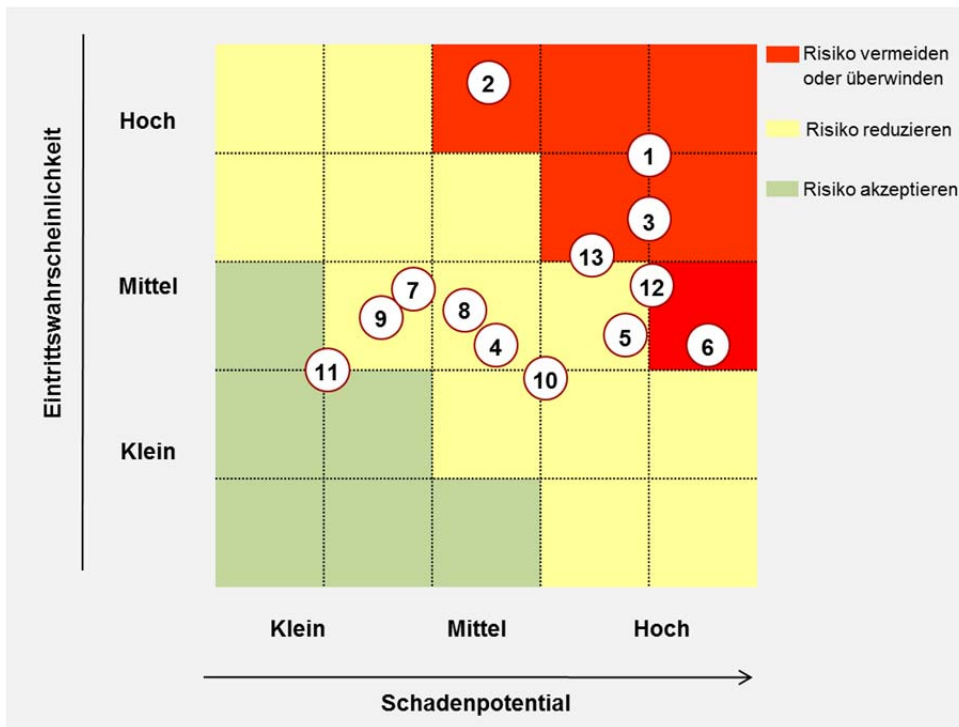


Abbildung 26: Risikobeurteilung

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.

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.

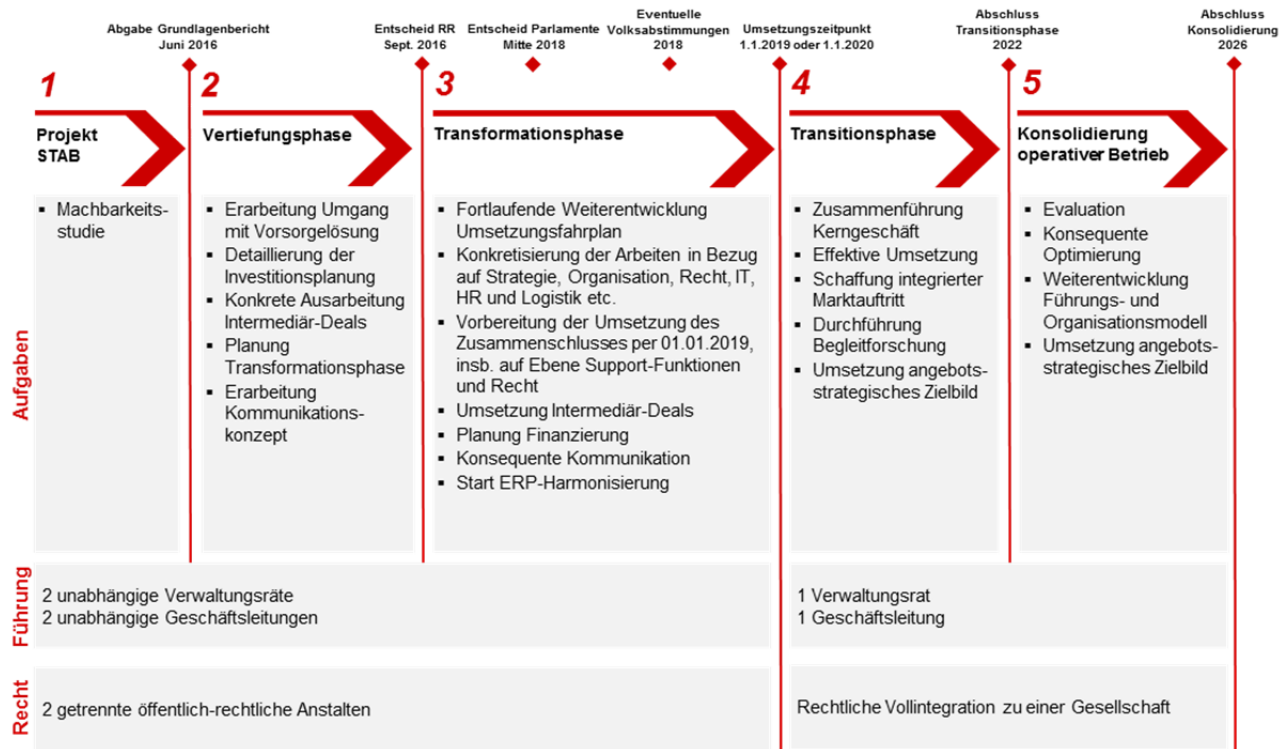


Abbildung 27: Umsetzungsfahrplan

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.

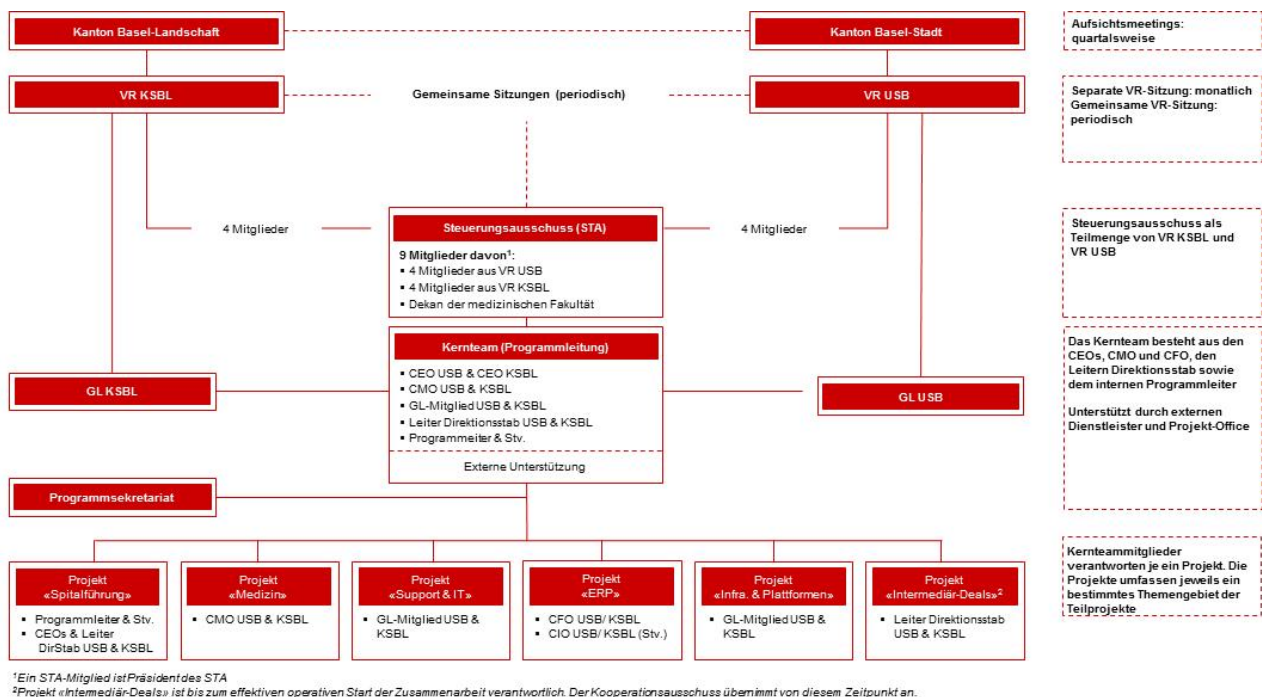


Abbildung 28: Projektorganisation ab Phase 3 (vgl. Abbildung 27)

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.

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.

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

Begriff	Definition
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

Begriff	Definition
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. Level 1 = Überwachungsstation gemäss Gesundheitsdirektion Zürich (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. Level 2 = Intensivstation gemäss SGI: Die vom 1.11.2007 Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten. Level 3 = Intensivstation gemäss Level 2 und zusätzlich: folgende FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A: 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	<p>die regionalen Stroke Units in einem Netzwerk (sog. Hub and Spoke-System).</p> <p>Eine Spitalabteilung oder ein Teil einer Spitalabteilung, welche ausschliesslich Hirnschlagpatienten behandelt. Die Ärzte- und Pflorgeteams sowie der multidisziplinäre Ansatz der Behandlung sind charakterisierend.</p>
SwissDRG	<p>Swiss Diagnosis Related Groups ist das neue Tarifsysteem 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.</p> <p>Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft.</p>
TARMED	<p>Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz. Hergeleitet aus tarif médical (franz. für Ärztetarif).</p>

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 29 wird die Variante detaillierter beschrieben.



Abbildung 29: 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 30) werden die Schwachstellen dieser Variante besonders deutlich.

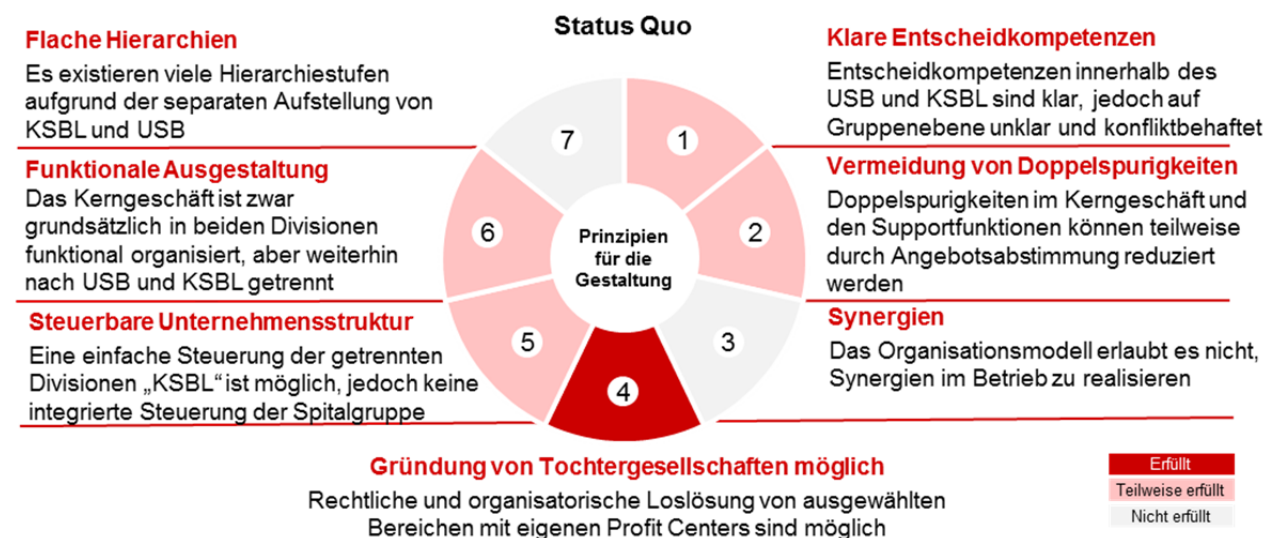


Abbildung 30: Erfüllung der Kriterien durch Variante „Status Quo“

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 31 wird die Variante detaillierter beschrieben.

2 Funktionale Organisation

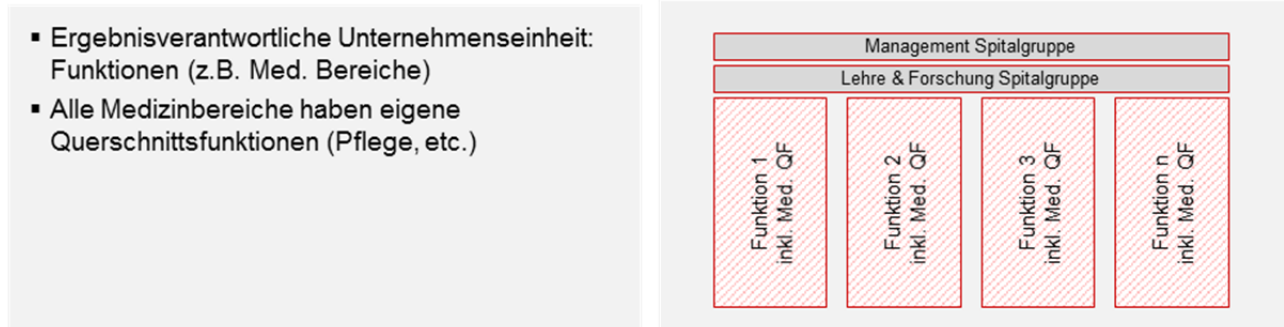


Abbildung 31: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation“

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 32) wird dies nochmals deutlich.



Abbildung 32: 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 33 wird die Variante detaillierter beschrieben.

3 Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen

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

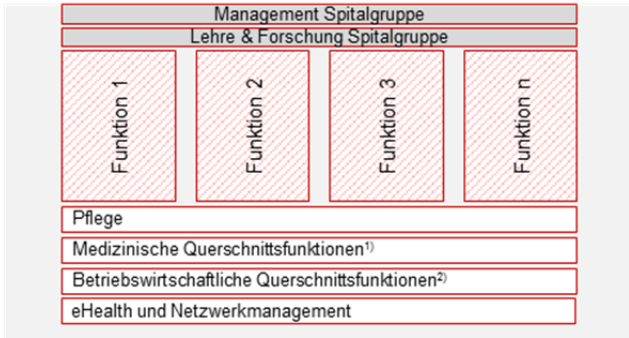


Abbildung 33: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

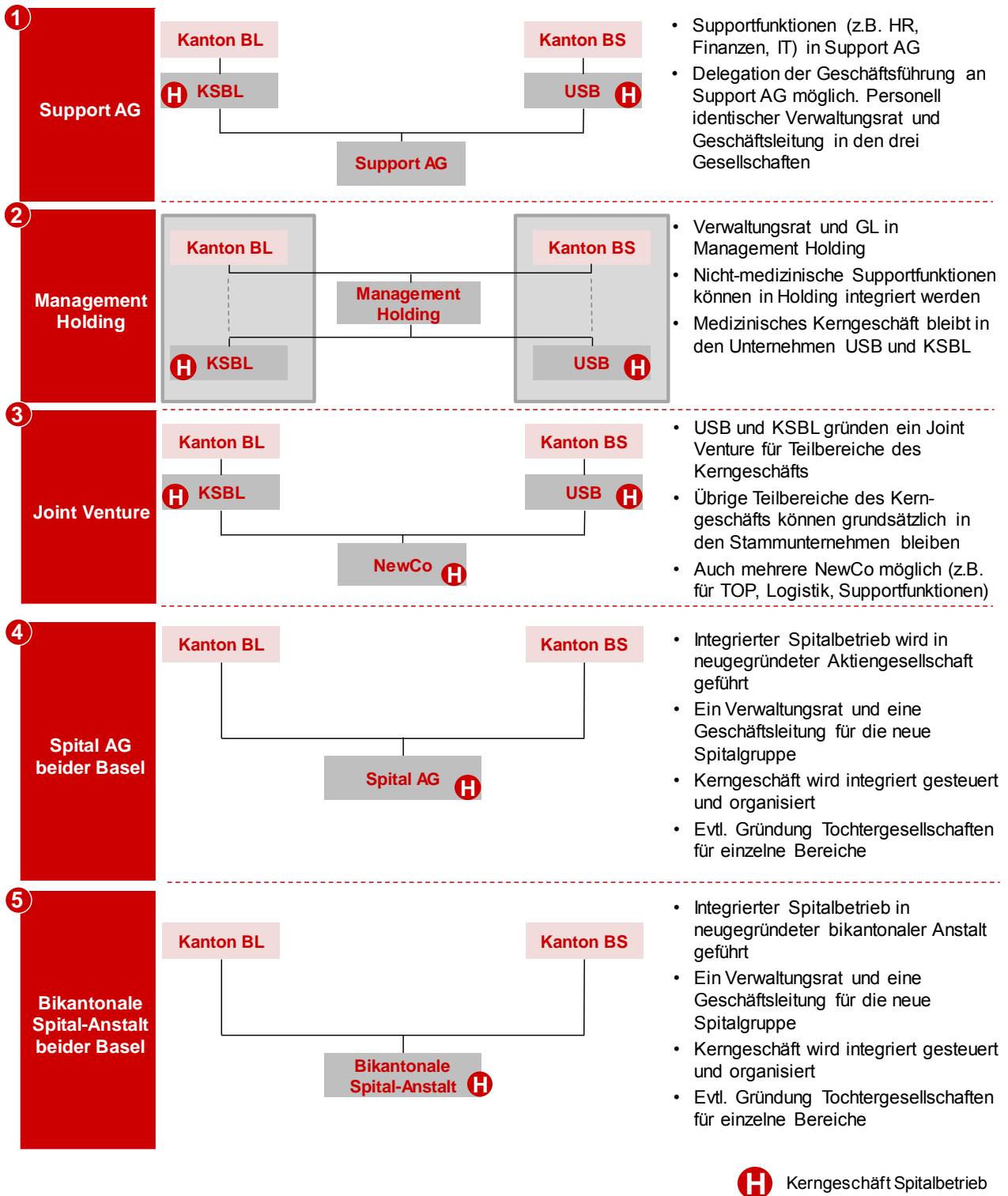
Durch diese Zentralisierung lassen sich sowohl im medizinischen Kerngeschäft als auch in den Querschnittsfunktionen Synergien realisieren und Kompetenzen bündeln. Gleichzeitig werden Hierarchien flach gehalten und schnelle Entscheidungswege geschaffen. Zwar erhöht diese Variante tendenziell die Komplexität 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 34).



Abbildung 34: 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 35: 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
Organe der Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> Die gesetzlich vorgeschriebenen Organe sind die Generalversammlung, der Verwaltungsrat und die Revisionsstelle Geschäftsleitung kann vom Verwaltungsrat delegiert werden Weitere Gremien und Ausschüsse des Verwaltungsrates sind denkbar und üblich 	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich frei wählbar Üblicherweise sind es Verwaltungsrat, die Geschäftsleitung und Revisionsstelle
Beteiligung Dritter an der Gesellschaft (Drittkantone, Private)	Möglich, soweit der Staatsvertrag bzw. die Statuten dies zulassen	Nur bei Änderung Staatsvertrag
Gründung, Erwerb, Beteiligung, Veräusserung an anderen Gesellschaften	Möglich	Grundsätzlich möglich, wenn dies der Staatsvertrag vorsieht
Finanzen / Rechnungslegung	<ul style="list-style-type: none"> Nach Obligationenrecht und nach Swiss GAAP FER Kapitalmarktfähigkeit wird ermöglicht 	Nach Swiss GAAP FER
Dotations- / Aktienkapital	<ul style="list-style-type: none"> Die AG benötigt ein Aktien- resp. Eigenkapital Es gelten die Überschuldungsgrenzen des Aktienrechts 	<ul style="list-style-type: none"> Die Anstalt kann und sollte ein Dotationskapital aufweisen Überschuldung denkbar
Anwendbares Arbeitsrecht	<ul style="list-style-type: none"> Privatrechtliche Anstellungsverhältnisse nach Obligationenrecht Privat-rechtlicher GAV kann verhandelt werden 	<ul style="list-style-type: none"> Öffentlich-rechtliche Anstellungsverhältnisse Öffentlich-rechtlicher GAV kann vorgesehen werden
Rechtliche Machbarkeit	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)
Rechtliche Umsetzung	<p>Unter Vorbehalt der rechtlichen Machbarkeit (siehe oben):</p> <ul style="list-style-type: none"> Abschluss eines interkantonalen Staatsvertrags, um die Grundzüge der Überführung der Spitäler in eine Rechtsform des Privatrechts festzulegen Gründung einer gemeinsamen AG durch die Kantone mit anschliessender Vermögensübertragung nach Fusionsgesetz, oder Umwandlung in AGs mit anschliessender Fusion nach Fusionsgesetz 	<p>Abschluss eines interkantonalen Staatsvertrags mit folgenden Regelungsinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rechtsnatur Aufgaben Organisationsprinzipien Kompetenzverteilungen Aufsicht Anstellungsverhältnisse Berufliche Vorsorge Patientenverhältnisse Leistungsvereinbarungen Haftung und Verantwortlichkeit Finanzierung und Investitionen Beiträge der Trägerkantone Rechnungslegung Steuerbefreiung Übertragung der Aktiven und Passiven bzw. der Verträge Liegenschaften (Übertragung Baurechte, usw.) Übergangsbestimmungen Streitbeilegung
Submissionsrecht	Unterliegt dem Submissionsrecht unabhängig von der Variante	
Wettbewerbsrecht	Unterliegt der Zusammenschlusskontrolle nach Kartellgesetz unabhängig von der Variante	
Haftung und Verantwortlichkeit	Unabhängig von der Rechtsform und solange es um die Erfüllung öffentlicher Aufgaben geht, unterstehen die Spitäler den öffentlich-rechtlichen Haftungsnormen	
Steuerrechtliche Aspekte des Zusammenschlusses	<ul style="list-style-type: none"> 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). Verrechnungssteuer (VSt) und Direkte Steuern: Fusion bzw. Vermögensübertragung steuerneutral möglich 	<ul style="list-style-type: none"> EA/ VSt / Direkte Steuern: Ohne Steuerfolgen, da keine Kapitalgesellschaft, bzw. bzgl. direkter Steuern steuerbefreit MwSt: keine Folgen; Übertragung der Immobilien im Meldeverfahren nach Art. 38 MWSTG möglich Grundstückgewinnsteuer /

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

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.

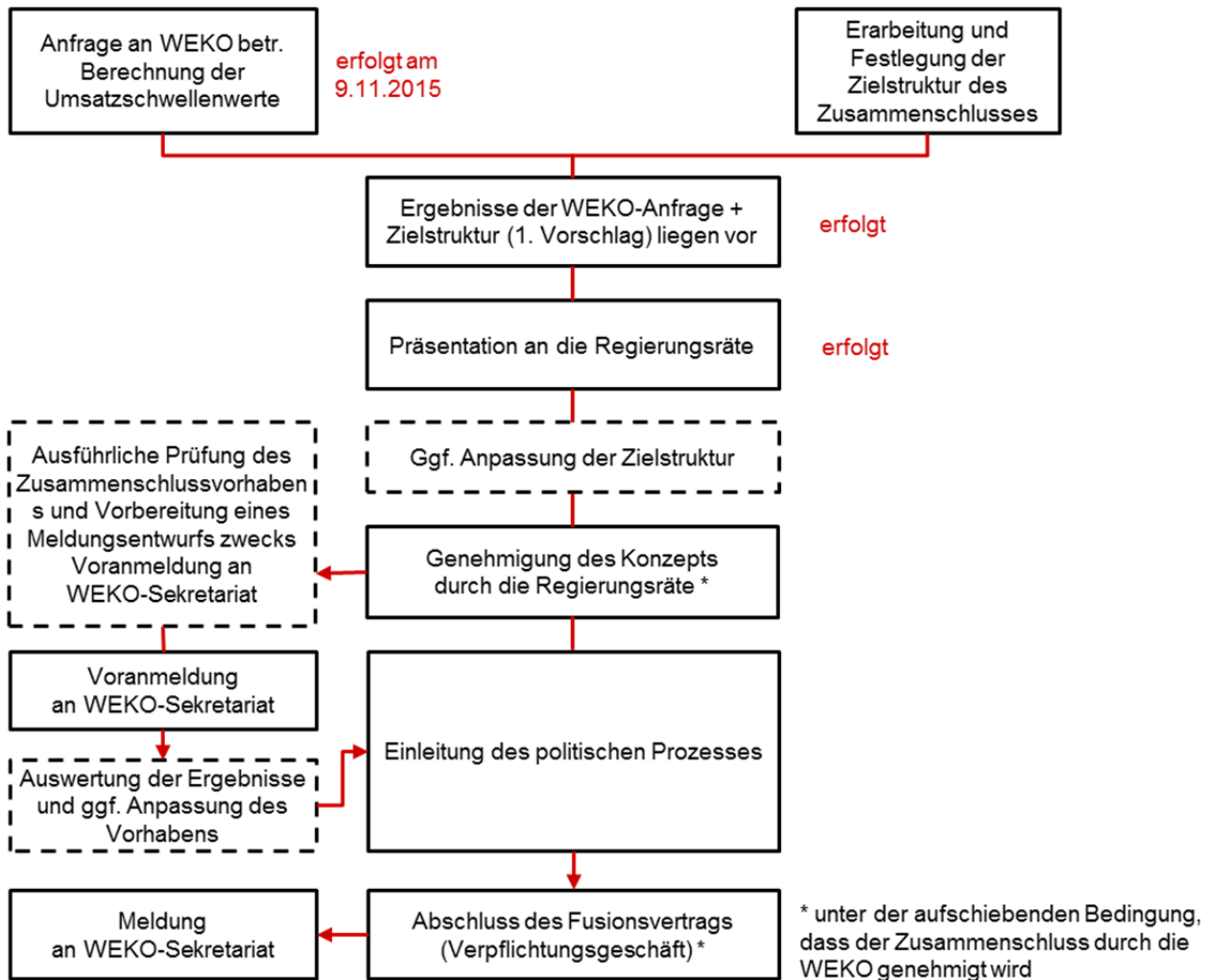


Abbildung 36: Wettbewerbsrechtlicher Prozess

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.