



An den Grossen Rat

18.0112.01

18.0110.01
12.5232.04

GD/P180112/P180110/P125232

Basel, 7. Februar 2018

Regierungsratsbeschluss vom 6. Februar 2018

Ratschlag

zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG

Partnerschaftliches Geschäft

sowie

Teilrevision des Gesetzes über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011 (SG 331.100)

und

Anzug Lorenz Nägelin für ein zukunftsweisendes Spitalkonzept betreffend Universitätsspital beider Basel

Inhalt

1. Begehren	3
2. Fazit zur Bildung der Universitätsspitals Nordwest AG	3
3. Strategische Situation des Universitätsspitals Basel (USB)	5
3.1 Herausforderungen für das USB.....	5
3.2 Strategisches Interesse des Kantons Basel-Stadt an einer gemeinsamen Spitalgruppe	6
3.3 Alternativen zur Bildung einer Spitalgruppe.....	9
3.4 Risiken für das USB im Falle eines Scheiterns der gemeinsamen Spitalgruppe	10
3.5 Fazit aus Sicht BS für das USB	10
4. Vernehmlassungsergebnisse	11
4.1 Allgemeine Bemerkungen	11
4.2 Gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG trägt zur Erreichung der übergeordneten Ziele der beiden Regierungen BS und BL bei	11
4.3 Erwartete Vorteile und Synergien durch die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG	13
4.4 Rechtsform: Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck	14
4.5 Hauptzweck der Universitätsspital Nordwest AG.....	17
4.6 BS und BL halten zu jedem Zeitpunkt mindestens 70% der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG.....	18
4.7 Beteiligungsverhältnis an der Universitätsspital Nordwest AG	19
4.8 Neuer GAV, Harmonisierung Anstellungsverhältnisse und Vorsorgeplan.....	21
4.9 Weitere Bemerkungen	22
4.9.1 Eigentümerstrategie:	22
4.9.2 Verwaltungsrat:	22
4.9.3 Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) am Standort Bruderholz:	22
4.9.4 Rollentrennung:	23
4.9.5 Oberaufsicht:	23
4.9.6 Datenschutz und Zugang zu Information:	24
5. Finanzielle Auswirkungen	24
6. Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt	25
7. Anzug Lorenz Nägelin für ein zukunftsweisendes Spitalkonzept betreffend Universitätsspital beider Basel	26
8. Formelle Prüfungen und Regulierungsfolgenabschätzung	27
9. Antrag	27

1. Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen, den Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG vom 6. Februar 2018 zu genehmigen. Es handelt sich um eine partnerschaftliche Vorlage der beiden Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Dem Grossen Rat werden die folgenden Dokumente vorgelegt:

- Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG: zur Genehmigung;
- Gemeinsamer Bericht der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG: zur Kenntnisnahme;
- Entwurf der Statuten der Universitätsspital Nordwest AG: zur Kenntnisnahme;
- Entwurf des Aktionärsbindungsvertrags (ABV) zur Universitätsspital Nordwest AG: zur Kenntnisnahme;
- Entwurf der Eigentümerstrategie für die Universitätsspital Nordwest AG: zur Kenntnisnahme;
- Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Basel-Landschaft vom 18. August 2017 mit Fortschrittsberichten per 31. Dezember 2017: zur Kenntnisnahme.

Der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG soll per 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Ferner soll das Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011 (SG 331.100) angepasst werden.

Gleichzeitig mit diesem Staatsvertrag wird dem Parlament ein Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vorgelegt. Dieser regelt die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsplanung sowie der Regulation und Aufsicht über die Leistungserbringer und schafft unter anderem die Voraussetzungen für eine wirkungsvollere Einflussnahme auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die Genehmigung des Staatsvertrags betreffend die Universitätsspital Nordwest AG steht unter Vorbehalt der Genehmigung des Staatsvertrages zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung durch den Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt und den Landrat des Kantons Basel-Landschaft.

2. Fazit zur Bildung der Universitätsspitals Nordwest AG

Der Zusammenschluss zur Universitätsspital Nordwest AG mit einer strategischen Positionierung „Vier Standorte – ein System“ und mit klaren Schwerpunkten innerhalb der Gruppe durch (geographische) Bündelung der Leistungen ist eine nachhaltige Basis für den unternehmerischen Erfolg. Die klare strategische Ausrichtung unterstützt besser als im jeweiligen Alleingang die medizinische Versorgung der Bevölkerung im gemeinsamen Gesundheitsraum und stärkt die Wirtschaftlichkeit der Spitäler, entlastet langfristig die Steuer- und Prämienzahler und bildet die Basis für eine Stärkung der Hochschulmedizin in der Region. Die Absicht, den (inter-) nationalen Trend zur Ambulantisierung aufgrund des medizinischen Fortschritts und des zunehmenden Kostendrucks wie auch der Patientenbedürfnisse aufzunehmen und sich frühzeitig strategisch zu positionieren, wird für richtig befunden.

Die Universitätsspital Nordwest AG erfüllt die von den beiden Regierungen festgelegten übergeordneten strategischen Zielsetzungen indem sie

- längerfristig und gesamtheitlich betrachtet mit klar definierten und pro Standort gebündelten Angeboten zu einer optimierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung der beiden Kantone BS und BL bzw. insgesamt für die Bevölkerung des Jura-Nordbogens führt;
- aus betriebswirtschaftlicher Sicht grosse Vorteile und Chancen bietet, da sie über Synergiegewinne die Selbstfinanzierungs- und Investitionskraft der Spitalgruppe und letztlich auch die kantonalen Finanzhaushalte von BL und BS stärkt;
- aus volkswirtschaftlicher Sicht mittel- bis längerfristig über den Abbau von stationären Überkapazitäten (Notfallstationen, Betten) und die Ablösung von stationären Angeboten durch ambulante zu einer finanziellen Entlastung der beiden Kantone BS und BL sowie der Versicherer und damit der Steuer- und Prämienzahlenden beiträgt;
- längerfristig über die Bündelung der relevanten Fallzahlen und Patientenkollektive die Hochschul- bzw. Spitzenmedizin in Nordwestschweiz stärkt und damit einen wesentlichen Beitrag zur Wertschöpfung am Life-Sciences-Standort Region Basel leistet.

Patientinnen und Patienten profitieren

- von einer optimierten wohnortsnahen medizinischen Grundversorgung auch im Notfall und mit klaren Profilen an den einzelnen Standorten;
- von einem Notfallkonzept mit bedarfs- und ressourcengerechtem Einsatz von Notfallstationen und Notfall-Permanenzen;
- von der klaren Trennung von stationärem und ambulantem Angebot durch eine auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Behandlung, weniger lange Hospitalisationen und entsprechend tieferem Risiko für nosokomiale (spitalerworbenen) Infekte;
- von schlankeren Prozessen mit kürzeren Wartezeiten;
- vom Zugang zur hochspezialisierten Medizin und komplexen universitären Leistungen in der Region.

Steuer- und Prämienzahlende profitieren

- von einer Dämpfung des Kostenwachstums durch den Abbau von Spitalinfrastruktur, Bündelung der Investitionen und Verzicht auf teure Doppelspurigkeiten und aufgeblähte Infrastrukturen durch gegenseitiges Wettrüsten;
- von einer Konzentration der operativen und interventionellen Eingriffe in einer speziellen Tagesklinik mit tieferen Gesamtkosten und weniger langen Arbeitsunfähigkeitszeiten;
- von einer Stärkung der Werthaltigkeit der Spitalbeteiligung, welche von den Kantonen getragen wird;
- von einer Stärkung der universitären Medizin, der Lehre und Forschung, der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und damit einhergehend von einer starken Life Science Region.

Mitarbeitende profitieren

- von der Stärke der Spitalgruppe, attraktiven Entwicklungsmöglichkeiten und einer höheren Arbeitsplatzsicherheit;
- von der Möglichkeit neuer Betriebsmodelle mit innovativen Ansätze zur Leistungserbringung wie beispielsweise eHealth;
- von interessanten Karrieremöglichkeiten in Akademie, Dienstleistung und Management;
- da die Spitalgruppe das Potential für Forschung und universitäre Lehre erhöht, wodurch die Attraktivität als Arbeitgeber für die verschiedenen Berufsgruppen deutlich erhöht und die gezielte Nachwuchsförderung vereinfacht wird.

Forschende profitieren

- von einer zusammen mit der medizinischen Fakultät zu erreichenden Stärkung der universitären Medizin, Forschung und Lehre inkl. HSM dank Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen;
- von einer Attraktivitätssteigerung dank mehr bzw. grösseren Patientenkollektiven.

Zuweisende Ärztinnen und Ärzte profitieren

- von einer klaren Positionierung der Standorte und Profile;

- von der Bündelung von Fallzahlen und der damit einhergehenden Zuweisungsmöglichkeit in der Region;
- vom jederzeitigen Zugang auf ein System mit einem durchgängigen elektronischen Patientendossier (E-Dossier).

Medizinstudierende profitieren

- von einer nachhaltig gesicherten theoretischen und praktischen Aus- und Weiterbildung auf höchstem Niveau aufgrund der Sicherung bzw. Stärkung der Hochschulmedizin in der Region.

Nur ein **hoch integriertes Modell durch vollständige Fusion** erlaubt es der Universitätsspital Nordwest AG, die übergeordneten Projektzielsetzungen zu erreichen, die strategische Positionierung umzusetzen sowie die Synergiepotentiale zu realisieren (u.a. gemeinsame angebotsstrategische Ausrichtung, optimaler Einsatz von Ressourcen, standortübergreifende abgestimmte Prozesse, Austausch von Personal, Daten und Patienten, einheitliches Erscheinungsbild).

Die **Rechtsform einer AG** mit öffentlichem Zweck ist für das geplante Universitätsspital Nordwest die zweckmässigste Organisationsform. Diese ermöglicht es am besten, auf die zukünftigen Herausforderungen adäquat reagieren zu können. Auch aus Governance-Sicht hat die AG wichtige Vorteile: Im Unterschied zur selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt und zur spezialgesetzlichen AG führt die (einseitige) Kündigung des Staatsvertrags nicht zum Entzug der notwendigen Rechtsgrundlage und zur automatischen Auflösung des Unternehmens. Die stärkere politische Exponierung der Spitalgruppe in der Form einer selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt oder einer spezialgesetzlichen AG würde in diesen beiden Konstrukten wie ein Damoklesschwert über dem Unternehmen hängen, das sich zugleich im Wettbewerb mit anderen Unternehmen in einer dynamischen Branche befindet, in der das Patientenvertrauen ein hohes Gut darstellt. Nicht ohne Grund machen von dieser Rechtsform inzwischen immer mehr Kantone mit öffentlichen Spitälern (z.B. Thurgau, Aargau, Solothurn und Bern) Gebrauch.

Der lange **Umsetzungsfahrplan** ist in erster Linie der rund zweijährigen Umsetzungszeit auf politischer Ebene geschuldet. Die Spitäler werden gefordert sein, sich bestmöglich auf die Zeit nach der politischen Entscheidungsfindung vorzubereiten. Genauso wichtig ist es, dass im Projekt ein klar kommuniziertes Ende für die Umsetzung definiert ist (2026).

Aus Beteiligungs- bzw. Eignersicht sowie aus Versorgungssicht bietet ein Zusammenschluss der beiden Spitäler sowohl aus medizinischer wie aus betriebswirtschaftlicher Sicht grosse Vorteile. Es ist die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen.

3. Strategische Situation des Universitätsspitals Basel (USB)

3.1 Herausforderungen für das USB

Aufgrund der dynamischen Entwicklung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (insbesondere Preisdruck) und der Verschärfung der Wettbewerbssituation steht das USB vor grossen Herausforderungen.

Das USB steht unter anderem vor der mittel- bis längerfristigen Herausforderung, aufgrund der demografischen Entwicklung mit weniger Personal mehr Patienten versorgen zu müssen. Dabei muss es sich auf einen wachsenden Anteil multimorbider Patienten einstellen. Die Verlegung von personalintensiven stationären Leistungen in den weniger personalintensiven ambulanten Bereich ist eine Möglichkeit, trotz dem Engpass im Arbeitsmarkt mehr Patienten zu behandeln. Dazu muss das USB stationäre und ambulante Prozesse räumlich und personell möglichst

unabhängig voneinander organisieren. Es wird von rückläufigen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern ausgegangen, jedoch nicht bei den schweren Fällen.

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 USB dürfte in seiner heutigen Struktur und mit den heute geltenden gesetzlichen Vorgaben mittel- bis langfristig Schwierigkeiten haben, den Selbstfinanzierungsgrad erreichen, der für die Finanzierung der Investitionen zur Aufrechterhaltung seines heutigen Leistungsangebotes in der geforderten Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig wäre. Auch die zunehmend anspruchsvolle und kostenintensive IT-Unterstützung des Spitalbetriebs und der Spitalprozesse sowie die Umsetzung von e-Health erfordern aufgrund der aufwändigen Entwicklung und Implementierung solcher Systeme die Bündelung der Ressourcen. Aufgrund der Economies of Scale sind dabei grössere Spitäler bei der IT im Vorteil, vorausgesetzt, dass sie eine einheitliche Lösung anwenden.

Das USB könnte im Alleingang langfristig Probleme haben, seinen Status als Universitätsspital zu halten oder auszubauen, weil die schweizerischen und internationalen Anforderungen an Kliniken der Spitzenmedizin hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Einzugsgebiet zunehmen werden. Bereits heute hat das USB teilweise Mühe, die geforderten Mindestfallzahlen zu halten. Ohne Gruppenbildung besteht die Gefahr, dass Angebote für einzelne spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen nicht gehalten werden können. Eine Schwächung der Positionierung des USB als Klinik der Spitzenmedizin, als A1-Weiterbildungsstätte und als Forschungsinstitution wäre ein Schaden für den Medizinstandort Basel und wäre darüber hinaus mit beachtlichen Risiken für den Life-Science-Standort Basel verbunden.

3.2 Strategisches Interesse des Kantons Basel-Stadt an einer gemeinsamen Spitalgruppe

Die Bildung einer Spitalgruppe zwischen dem USB und dem KSBL ist in der Einschätzung des Regierungsrates sowie des USB die richtige Antwort auf diese Herausforderungen. Nur so können die Herausforderungen bewältigt und die entsprechenden übergeordneten Ziele

1. Eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
2. Eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich;
3. Eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region;

erreicht werden.

Wichtig aus baselstädtischer Sicht ist, dass das USB seine Selbstfinanzierungskraft zur Bewältigung des zukünftigen Investitionsvolumens stärken kann. Nur so kann das USB seine Rolle als zentraler Gesundheitsversorger sowie als wichtigster Träger der Hochschulmedizin in der Region weiterhin ausfüllen.

Die Spitalgruppe ermöglicht es dem USB, im Verbund mit dem KSBL, die Fallzahlen zu erhöhen, die Investitionen zu bündeln und die spitalinternen Kosten zu reduzieren. So kann die erforderliche Stärkung der Selbstfinanzierungskraft erreicht werden.

a) Synergiepotentiale und Investitionsfähigkeit

Die EBITDA-Marge des USB hat sich seit 2012 im Bereich von rund 6 – 7.5% bewegt, für das Jahr 2017 wird mit knapp 5.5% gerechnet. Damit ist das USB noch deutlich von der angestrebten EBITDA-Marge von 10% entfernt, welche in der Schweiz für Spitäler für die längerfristige Refinanzierung der Infrastruktur als notwendig erachtet wird. Das USB konnte die EBITDA-Marge seit 2012 zumindest in der erwähnten Bandbreite halten, obwohl es seither jährlich seine Effizienz aufgrund von substanziellen GWL-Kürzungen von rund 30 Mio. Franken sowie Ertragsausfällen aufgrund von DRG-Effekten (Kompressionseffekte bei den Fallgewichten für Universitätsspitäler)

sowie weiteren Tarifeffekten erhöhen musste und muss. Gemäss der aktuell vom Bund per 1. Januar 2018 geplanten TarMed-Revision droht dem USB ein weiterer Ertragsausfall von rund 18 Mio. Franken.

Im Spitalgruppenprojekt wurden Synergiepotentiale rund von 85 Mio. Franken pro Jahr ermittelt, netto nach Abzug von erwarteten Dyssynergien (u.a. im Bereich IT) rund 73 Mio. Franken. Alleine das medizinische Kerngeschäft trägt rund 58 Mio. Franken zu den Synergien bei, was sich vor allem aus dem optimierten angebotsstrategischen Zielbild ergibt. Dies soll u.a. durch den Abbau redundanter Infrastruktur, die Reduktion von Vorhalteleistungen (Standorte Bruderholz und Laufen), die Verschiebung und standortbezogener Optimierung von Leistungen (Auslastung) sowie durch die Konzentration der hochspezialisierten Leistungen erreicht werden. Weitere Synergien wurden bei den medizinischen Querschnittsfunktionen (rund 10 Mio. Franken; im Bereich Anästhesie, Radiologie, Pathologie, Radio-Onkologie, Spitalapotheke und Labor) und den nicht-medizinischen Querschnittsfunktionen (rund 17 Mio. Franken im Bereich betriebliche Supportfunktionen wie Personal, Finanzen, IT, Patientenadministration, Infrastrukturmanagement, Gastronomie, Logistik) ermittelt. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht bringt die Spitalgruppe dem USB folglich entscheidende Vorteile.

Das Investitionsvolumen des USB befindet sich bereits auf einem hohen Niveau und steigt aufgrund des Sanierungsbedarfs (K2) mittel- bis längerfristig weiter an. Ende 2017 befinden sich im USB-Vorhabenportfolio Investitionsprojekte von rund 320 Mio. Franken aktiv in Umsetzung, darunter der Abschluss der Sanierung des OP-Ost (rund 154 Mio. Franken), der Masterplan Energie (rund 32 Mio. Franken), das Bauprojekt Küche (rund 26 Mio. Franken), das Vorprojekt K2 (rund 25 Mio. Franken) und der Energieleitungstunnel West (rund 12 Mio. Franken), um nur die fünf grössten Vorhaben zu nennen.

Für die Zukunft wird das Neubauprojekt K2 mit einem geschätzten Volumen von rund 770 Mio. Franken (Stufe Vorprojekt, +/- 15%) (ohne Eigenleistungen, ohne Mehrwertsteuer) das grösste Vorhaben sein. Daneben werden Massnahmen im K1 und auf dem Baufeld Perimeter B geprüft. Es liegen dazu noch keine belastbaren Kostenschätzungen vor. Die Massnahmen im K1 sollen minimal gehalten werden, bei den Kosten im Perimeter B muss von über 300 Mio. Franken ausgegangen werden. Vor diesem Hintergrund stellt aus finanzieller Sicht die Spitalgruppenbildung für das USB ein zentrales Anliegen dar, da über die Realisierung von Synergiepotentialen der Selbstfinanzierungsgrad zur Realisierung der notwendigen Sanierungs- und Neubauinvestitionen gestärkt werden kann.

Zusammenfassend ermöglicht die Spitalgruppenbildung im betriebswirtschaftlichen Bereich die Bildung von schlankeren Strukturen, 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.

Die Zusammenführung ermöglicht damit zum einen eine 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 Konkurrenten benötigt werden.

b) Bedeutung der Hochschulmedizin

Die USB 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.

Die zukünftigen Erfordernisse für eine international kompetitive Forschung bedingen tendenziell höhere Fallzahlen, was sich an der Entwicklung der vorgeschriebenen Mindestfallzahlen sowohl in der (von Basel-Stadt angewandten) Spital-Leistungsgruppen-Systematik der GD Zürich als auch in den Zuteilungsverfahren in der hochspezialisierten Medizin beobachten lässt. Das USB hat teilweise Schwierigkeiten, die minimalen Zahlen im Alleingang zu erreichen, vor allem im Bereich der Viszeralchirurgie. Es besteht somit mittel- bis längerfristig eine Gefahr, dass Angebote für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen nicht gehalten werden können. Durch die Spitalgruppenbildung können demgegenüber die Fallzahlen gebündelt werden, was sich sowohl positiv auf die Forschungssituation wie auch das Angebot für hochspezialisierte Leistungen in der Nordwestschweiz auswirken wird.

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. Durch die Bündelung von Fallzahlen 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.

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 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.

Zudem kann die Spitalgruppe 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.

c) Attraktive und finanzierbare Arbeitsbedingungen

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

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. Statt sich gegenseitig zu konkurrenzieren, kann die Spitalgruppe als ein Arbeitgeber Mitarbeiter anziehen und ihnen Tätigkeiten in einem spannenden Umfeld anbieten.

Das USB ist optimistisch, dass sich die Sozialpartner im Rahmen eines neuen GAV auf langfristig finanzierbare, attraktive und marktfähige Bedingungen werden einigen können, da sich die bisherigen Anstellungsbedingungen in den bestehenden beiden GAV zwar in einigen Punkten unterscheiden, jedoch die Unterschiede nicht so gross sind. In der Tendenz werden sich die Löhne des USB dem leicht höheren Lohnniveau des KSBL anpassen, wohingegen mit einer deutlichen Senkung der Lohnnebenkosten (insbesondere Arbeitgeberbeiträge an die Pensionskasse) im Vergleich zur heutigen Situation des USB gerechnet werden kann. Insgesamt wird sich die Gruppe als sehr attraktiver Arbeitgeber positionieren und gleichzeitig ihre Kostenbasis senken können.

3.3 Alternativen zur Bildung einer Spitalgruppe

Teils wurde von den Teilnehmern der Vernehmlassung gefordert, dass die beiden Spitäler statt rechtlich zu einer neuen Gesellschaft zu fusionieren ihre Kooperationen ausbauen oder sich zu einem Spitalverbund zusammenschliessen sollten.

Es ist unklar, was mit einem Spitalverbund in organisatorischer oder rechtlicher Hinsicht gemeint ist. Soweit damit mehr gemeint ist als eine bloss vertragliche Kooperation, müsste auch ein Spitalverbund in einer Rechtsform des Gesellschaftsrechts (z.B. AG) oder des öffentlichen Rechts (öffentlich-rechtliche Anstalt) gebildet werden.

Um die übergeordneten Projektzielsetzungen im Rahmen des betrieblichen Zielbilds und der strategischen Positionierung zu erreichen, ist für die Spitalgruppe ein rechtliches Integrationsmodell notwendig, welches eine gemeinsame angebotsstrategische Ausrichtung, einen optimalen Einsatz von Ressourcen, standort-übergreifend abgestimmte Prozesse, den Austausch von Personal, Daten und Patienten, eine wirtschaftliche Leistungserbringung sowie ein einheitliches Erscheinungsbild ermöglicht. Angesichts von rasch ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen soll sich das Integrationsmodell zudem über eine hohe Flexibilität auszeichnen. Nur eine tiefgreifende Integration erlaubt, das angestrebte Zielbild „Vier Standorte – Ein System“ zu realisieren und den damit verbundenen Patientennutzen zu schaffen.

Eine rechtlich wenig integrierte gemeinsame Spitalgruppe, welche primär über Kooperationen arbeitet, erlaubt es nicht gleichermassen, die übergeordneten Projektzielsetzungen zu erreichen sowie die strategische Positionierung umzusetzen.

Dies gilt auch für den von einzelnen Parteien als Alternative geforderten Weg der Kooperationen. Dazu ist zunächst zu vermerken, dass das USB und das KSBL bereits seit mehreren Jahren Kooperationen pflegen. Diese Zusammenarbeit haben sie im Hinblick auf die gemeinsame Spitalgruppe massgeblich intensiviert. Durch sogenannte Interimsvereinbarungen wurden vorgezogene Kooperationen in folgenden Fachgebieten vereinbart:

- Ophthalmologie;
- Orthopädie und Traumatologie;
- Rehabilitation;
- Viszeralchirurgie (IVHSM).

Mit den vorgezogenen Kooperationen soll eine intensivierete Zusammenarbeit bereits vor der Bildung der Spitalgruppe angestrebt werden, welche die Realisierung von Synergien ermöglicht und damit die Leistungsfähigkeit der beiden Spitäler in diesen Bereichen stärken soll.

Diese Kooperationen könnten auch beim Scheitern der Spitalgruppe weitergeführt werden. Allerdings ist eine Weiterführung für diesen Fall nicht sicher gestellt. Vielmehr müssten USB und KSBL darüber erneut entscheiden, je in Abwägung ihrer Interessenlage, welche sich bei einem Scheitern der Gruppe unterschiedlich präsentieren könnte. Denkbar wäre auch, dass sich USB

oder KSBL bei veränderter Ausgangslage für Kooperationen mit anderen Partnern entscheiden würden. Selbst im Fall der Weiterführung der Kooperationsverträge – und möglicherweise dem Abschluss neuer Vereinbarungen – ist jedoch zu beachten, dass diese erneut kündbar sein werden.

Vertragliche Kooperationen bringen somit nicht die für eine langfristige Strukturbereinigung notwendige Verbindlichkeit. Diese ist nur gegeben, wenn das USB und KSBL zu einer Spitalgruppe unter einer strategischen und operativen Leitung und einer einheitlichen Strategie fusioniert sind.

3.4 Risiken für das USB im Falle eines Scheiterns der gemeinsamen Spitalgruppe

Es sind folgende wesentliche Risiken im Falle eines Scheiterns der gemeinsamen Spitalgruppe zu erwähnen:

1. Kritische Masse:
Das USB könnte in Schwierigkeiten geraten, längerfristig die kritische Masse sowohl in Bezug auf klinische Behandelungsdisziplinen als auch in der Lehre und Forschung zu halten.
2. Teilweise knappe Fallzahlen im Bereich der hochspezialisierten Medizin:
Das USB hat teilweise heute schon Mühe, im Vergleich mit anderen Universitätsspitalern, die Fallzahlen im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu erreichen.
3. Gefährdung als Aus- und Weiterbildungsstätte:
Das USB weist eine grosse Bedeutung für die Aus- und Weiterbildung von allen medizinischen Berufsgruppen auf, insbesondere im ärztlichen Bereich. Davon profitieren später auch die Privatspitäler, indem sie in Universitätsspitalern ausgebildete Ärztinnen und Ärzte beschäftigen.
4. Höhere Hürden, tiefere Betriebskosten zu erreichen:
Die Hürden für das USB, autonom mittel- bis längerfristig tiefere Betriebskosten zu erreichen, sind deutlich höher als in der geplanten gemeinsamen Spitalgruppe.

3.5 Fazit aus Sicht BS für das USB

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt ist überzeugt, dass der Zusammenschluss des Universitätsspitals Basel (USB) mit dem Kantonsspital Basellandschaft (KSBL) der richtige Weg ist, damit das USB die anstehenden Herausforderungen erfolgreich meistern kann.

Die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG hat eine klare strategische Ausrichtung, kann günstiger und zielgerichteter arbeiten, ermöglicht eine Bündelung von Investitionen, schafft Synergien von jährlich 70 Mio. Franken, stärkt die Werthaltigkeit der Beteiligung der Kantone und wird ein attraktiver Arbeitgeber sein. Sie erreicht mit der geplanten Tagesklinik für planbare Eingriffe eine Verlagerung von stationär auf ambulant, stellt eine wohnortsnahe medizinische Versorgung sicher (Permanenzen), konzentriert Fälle der hochspezialisierten Medizin (HSM) und komplexe Leistungen auf einzelne Standorte, stärkt die universitäre Medizin, ermöglicht Abbau von stationären Überkapazitäten, bleibt attraktiv für Aus- und Weiterbildung und ermöglicht neue Betriebsmodelle und innovative Ansätze zur Leistungserbringung wie beispielsweise eHealth.

Die Bildung einer Spitalgruppe aus dem USB und dem KSBL erfüllt die von den beiden Regierungen festgelegten übergeordneten strategischen Zielsetzungen indem sie

- längerfristig und gesamtheitlich betrachtet zu einer optimierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung der beiden Kantone BS und BL bzw. insgesamt für die Bevölkerung des Jura-Nordbogens führt;

- aus betriebswirtschaftlicher Sicht grosse Vorteile und Chancen bietet, in dem einerseits mittel- bis längerfristig über Synergiegewinne die Selbstfinanzierungs- und Investitionskraft der Spitalgruppe gestärkt wird, sowie sie andererseits zu einer finanziellen Entlastung der beiden Kantone BS und BL sowie der Versicherer und damit der Prämienzahler beiträgt;
- längerfristig die Hochschul- bzw. Spitzenmedizin in der Region stärkt.

4. Vernehmlassungsergebnisse

4.1 Allgemeine Bemerkungen

Im Wissen, dass der Staatsvertrag von den beiden Parlamenten nur genehmigt oder abgelehnt, nicht aber im Einzelnen angepasst werden kann, erhalten die Vernehmlassung, deren Auswertung und daraus abgeleitet die Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung der geäusserten Anliegen ein besonderes Gewicht. Entsprechend wird in diesem Kapitel ausführlich auf die zentralen Aspekte der Rückmeldungen eingegangen.

Die Vernehmlassung fand vom 3. Juli bis 3. Oktober 2017 statt. Es wurden insgesamt 139 Adressatinnen und Adressaten eingeladen sowie alle Gemeinden des Kantons Basel-Landschaft und alle Mitglieder der Gesundheits- und Sozialkommission des Grosses Rates und der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission des Landrates. Insgesamt liessen sich rund 50 Adressaten in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft vernehmen (vgl. ANHANG 1).

Generell wurden die Bestrebungen der beiden Kantone BS und BL nach einer stärkeren Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von allen Vernehmlassungsteilnehmern begrüsst und unterstützt. Es gab Anregungen für Präzisierungen und Ergänzungen wie auch kritische Voten zu einzelnen Aspekten der Universitätsspital Nordwest AG. Diese sollen im Folgenden beleuchtet werden, wobei die Struktur und die Überschriften der einzelnen Abschnitte sich entlang des an die Vernehmlassungsadressaten mitgeschickten Fragebogens bewegen.

4.2 Gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG trägt zur Erreichung der übergeordneten Ziele der beiden Regierungen BS und BL bei

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- Grossmehrheitliche Zustimmung.
- Der Beitrag zur Optimierung der Gesundheitsversorgung und zur Dämpfung des Kostenwachstums durch die Universitätsspital Nordwest AG wird vereinzelt in Frage gestellt aufgrund der vermuteten Einschränkung des Wettbewerbs.
- Es besteht eine einhellige Zustimmung, dass mit der Universitätsspital Nordwest AG eine Stärkung der Hochschulmedizin in der Region erreicht werden kann.
- Einige Vernehmlassungsteilnehmer vermissten konkrete Aussagen über den Abbau von Kapazitäten (konkret Betten) in der Universitätsspital Nordwest AG.
- Einzelrückmeldung: Synergieeffekte der Universitätsspital Nordwest AG könnten auch ohne Fusion erreicht werden.
- Einzelrückmeldung: Standort Bruderholz (Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe, TOP) stelle ein zusätzliches Angebot dar und wirke kostentreibend.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Die eingegangenen Stellungnahmen zeigen auf, dass die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer der Meinung ist, dass eine gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG zur Erreichung der drei übergeordneten Ziele beiträgt.

Betreffend Stärkung der Hochschulmedizin: Die enge Verbindung zwischen Versorgung, Forschung und Lehre in der universitären Medizin, die dadurch alle medizinischen Bereiche von der Grundversorgung bis hin zur Spitzenmedizin abdecken kann, ist unbestritten. Es wurde anerkannt, dass nur mit der Universitätsspital Nordwest AG das übergeordnete Ziel einer langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region erreicht werden kann.

Im Vergleich zu den anderen Schweizer Universitätsspitalern ist das USB mit Abstand das kleinste. Durch die Zusammenführung mit dem KSBL kann die Anzahl der stationären Fälle von rund 37'000 Fällen auf über 63'000 Fälle kumuliert werden. Hohe Fallzahlen sind im Bereich der klinischen Forschung und im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine zentrale Grösse. Mit den Fällen des KSBL zusätzlich zu denen des USB kann die Universitätsspital Nordwest AG zu den anderen Regionen aufschliessen. Der schnelle Zugang zur klinischen Forschung bzw. zu den entsprechenden Daten wird für Life-Sciences-Unternehmen immer wichtiger. Ohne Universitätsspital Nordwest AG könnte längerfristig ein Verlust an Attraktivität im Bereich der universitären Medizin drohen, das auch für den regionalen Life-Sciences-Standorts negativ wäre.

Betreffend Einschränkung des Wettbewerbs: Mit Beschluss vom 18. September 2017 hat die WEKO nach einer vertieften Prüfung der relevanten geographischen und sachlichen Märkte den geplanten Zusammenschluss zwischen dem USB und dem KSBL ohne Auflagen und Bedingungen genehmigt. Sie kommt in ihrer Begründung zum Schluss, „dass im Bereich der akutstationären Spitaldienstleistungen im Grund- und Zusatzversicherungsbereich die Spitalgruppe im Raum Basel zwar eine starke Marktposition einnehmen wird. Die Möglichkeit der Beseitigung wirksamen Wettbewerbs in diesem Bereich ist durch den Zusammenschluss jedoch nicht gegeben“.

Betreffend Abbau von Kapazitäten (insbesondere Betten): Die beiden Spitäler sind derzeit daran, das Leistungsangebot über alle 40 Kliniken zu definieren. In einem nächsten Schritt werden die Angebote auf der Basis des formulierten Zielbilds den einzelnen Standorten zugeteilt. Ergebnisse hierzu liegen gegen Ende 2018 vor. Zurzeit gehen das USB und das KSBL davon aus, dass die Universitätsspital Nordwest AG am Ende der Transformationsphase im Jahr 2026 am Standort Bruderholz über 150 Betten im Akutbereich abgebaut haben wird. Um den Wegfall der Notfallstation im Bruderholz auffangen und den Notfalldienst optimieren zu können, werden an den Standorten Basel und Liestal zusätzliche Bettenkapazitäten geschaffen. Der Netto-Bettenabbau dürfte im Vergleich zum Alleingang der beiden Spitäler im Bereich zwischen 120-150 Betten liegen. (Zum Vergleich: Das stationäre Angebot aller Baselbieter Privatspitäler im akutsomatischen und Rehabereich umfasst zusammen rund 140 Betten.) Der Abbau ist auch auf eine weitere Schärfung des Profils im Rehabereich am Standort Bruderholz zurückzuführen. Es ist vorgesehen, diese auf die ambulante und stationäre Rehabilitation als optimale Ergänzung in der Behandlungskette für Patienten nach einem orthopädischen Eingriff zu konzentrieren.

Zum Punkt, dass Synergieeffekte auch ohne Fusion möglich seien: Die beiden Spitäler halten in ihrem Grundlagenbericht (Kapitel 6.1 Anforderungen an das rechtliche Modell) fest, dass zur Erreichung der übergeordneten Projektzielsetzungen im Rahmen des betrieblichen Zielbilds und der strategischen Positionierung ein rechtliches Integrationsmodell notwendig ist, „*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. [...] 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.“

Auch die beiden Regierungen stimmen dieser Analyse zu. Für die Universitätsspital Nordwest AG ist ein rechtliches Integrationsmodell notwendig, um das angestrebte Zielbild „Vier Standorte – Ein System“ zu realisieren und den damit verbundenen Patientennutzen zu schaffen. Eine rechtlich wenig integrierte gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG, welche primär über Kooperationen arbeitet, erlaubt es nicht gleichermassen, die übergeordneten Projektzielsetzungen zu erreichen sowie die strategische Positionierung umzusetzen. Einerseits ist das Potential für (finanzielle) Synergien beträchtlich kleiner, andererseits bestehen bei Kooperationen keine langfristigen Verbindlichkeiten.

Betreffend das geplante „TOP“ als zusätzliches Angebot und Kostentreiber: Die geplante Tagesklinik ist kein Kostentreiber. Ganz im Gegenteil können durch dessen Implementierung stationäre Infrastrukturen (inkl. Betten, vgl. oben) abgebaut werden und zugleich vermehrt Patienten im günstigeren ambulanten Bereich behandelt werden (vgl. auch nachfolgende Ziffer 4.9.3).

4.3 Erwartete Vorteile und Synergien durch die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- Mehrheitlich anerkennen die Vernehmlassungsteilnehmer die Vorteile einer Universitätsspital Nordwest AG, die in der Nutzung der entstehenden Synergien, in der Sicherung der Hochschulmedizin, in der Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber, der Erhaltung und Steigerung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der unternehmerischen Flexibilität und der besseren Auslastung von Infrastruktur und Personal durch Abbau von Doppelspurigkeiten und Überkapazitäten bestehen.
- In einer Rückmeldung wird davon ausgegangen, dass die Synergien auch ohne Fusion erreicht werden können, andere meinen, dass in der Universitätsspital Nordwest AG ein höheres Potenzial für Synergien vorhanden wäre. Dritte wünschten sich eine Konkretisierung dieser Synergien.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Die beiden Spitäler weisen in ihrem aktualisierten Grundlagenbericht (Kapitel 7 Finanzielle Synergien) auf drei mögliche Synergiearten hin: Kosten-, Investitions- und Erlössynergien. Bei einer Zusammenführung können Kosten im täglichen Betrieb reduziert, Investitionen eingespart und in bestimmten Bereichen Erlöse erhöht werden. Weiter wurden auch Dyssynergien (z.B. Fallverluste aufgrund von Verschiebungen des stationären Angebots) und einmalig auftretende Transformationskosten berücksichtigt.

Insgesamt wurden über 30 verschiedene Synergiepotentiale mit einer finanziellen Schätzung quantifiziert. Gewisse Potentiale wurden nur mit einem Abschlag in den Businessplan integriert, um Unsicherheiten Rechnung zu tragen. In den Businessplänen nicht eingerechnet wurden Kosteneinsparungen durch Anpassungen bei den Pensionskassen oder durch allfällige Auslagerung von Funktionen / Outsourcing. Die ausgewiesenen Synergien sind daher als vorsichtig prognostiziert zu beurteilen.

Die errechneten Netto-Synergiepotentiale belaufen sich auf gut **70 Mio. Franken (konservativ) bis 100 Mio. Franken**. Zentral für die Realisierung – insbesondere jener aus dem Kerngeschäft, welche knapp 60 Mio. Franken ausmachen – ist in grossem Masse die **Transformation des Standorts Bruderholz**. Die Synergie entsteht daraus, dass nach abgeschlossener

Transformationsphase im neuen TOP die Leistungen mit deutlich weniger Personal pro Fall, also wesentlich effizienter, erbracht werden können als bisher. Die Fälle, welche nicht mehr am Standort Bruderholz behandelt werden, werden grösstenteils durch die anderen Standorte der Universitätsspital Nordwest AG im gleichen Umfang aufgefangen, dies ohne zusätzliches Personal. Ein weiteres zentrales Potenzial ist der Gewinn von Effizienz in den medizinischen Kernprozessen, namentlich auch im stationären Bereich. Das heisst, dass durch bessere Koordination mit einheitlichen Systemen und Prozeduren die gleichen Prozesse mit weniger Personal erbracht werden können.

Die weiteren Synergien aus dem Kerngeschäft umfassen die **Verschiebung von Fällen an die bestgeeigneten Standorte** (z.B. HSM von Liestal nach Basel, elektive Orthopädie von Liestal und Basel an den Standort Bruderholz, ausgewählte, einfache und planbare Eingriffe ins TOP).

Auch bei den weiteren Kostensynergien in den medizinischen und nicht-medizinischen Supportprozessen wird ein Effizienzgewinn unterstellt, der massgeblich über einen tieferen Personalaufwand erreicht wird.

Um die Synergieerreichung über die Zeit besser nachzuvollziehen und deren Umsetzung sicherstellen zu können, wurde ein **Synergietracking** initiiert. Die Synergien und Dyssynergien werden in diesem Sinne weiter konkretisiert, validiert und an neue Planungsannahmen angepasst. In regelmässigen Abständen erfolgt gegenüber den Projekt- und Aufsichtsgremien eine Berichterstattung.

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

4.4 Rechtsform: Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- Eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer begrüsst eine AG mit öffentlichem Zweck als flexibelste und zukunftsgerichtetste Rechtsform. Einige Vernehmlassungsteilnehmer sind der Meinung, dass diese AG flexibel in der Struktur und Verwaltung sein müsse und ihre Entscheidungen nicht durch Parlamente blockiert werden können.
- Vereinzelt gefordert wird eine Prüfung von Alternativen, sprich öffentlich-rechtliche Anstalt, Spitalverbund oder Spezialgesetzliche AG gemäss Art. 763 OR. Ziel: stärkere Mitbestimmung der Parlamente bei wesentlichen Fragen.
- Ferner wurde vereinzelt angemerkt, dass nur öffentlich-rechtliche Körperschaften als mögliche Miteigner in Frage kommen sollten.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Bereits im gemeinsamen Bericht der beiden Regierungen zum „Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft“ vom 13. September 2016 wurden die verschiedenen Rechtsformen vertieft analysiert und dargestellt. Im Folgenden eine kurze Zusammenfassung:

Gesellschaftsformen der Aktiengesellschaft (AG):

Eine **AG nach Art. 620 ff. OR** (nachfolgend **ordentliche AG**) kann sich im Eigentum eines einzigen staatlichen Trägers befinden.¹ Bei der ordentlichen AG gelangen die Bestimmungen des Obligationenrechts vollumfänglich zur Anwendung. Die Form der ordentlichen AG wird normalerweise gewählt, wenn der Staat am Markt Dienstleistungen wie ein Privater erbringt. Da die Universitätsspital Nordwest AG einen öffentlichen Zweck verfolgt und steuerbefreit ist, soll sie als **AG mit öffentlichem Zweck** ausgestaltet werden.

Die **privatrechtliche gemischtwirtschaftliche AG** (Art. 762 OR) räumt dem Gemeinwesen in den Gesellschaftsstatuten die Möglichkeit ein, Vertreter in den Verwaltungsrat oder in die Revisionsstelle zu entsenden, sofern das Gemeinwesen an der Gesellschaft ein öffentliches Interesse hat.² Wesenselement der privatrechtlich gemischtwirtschaftlichen Aktiengesellschaft ist die Teilnahme der öffentlich-rechtlichen Körperschaft an der Unternehmensleitung oder der Unternehmenskontrolle. Anzumerken ist, dass gemischtwirtschaftliche Unternehmen häufig problematische Gebilde darstellen, da die Organe den Gesellschaftszweck im Auge haben und die vom Staat Delegierten die öffentlichen Interessen verfolgen.³ Aufgrund des Konfliktpotentials wird die gemischtwirtschaftliche Aktiengesellschaft in der Literatur als kritisch beurteilt.

Charakteristisch für die **spezialgesetzliche AG gemäss Art. 763 OR** ist, dass sie nicht durch eine Gründungserklärung der Eigentümer bzw. durch vertragliche Vereinbarung, sondern unmittelbar durch Gesetzesakt (im vorliegenden Fall durch einen Staatsvertrag) geschaffen wird. Dies drängt sich dann auf, wenn der Gesetzgeber gegenüber der typisierten Regelung des OR nennenswerte Abweichungen beabsichtigt, für welche ein organisationsrechtliches Bedürfnis vorliegt. Wenn das Ziel auch über eine Gesellschaftsform des Privatrechts erreicht werden kann, besteht für eine spezialgesetzliche Lösung keine Notwendigkeit. Der Nachteil einer spezialgesetzlichen AG ist, dass sie naturgemäss von der Existenz der entsprechenden Spezialgesetzgebung abhängt, bei deren Aufhebung (Kündigung Staatsvertrag) automatisch auch die Rechtsgrundlage der Unternehmung entfällt, dies im Gegensatz zur ordentlichen AG bzw. zur AG mit öffentlichem Zweck. Auch würde die Gründung einer spezialgesetzlichen AG mindestens eine subsidiäre Staatshaftung für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft nach sich ziehen.⁴

Weitere alternative Rechtsformen:

Bei der **selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt** handelt es sich um eine Einrichtung des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit. In dieser Eigenschaft ist die selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt Trägerin von Rechten und Pflichten, verfügt über eigenes Vermögen und haftet für ihre Verbindlichkeiten. Die Rechtsform der bikantonal selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt findet sich in den beiden Kantonen mehrfach (u.a. UKBB, Universität Basel).

Eine **Stiftung gemäss Art.80 ff. ZGB** stellt die Widmung eines bestimmten Vermögens zu einem bestimmten Zweck dar. Im konkreten Fall käme eine sogenannte Unternehmensstiftung in Frage. Organe und Art der Verwaltung des Vermögens werden durch die Stiftungsurkunde festgelegt.

In einem reinen **Kooperationsmodell** schliessen zwei Unternehmen jeweils zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels einen oder mehrere Kooperationsverträge ab. Die Zusammenarbeit steht und fällt mit der Einhaltung der Verträge. Werden diese insgesamt oder einzeln aufgelöst, wird auch die Kooperation im jeweiligen Umfang hinfällig. Das Kooperationsmodell ist im Vergleich zu den

¹ BUOB FRANZISKA, Interessenskonflikte und Haftungsrisiken des Staates als Aktionär, in: AJP/PJA 2009, S. 143.

² BUOB FRANZISKA, Interessenskonflikte und Haftungsrisiken des Staates als Aktionär, in: AJP/PJA 2009, S. 143.

³ MEIER-HAYOZ/FORSTMOSER, Schweizerisches Gesellschaftsrecht, Bern 2007, S. 15.

⁴ Gemäss Art. 763 Abs. 1 OR gilt, dass „auf Gesellschaften und Anstalten, wie Banken, Versicherungs- oder Elektrizitätsunternehmen, die durch besondere kantonale Gesetze gegründet worden sind und unter Mitwirkung öffentlicher Behörden verwaltet werden, kommen, sofern der Kanton die subsidiäre Haftung für deren Verbindlichkeiten übernimmt, die Bestimmungen über die Aktiengesellschaft auch dann nicht zur Anwendung, wenn das Kapital ganz oder teilweise in Aktien zerlegt ist und unter Beteiligung von Privatpersonen aufgebracht wird.“ Wenn das Vermögen der Gesellschaft für die Deckung ihrer Verbindlichkeiten nicht ausreicht, so muss der Staat für die noch offenen Verbindlichkeiten aufkommen

oben beschriebenen Gesellschaftsformen per definitionem wohl flexibel, bietet aber wenig Stabilität und Zuverlässigkeit.

Fazit

Bei der AG handelt es sich um eine bewährte Gesellschaftsform des schweizerischen Rechts mit klaren gesetzlichen Bestimmungen und Zuweisungen der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf die jeweils zuständigen Ebenen.

Im Unterschied zur selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt und zur spezialgesetzlichen AG führt die (einseitige) Kündigung des Staatsvertrags nicht zum Entzug der notwendigen Rechtsgrundlage und zur automatischen Auflösung des Unternehmens. Die stärkere politische Exponierung der Universitätsspital Nordwest AG in der Form einer selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt oder einer spezialgesetzlichen AG würde in diesen beiden Konstrukten wie ein Damoklesschwert über dem Unternehmen hängen, das sich zugleich im Wettbewerb mit anderen Unternehmen in einer dynamischen Branche befindet, in der das Patientenvertrauen ein hohes Gut darstellt.

Gegenüber der selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt und der spezialgesetzlichen AG liegen die Vorteile einer AG mit öffentlichem Zweck auch darin, dass das gemeinsame Recht auch bei allfälligen Erweiterungen auf andere Gemeinwesen angewendet werden kann, ohne erneute Anpassungen des Staatsvertrags, die jeweils mehrere Jahre in Anspruch nehmen würden. Die Flexibilität in der regionalen Erweiterung ist aus Sicht der beiden Regierungen ein wesentlicher Pluspunkt.

Ein weiterer Vorteil gegenüber der selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt liegt bei der AG mit öffentlichem Zweck darin, dass sich durch das Aktienrecht und dessen Vorgaben klare rechnerische Beteiligungsverhältnisse herstellen lassen (Festlegung Aktienkapital, Anzahl Aktien, Nennwert). Aktien sind erwerb- und veräusserbar. Im Hinblick auf eine gemeinsame bikantonale Universitätsspital Nordwest AG lassen sich dadurch einerseits die verschiedenen grossen finanziellen Beteiligungen der Kantone im jeweiligen Aktienanteil korrekt abbilden und andererseits mittels entsprechender gesetzlich vorgesehener Beschlussquoten gleichwohl paritätische Verhältnisse hinsichtlich der Entscheidungsprozesse in der Generalversammlung der AG herstellen.

Bei einer Stiftung sind Änderungen am Stiftungszweck nur unter erschwerten Bedingungen möglich und bedürfen jeweils einer behördlichen Zustimmung. Insgesamt hat sich diese Rechtsform als wenig anpassungsfähig und daher vor allem für wettbewerbswirtschaftliche Tätigkeiten (z.B. Erweiterung der Universitätsspital Nordwest AG) als wenig geeignet bzw. zu wenig flexibel erwiesen.

Ein rein auf Verträgen fussendes Kooperationsmodell wird den Anforderungen in der Universitätsspital Nordwest AG (gemeinsame angebotsstrategische Ausrichtung, optimaler Einsatz von Ressourcen, standortübergreifend abgestimmte Prozesse, Austausch von Personal, Daten und Patienten, sowie einheitliches Erscheinungsbild) in keiner Weise gerecht, verhindert einen Grossteil der Synergien im Kerngeschäft und wurde von den Spitälern bereits in einem frühen Stadium der Abklärungen verworfen.

Aufgrund der Analysen kommen die Regierungen zum Schluss, dass die Rechtsform einer AG mit öffentlichem Zweck die für die geplante Universitätsspital Nordwest AG zweckmässigste Organisationsform ist. Diese ermöglicht es, am besten auf die zukünftigen Herausforderungen adäquat reagieren zu können.

Nicht ohne Grund machen von dieser Rechtsform inzwischen immer mehr Kantone mit öffentlichen Spitälern (z.B. Thurgau, Aargau, Solothurn und Bern) Gebrauch. Es ist auch für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft von zentraler Bedeutung, bereits jetzt die Weichen

richtig zu stellen und sich für eine Organisationsform zu entscheiden, welche flexibel genug ist, um in der dynamischen Gesundheitsbranche in Zukunft weiterhin als konkurrenzfähiger Akteur bestehen zu können.

Die Regierungen haben zugleich den Anliegen jener, die über eine spezialgesetzliche AG eine stärkere Mitbestimmung der Parlamente in zentralen Fragen fordern, an diversen Orten im Staatsvertrag Rechnung getragen (vgl. GAV-Verpflichtung, Steuerung des jeweiligen Kantonsanteils über kantonale Gesetzgebung, Berücksichtigung eines Standortparagraphen bei regionalpolitischen Gründen im Staatsvertrag, Implementierung einer IGPK analog dem UKBB sowie Möglichkeit der Parlamente, die Eigentümerstrategie mit einer Zweidrittelmehrheit zurückzuweisen). Zugleich sind beide Regierungen der Überzeugung, dass es dem Unternehmen nur dienen kann, wenn die grundsätzlich geltende Aufgabenteilung zwischen dem Parlament und der Regierung, also zwischen der Oberaufsicht und der Aufsicht, eingehalten bleibt.

Die Rechtsform einer AG mit öffentlichem Zweck bedeutet keine Privatisierung, soweit keine Übertragung der Aktienmehrheit an der Gesellschaft an Private erfolgt. Dies wird mit dem Staatsvertrag explizit ausgeschlossen und wäre ohnehin auch nicht in Übereinstimmung mit den jeweiligen Verfassungsgrundlagen in beiden Kantonen.

4.5 Hauptzweck der Universitätsspital Nordwest AG

Erbringt medizinische Dienstleistungen; dient der kantonalen, regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung; trägt in Partnerschaft mit der Universität Basel sowie weiteren Hochschulen und weiteren Partnern zur Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin bei.

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- Die Vernehmlassung ergab eine praktisch einstimmige Zustimmung zum Inhalt des Zweckparagraphen. Zum Teil werden gewisse Präzisierungen / Ergänzungen gefordert (Ergänzung des Zwecks betr. kostendämpfender Wirkung der Universitätsspital Nordwest AG bzw. Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Partnern).
- In BL wurde von einigen Parteien gefordert, dass die Standorte und teilweise sogar deren Angebote gemäss Zielbild im Staatsvertrag abzusichern seien, so dass das Parlament Veränderungen mitbestimmen könne. Umgekehrt waren in BS einige Parteien der Meinung, die Nennung der Standorte gehöre aus den Statuten gestrichen, um der Universitätsspital Nordwest AG den nötigen wirtschaftlichen Handlungsspielraum zu geben.
- Ferner wurde aus BS in der Vernehmlassung vereinzelt die Forderung gestellt, dass die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) gemäss Regelung des UKBB nach Fallzahlen resp. paritätisch zu finanzieren seien.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Betreffend Ergänzung des Zweckparagraphen: Die Regierungen haben die Ergänzungsvorschläge zu den Zweckbestimmungen der Universitätsspital Nordwest AG weitestgehend berücksichtigen können (Aufnahme im Zweckparagraph „*Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten*“ sowie „*Gewährleistung der Zusammenarbeit der Spitalgruppe mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, um einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung zu erreichen*“ einerseits und Ergänzung „*Partnern aus Wissenschaft und Industrie zur Ausbildung von universitären und nichtuniversitären Berufen, Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin*“ anderseits).

Betreffend Nennung der Standorte und ihrer Angebote im Staatsvertrag bzw. in den Statuten: Die beiden Regierungen sind übereingekommen, den Staatsvertrag wie folgt zu ergänzen: „*Das medizinische Angebot an den verschiedenen Spitalstandorten soll sich entlang des Bedarfs der Bevölkerung entwickeln. Es soll wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden.*“

Allfällige Kosten für regionalpolitisch begründete medizinische Angebote an einzelnen Standorten sind durch den jeweiligen Standortkanton abzugelten.“ Damit wird

- explizit beiden Kantonen die Möglichkeit gegeben, aus regionalpolitischen Überlegungen zusätzliche Angebote an einzelnen Standorten zu bestellen, sofern sie für die entsprechenden Mehrkosten aufkommen.
- sichergestellt, dass die Nennung einzelner Standorte in den Statuten nicht zu einer unverhältnismässigen Einschränkung des unternehmerischen Handlungsspielraums führt.

Weiter werden in den Statuten im Zweckparagraph alle vier Standorte genannt und in der gemeinsamen Eigentümerstrategie sichergestellt, dass die Universitätsspital Nordwest AG das Konzept zur Spitalgruppenbildung gemäss Grundlagenbericht USB und KSBL für eine gemeinsame Spitalgruppe vom 18. August 2016 mit dem Zielbild und der strategische Positionierung „Vier Standorte – ein System“ konsequent umsetzt.

Zur Forderung betreffend die GWL: Die GWL werden in BS und BL heute für unterschiedliche Leistungen und in unterschiedlicher Höhe ausbezahlt. In einer Übergangsphase sollen deshalb die langfristig geplanten GWL harmonisiert werden. Durch die in der Universitätsspital Nordwest AG vorgesehenen Strukturanpassungen ist ein kostendeckender Betrieb der Notfallstation in Liestal anzustreben, so dass für das gesamte Unternehmen im Notfallbereich keine GWL-Zahlungen mehr erforderlich sein werden. In BL wird deshalb auf die Finanzierung der **Notfall-Vorhalteleistungen** verzichtet. Zugleich soll die Finanzierung der **ärztlichen Weiterbildung** neu paritätisch durch BL und BS erfolgen und die Beiträge im Bereich der universitären ärztlichen Weiterbildung angesichts der fortbestehenden Unterfinanzierung auf den heutigen Ansatz in BS von CHF 24'000 gehoben werden (BL: CHF 15'000). Nicht berücksichtigt ist hierbei das Inkrafttreten der Interkantonalen Weiterbildungsfinanzierungs-Vereinbarung WFV. In diesem Zusammenhang wird der Regierungsrat BL dem Landrat unmittelbar nach Unterzeichnung des Staatsvertrags betreffend die Universitätsspital Nordwest AG den Beitritt zur Interkantonalen Weiterbildungsfinanzierungs-Vereinbarung, der mit Stand September 2017 13 Kantone beigetreten sind, unterbreiten. Im Falle des Zustandekommens der WFV würden die Belastungen für beiden Kantone merklich reduziert. Im Falle von BL würden die Mehrbelastungen dadurch auf unter 3 Mio. Franken fallen, so dass unter Berücksichtigung der Einsparungen für die GWL im Notfallbereich (vgl. weiter unten) die geplante Netto-Entlastung in den GWL insgesamt auf rund 6 Mio. Franken zu liegen käme.

Den mit Abstand grössten Betrag an die GWL leistet der Kanton BS an die **ungedeckten Kosten für universitäre Lehre und Forschung** (CHF 28 Mio.). BS wird diese Position überprüfen. Zum einen ist davon auszugehen, dass die Universitätsspital Nordwest AG ihre Ertragskraft und Effizienz auch im Bereich der universitären Lehre und Forschung deutlich steigern können. Zum anderen ist im Dialog mit der Universität zu prüfen, inwieweit letztere die Universitätskliniken tatsächlich kostendeckend für Leistungen entschädigt, welche von ihr in Anspruch genommen werden. Insgesamt geht BS davon aus, dass die GWL für universitäre Lehre und Forschung längerfristig deutlich gesenkt werden können.

4.6 BS und BL halten zu jedem Zeitpunkt mindestens 70% der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG.

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- Unbestritten ist, dass die beiden Kantone gemeinsam eine Mehrheit an der Universitätsspital Nordwest AG halten sollen, wenn zum Teil auch darauf hingewiesen wurde, dass dies die unternehmerische Freiheit und Wettbewerbsfähigkeit der Universitätsspital Nordwest AG einschränke.
- Eine grosse Bandbreite besteht in den Rückmeldungen betreffend dem konkreten Gesamtanteil, welcher BS und BL halten soll: genannt wurden 51%, 70%, 75%, resp. 100%.

- Einzelne Rückmeldungen verlangen, dass kein Dritter ausser weitere Kantone der Universitätsspital Nordwest AG beitreten können solle, da es ansonsten zu Konflikten in der Ausrichtung einer Beteiligung kommen könnte.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Die Regierungen sehen neu vor, dass die Gründerkantone BS und BL zu jedem Zeitpunkt zusammen mindestens zwei Drittel der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG halten müssen (vgl. dazu § 5 des Staatsvertrags). Durch diese Bestimmung wird sichergestellt, dass die beiden Kantone ihren verfassungsmässigen Aufträgen gerecht werden und die Universitätsspital Nordwest AG ihrem öffentlichen Versorgungsauftrag nachkommt.

Somit setzen die beiden Regierungen Hinweise aus der Vernehmlassung um, womit die beiden Gründerkantone BS und BL langfristig die Sperrminorität bei wichtigen Entscheidungen haben.

4.7 Beteiligungsverhältnis an der Universitätsspital Nordwest AG

71.5% (BS) zu 28.5% (BL). Schutz des Minderheitsaktionärs BL durch Quorum bei wichtigen Beschlüssen der Generalversammlung (VR-Wahl, Änderung Gesellschaftszweck, Auflösung Gesellschaft).

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- In BS gibt es die Kritik, dass BS mehr Kapital in die AG einbringe, bei wichtigen Entscheidungen jedoch durch den Minderheitsaktionär BL blockiert werden kann. Der Anteil BL sei entsprechend zu erhöhen oder der Minderheitenschutz sei zu streichen. Dieser Forderung schlossen sich auch einzelne Parteien aus BL an.
- Als Alternative wird seitens eines Vernehmlassungsteilnehmers genannt, dass BS sein Eigenkapital in Fremdkapital wandelt, bis wieder Stimmenparität erreicht sei.
- In BL wird von mehreren Vernehmlassungsadressaten moniert, dass der vorgesehene Anteil des Kantons BL nicht ausreichend mit dem effektiv höheren Wert des KSBL für die Universitätsspital Nordwest AG korreliere.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Die beiden Regierungen halten eine gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG, in welcher der Minderheitsaktionär bei den zentralen Entscheidungen kein Mitspracherecht hat, für nicht realisierbar. Die Substanzwertbetrachtung eignet sich für Aussagen zum unternehmerischen Erfolg in der Vergangenheit. Sie war bisher alleinige Basis für die Bestimmung des Beteiligungsverhältnisses zwischen BS und BL an der geplanten Universitätsspital Nordwest AG und ergab ein Verhältnis von 71.5% BS zu 28.5% BL. Darauf beruhte auch das Quorum für wichtige Entscheide der Generalversammlung, welches bei 75% festgelegt wurde.

Die Ertragswertmethode bewertet ergänzend zur Substanzmethode die Zukunftsaussichten eines Unternehmens basierend auf dessen nachvollziehbaren Businessplänen.

Die beiden Spitäler erhielten deshalb den Auftrag, im Herbst 2017 die Unternehmensbewertung für das USB und KSBL nach der Substanzwert- und Ertragswert- (DCF)-Methode⁵, basierend auf den Jahresabschlüssen 2016 sowie aktualisierten spitalspezifischen („Stand-alone“) Businessplänen, zu aktualisieren und zu vertiefen sowie eine Prüfung durch externe Experten durchführen zu lassen. Gestützt darauf sollen zum Zeitpunkt der geplanten Unterzeichnung des Staatsvertrages gesicherte Annahmen über die Unternehmenswerte und die Beteiligungsverhältnisse vorliegen bzw. Bewertungsrisiken minimiert werden.

⁵ DCF = Discounted Cash-Flow. Die Methodik basiert auf den im Rahmen einer Unternehmensplanung ermittelten zukünftigen Zahlungsüberschüssen (Cashflow) und diskontieren diese mit Hilfe von Kapitalkosten auf den Bewertungsstichtag.

Die **Bewertungen** durch die beiden externen Experten ergaben folgendes Bild:

	KSBL	USB
Substanzwert bereinigt gemäss EY Anteile aufgrund Substanzwert	246.0 Mio. 30.6%	558.9 Mio. 69.4%
DCF-Werte gemäss EY Anteile aufgrund DCF-Werte EY	282.8 Mio. 29.3%	681.1 Mio. 70.7%
DCF-Werte KPMG Anteile aufgrund DCF-Werte KPMG	428.8 Mio. 34.6%	810.8 Mio. 65.4%

Während KPMG die beiden Businesspläne für die DCF-Bewertung aufgrund einer systematischen und differenzierten Analyse der einzelnen Annahmen mit einer über alle geprüften Aspekte summierten Risikoprämie von 2,1 % (USB) bzw. 1,3 % (KSBL) korrigierte, wurden die Ergebnisse von EY durch die beiden Spitäler als für diesen Zweck zu wenig differenziert beurteilt, weswegen im Weiteren nur auf die Ergebnisse von KPMG abgestellt wurde.

Das Obligationenrecht OR (Art. 704) kennt die Forderung der Zweidrittelmehrheit bei wichtigen Beschlüssen der Generalversammlung einer Aktiengesellschaft. Wie eingangs erwähnt, wollen die beiden Parteien wichtige Entscheidungen im Staatsvertrag zur Universitätsspital Nordwest AG so regeln, dass sie nur bei Einigkeit der beiden Parteien zustande kommen. Da die Expertenbewertungen in der Nähe von einem Drittel zu zwei Dritteln liegen, ist zum Zeitpunkt der Betriebsaufnahme der Universitätsspital Nordwest AG ein **Beteiligungsverhältnis BL mindestens 33,4% und BS höchstens 66,6%** vorgesehen.

Damit beträgt die Lücke vom bereinigten Substanzwert des KSBL in der Höhe von 30.6% zum angestrebten Beteiligungsverhältnis von mindestens 33.4% für BL exakt 2.84%-Punkte. Bezogen auf den bereinigten Substanzwert der Spitalgruppe von 804.9 Mio. Franken beträgt die Lücke 22.8 Mio. Franken. BL und BS haben in § 5 Abs. 2 des Staatsvertrages vereinbart, dass BL BS umgehend nach erfolgter Fusion eine Einkaufssumme von 11.4 Mio. Franken zahlt. Dies entspricht der Hälfte der Lücke zum Mindestanteil von BL von 33.4% an der Spitalgruppe. Die andere Hälfte der Lücke wird BL aufgrund des Ergebnisses der DCF-Bewertung von KPMG angerechnet, welche für BL bzw. das KSBL einen Maximalanteil von 34.6% ergab.

Daraus ergeben sich folgende Anteile am Eigenkapital der Spitalgruppe unter Berücksichtigung des Ziel-Beteiligungsverhältnisses:

Position (in Mio. Fr.)	BL	BS	Total
Bereinigter Substanzwert	246.0	558.9	804.9
Einkauf BL bei BS	11.4	-11.4	
Differenz zu Substanzwert aufgrund Anrechnung DCF	11.4	-11.4	
Anteile Kantone an Eigenkapital Spitalgruppe	268.8	536.1	804.9
Beteiligungsverhältnis bei Vollzug Fusion	33.4%	66.6%	100.0%

In den drei Geschäftsjahren 2017 – 2019 bis zum Start der Universitätsspital Nordwest AG können grössere finanzwirksame Veränderungen bei den Spitälern nicht ausgeschlossen werden, welche eine Anpassung des Beteiligungsverhältnisses erfordern würden. Solche grösseren Veränderungen liegen vor, wenn definierte Bandbreiten über- oder unterschritten werden und Korrekturmassnahmen eingeleitet werden müssten. Es ist deshalb ein Korrekturmechanismus vorgesehen, der den Kanton BL verpflichtet, eine Ausgleichszahlung an die Universitätsspital Nordwest AG vorzunehmen, sollte der Substanzwert des KSBL zum Zeitpunkt der Fusion unter einen festgelegten Mindestwert (CHF 237 Mio.) fallen. Im umgekehrten Fall, dass der

Substanzwert des USB einen festgelegten Mindestwert (CHF 538.5 Mio.) unterschreitet, würde BS keine Ausgleichszahlung vornehmen, sondern der Anteil von BS an der Universitätsspital Nordwest AG würde sich über den tieferen Substanzwert entsprechend verkleinern bzw. jener von BL vergrössern.

Der Kanton Basel-Stadt behält sich vor, das im Vergleich zum definierten Minimalwert überschüssende Eigenkapital des USB über entsprechende Massnahmen (Umwandlung von Eigenkapital des USB in Fremdkapital, Entnahme Gewinnreserve/Gewinn) auszugleichen.

Ein gemeinsames Verständnis herrscht in den beiden Spitälern und bei den Eigentümern darüber, dass die Übergangszeit nicht für Massnahmen genutzt werden soll, die kurzfristig zu einer höheren Bewertung führen, aber mittel- bzw. langfristig dem eigenen Betrieb schaden. Hierzu schliessen die beiden Spitäler eine Vereinbarung ab, mit der gewisse Indikatoren (EBITDA, Investitionen, Vollzeitstellen) bis zur Inbetriebnahme per 1. Januar 2020 beobachtet und gesteuert werden und informieren über deren Entwicklung sowie allfällig ergriffene Massnahmen jeweils die beiden Eigner.

4.8 Neuer GAV, Harmonisierung Anstellungsverhältnisse und Vorsorgeplan

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung:

- Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer spricht sich für die vorgeschlagene Lösung betreffend die Anstellungsbedingungen aus.
- Von mehreren Seiten wurde eine Pflicht zum Abschluss eines Gesamtarbeitsvertrags (GAV) gefordert, teils wurden privatrechtliche, teils öffentlich-rechtliche Anstellungsbedingungen gefordert.
- Auch mit der vorgeschlagenen Lösung zur Trägerschaft der Pensionskasse (PK) ist die Mehrheit einverstanden. Einzelne Parteien sprechen sich für eine eigene Pensionskasse aus. Eine Partei ist der Meinung, dass der Anschluss an eine PK nicht auf Ebene des Staatsvertrags geregelt werden sollte, einer anderen Partei reichen die derzeitigen Informationen nicht aus, um Position zu beziehen.
- Eine Partei war der Meinung, dass BS bei einer Teilliquidation das Kostenrisiko für BL übernimmt, da der Kostenteiler über den Kapitalanteil laufe.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Betreffend GAV-Abschlusspflicht: Im Staatsvertrag wurde neu eine GAV-Pflicht aufgenommen. Bereits heute besteht im USB wie auch im KSBL ein GAV. Die beiden Regierungen bringen damit ihre Zuversicht zum Ausdruck, dass die Sozialpartner sich auch weiterhin in diesem Sinne einigen werden. Ferner wurde präzisiert, dass die Anstellungsbedingungen vor der Fusion weitergelten, solange kein GAV zustande kommt.

Betreffend Kostenteiler im Falle einer Liquidation: Beide Kantone müssten für den sehr unwahrscheinlichen Fall einer Teilliquidation jeweils die Kosten im Umfang des von „ihrem“ Spital eingebrachten Vorsorgekapitals übernehmen. Es besteht also keine Gefahr einer Quersubventionierung durch den einen oder anderen Kanton.

Pensionskasse: Die vorgeschlagene Pensionskassenlösung wird mehrheitlich begrüsst. Es wurden mehrere Varianten geprüft, unter anderem eine eigene PK. Diese Lösung käme jedoch wesentlich teurer als die vorgeschlagene Variante. Zudem muss die PK-Regelung im Staatsvertrag geregelt werden, da Abweichungen vom Pensionskassengesetz des Kantons Basel-Stadt vorgesehen werden.

4.9 Weitere Bemerkungen

Es sind folgende weitere **Rückmeldungen aus der Vernehmlassung** eingegangen:

4.9.1 Eigentümerstrategie:

Einzelne Parteien in Basel-Stadt sind der Meinung, dass der Grosse Rat – analog wie der Landrat gemäss Gesetz zu Public Corporate Governance – die Möglichkeit haben sollte, die Eigentümerstrategie mit 2/3-Mehrheit zurückzuweisen.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Dies wurde so in den Staatsvertrag – und zwar explizit für beide Parlamente – aufgenommen.

4.9.2 Verwaltungsrat:

Einige Parteien sind der Meinung, dass die Verwaltungsratsmitglieder durch die Parlamente zu wählen bzw. bestätigen sind. Weitere fordern, dass eine Vertretung der Patienten / Arbeitnehmer im VR vertreten sein sollte.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Es ist vorgesehen, im Verwaltungsrat sämtliche branchenspezifisch und unternehmerisch erforderlichen Kompetenzen abzudecken. Eine Wahl oder Bestätigung der VR-Mitglieder durch die beiden Parlamente entspricht weder der heutigen Praxis noch einer zeitgemässen Public Corporate Governance und würde aus Sicht der beiden Regierungen zu einer unzweckmässigen Verfälschung der klaren Rollenteilung zwischen Oberaufsicht (Parlament) und Aufsicht (Regierung) führen. Diese Anliegen wurden deshalb nicht aufgenommen.

4.9.3 Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) am Standort Bruderholz:

Hierzu wurden aus Basel-Stadt skeptische resp. teils ablehnende Voten abgegeben.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Weiter oben wurde der Beitrag der TOP zur Erreichung diverser Synergien aufgezeigt (*Zentral für die Realisierung der Synergien – insbesondere jener aus dem Kerngeschäft, welche knapp 60 Mio. Franken ausmachen - ist in grossem Masse die **Transformation des Standorts Bruderholz**.*).

Am Standort Bruderholz steht das Konzept der TOP im Vordergrund: Die beiden Spitäler haben in ihrem Grundlagenbericht festgehalten, dass mit dieser innovativen Ausrichtung des Standorts Bruderholz dem internationalen und neuerdings auch nationalen Trend der Verlagerung von Leistungen des stationären in den ambulanten Bereich optimal Rechnung getragen wird (Kapitel 3.4.3): *„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.“

Die beiden Regierungen teilen diese Einschätzung und stehen hinter dem Modell eines TOP.

4.9.4 Rollentrennung:

Thematisiert wurde der potentielle Interessenkonflikt der Kantone in ihren Rollen als Eigner und Regulator und das Risiko von Eigeninteressen getriebener Entscheide. Einige Parteien fordern eine Entflechtung der Aufgaben der Kantone.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Bedenken betreffend die potentielle Vermischung der Rollen kann effektiv nur durch einen Verkauf der Beteiligung vollumfänglich Rechnung getragen werden. Dies erachten beide Regierungen als keinen in der Bevölkerung mehrheitsfähigen Weg.

Die Möglichkeit eines Rollenkonflikts innerhalb der zuständigen Departemente/Direktionen wird jedoch bereits heute durch verschiedene Sachverhalte / Massnahmen entschärft bzw. verhindert:

- Wichtige Entscheide sowohl bezüglich Leistungsbestellung (Gemeinwirtschaftliche Leistungen, GWL) als auch bezüglich Eignerthemen werden jeweils vom Gesamtregierungsrat oder vom Grossen Rat / Landrat getroffen;
- Die Geschäfte des Regulatoren auf der Basis des schweizerischen Krankenversicherungs- und/oder des kantonalen Gesundheitsgesetzes (Leistungsaufträge, GWL) werden durch das Finanzdepartement bzw. die Finanzdirektion jeweils vorgeprüft oder in BS durch das Amt für Sozialbeiträge des Departements für Wirtschaft, Soziales und Umwelt;
- Entscheidungen zu Spitalisten und Tarifen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) werden jeweils durch die Regierung gefällt und müssen aufgrund bestehender Rekursmöglichkeiten sowohl von Krankenversicherungen wie auch der betroffenen öffentlichen oder privaten Spitäler den Anforderungen/Kriterien des KVG entsprechen und somit justiziabel sein;
- Die Eignerstrategie wird jeweils durch die Regierung verabschiedet und soll neu durch die beiden Parlamente mit einer 2/3-Mehrheit zurückgewiesen werden können;
- Bei den Eigergesprächen mit allen Spitalern sind in BL wie in BS regelmässig auch Vertreter der Finanzdirektion bzw. des Finanzdepartements anwesend.

Gemäss diesen Ausführungen sind beide Regierungen der Ansicht, dass der Good Governance in zweckmässiger Form Rechnung getragen wird.

4.9.5 Oberaufsicht:

Mehrere Parteien fordern im Rahmen einer Oberaufsicht der Parlamente eine Interkantonale Geschäftsprüfungskommission (IGPK).

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Die Forderung wurde in den Staatsvertrag aufgenommen.

4.9.6 Datenschutz und Zugang zu Information:

Es wurde von Seiten der Datenschutzbeauftragten angeregt, in zwei neuen Paragraphen einerseits das anwendbare Datenschutzrecht sowie die datenschutzrechtliche Aufsicht, andererseits den Umgang mit Gesuchen um Zugang von Informationen aufzunehmen.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL:

Diesem Anliegen wurde mit einem neuen § 15 im Staatsvertrag Rechnung getragen.

5. Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt sind dem gemeinsamen Bericht der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Universitätsspital Nordwest AG der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zu entnehmen (siehe dazu Kapitel 6.1).

Im Resultat lassen sich die Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt wie folgt zusammenfassen:

Bilanz:

- Die Werthaltigkeit des bisherigen Buchwertes des USB von 489.2 Mio. Franken in der Staatsbilanz ist gewährleistet;
- Durch die Stärkung der Selbstfinanzierungskraft der neuen Spitalgruppe auf die in der Spitallandschaft anerkannte EBITDA-Marge von rund 10% wird auch die Kapitalmarktfähigkeit (zur Aufnahme von zusätzlichem Fremdkapital zur Finanzierung von Investitionen) gewährleistet. Dadurch wird auch die zukünftige Werthaltigkeit der entsprechenden Beteiligungsposition des Kantons BS an der Spitalgruppe sichergestellt bzw. die entsprechenden Eignerrisiken reduziert;
- Der Kauf von Anteilen am Aktienkapital der Spitalgruppe durch BL von BS im Wert von 11.4 Mio. Franken zum Zeitpunkt der Fusion gemäss § 5 Abs. 2 Staatsvertrag führt zu einem Zugang an flüssigen Mitteln;
- BS behält sich vor, das im Vergleich zum definierten Minimalwert überschliessende Eigenkapital des USB über entsprechende Massnahmen (Umwandlung von Eigenkapital des USB in Fremdkapital [Darlehen], Entnahme Gewinnreserve/Gewinn) auszugleichen. Dies stellt grundsätzlich einen Aktivtausch in der Bilanz des Kantons dar, eine Rückzahlung des Darlehens oder die Auszahlung von Gewinnreserven/Gewinn führt zu einem Mittelzufluss. Je nach den Darlehenskonditionen ergeben sich zusätzlich Zinseinnahmen in der Erfolgsrechnung und entsprechende periodische Mittelzuflüsse.

Werte in Staatsbilanzen (Stammhaus)	BS	BL
<i>(Geldwerte in Mio. Fr.)</i>	2016	2016
(1) Buchwerte für USB und KSBL bisher (Dotationskapital)	489.2	86.0
(2) Umgliederungen und Umbewertungen BL *	---	+152.9 +23.0
(3) Bereinigte Buchwerte bisher (Dotationskapital) **	489.2	261.9
(4) Werte Eigenkapital USB (Stammhaus) und KSBL für BS und BL gemäss Jahresabschluss Spitäler bisher**	543.3	252.8
(5) Buchwerte am Anteil an der Spitalgruppe (Anschaffungswert) ***	537.7	269.7
(6) Werte Anteil am Eigenkapital Spitalgruppe nach Zusammenschluss	537.7	269.7
(5-3) Differenz Buchwerte neu zu bisher	+48.5	+7.8
(6-4) Differenz Anteile Eigenkapitalwert neu zu bisher	-5.6	+16.9

(7) Einkaufszahlung BL an BS gemäss § 5 Abs. 2 Staatsvertrag	11.4	-11.4
(8) Gesamteffekt	+5.8	+5.5

Anmerkungen:

* BL unter Annahme Umwandlung bzw. Umgliederung Darlehen im Betrag von 152.9 Mio. Franken an KSBL zu Sachanlagen Beteiligungen sowie Rückgängigmachung von Wertberichtigung im Betrag von 23 Mio. Franken aufgrund der Bildung einer PK-Rückstellung im Betrag von 45.7 Mio. Franken durch das KSBL, welche aufgrund des Übergangs in das System der Teilkapitalisierung bei der Pensionskasse nicht mehr erforderlich ist.

** Die Differenz (4-3) entspricht bei BS den kumulierten Gewinnvorträgen des USB (54.1 Mio. Franken), bei BL der Summe aus den Fonds (6.8 Mio. Franken), der Neubewertungsreserve (4.1 Mio. Franken) und den kumulierten Verlustvorträgen (-20 Mio. Franken).

*** Gegenwert für Anteil am Aktienkapital und der allgemeinen gesetzlichen Reserve gemäss Beteiligungsverhältnis in der Zusammenführungsbilanz.

Erfolgsrechnung:

- Die stationären Spitalkosten werden für den Kanton Basel-Stadt gedämpft. In einer Gesamtsystembetrachtung unter Berücksichtigung von Patientenstromverschiebungen von und zu anderen Spitälern auch ausserhalb der Spitalgruppe werden die Einsparungen für den Kanton BS auf jährlich rund 3.5 Mio. Franken ab dem Jahr 2026 geschätzt, in dem die Umsetzung der Spitalgruppenbildung voraussichtlich abgeschlossen sein wird;
- Im Rahmen der angestrebten paritätischen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung kann für BS mit einer Entlastung von rund 3.5 Mio. Franken gerechnet werden. Noch nicht berücksichtigt ist hierbei das Inkrafttreten bzw. die Auswirkungen der Interkantonalen Weiterbildungsfinanzierungs-Vereinbarung (WFV).

Auswirkungen auf Erfolgsrechnung (in Mio. Fr.) *	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026ff.
Kosten stationäre Spitalbehandlungen							-3.5
GWL	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5
Total	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5	-3.5	-7.0

* - = Entlastung / + = Belastung

Fazit:

Aus Sicht der Spitäler wie auch der Eigner ist der Zusammenschluss von USB und KSBL aus betrieblicher und finanzieller Hinsicht sinnvoll und notwendig. Nur durch die Bildung einer Spitalgruppe können finanzielle Synergien und die notwendige Stärkung der Selbstfinanzierungs- und damit auch der Investitionskraft der Spitalgruppe langfristig sichergestellt werden.

6. Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt

Neben dem neu zu erlassenden Regelwerk für die Spitalgruppe muss im Kanton Basel-Stadt das Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011 (SG 331.100) angepasst werden, indem das Universitätsspital Basel (USB) aus dem Geltungsbereich des § 1 ÖSpG gestrichen wird.

Nicht angetastet werden muss für die Gründung der Universitätsspital Nordwest AG demgegenüber das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011 (SG 300.100). Dieses regelt nämlich unter Vorbehalt des höherrangigen Rechts ganz allgemein das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt, und nicht die Organisation der öffentlichen Spitäler.

7. Anzug Lorenz Nägelin für ein zukunftsweisendes Spitalkonzept betreffend Universitätsspital beider Basel

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 14. November 2012 den nachstehenden Anzug Lorenz Nägelin dem Regierungsrat zur Stellungnahme überwiesen:

„Das schweizerische Gesundheitssystem ist in stetem Wandel. Deshalb sollen vermehrt regionale und überregionale Strategien zum Zug kommen.

Mit der Einführung von DRG und vermehrter ambulanter Behandlung hat Konkurrenzdruck zwischen den Spitälern zugenommen. Heute besteht in unserer Region eine Bettenüberkapazität, die rund einen Drittel beträgt.

26 kantonale Gesundheitssysteme sind nicht zukunftsweisend. Zunehmend stehen die Regionen in einem harten Wettbewerbskampf. Dies geht letztendlich eindeutig zu Lasten der Versicherten.

Um der Konkurrenz gewachsen zu sein, der hiesigen Bevölkerung weiterhin ein breites Spektrum an hervorragender Medizin anzubieten, braucht es eine starke und breit abgestützte regionale Trägerschaft des Universitätsspitals.

Nur mit einem sinnvollen medizinischen Angebot, (dazu gehören die nötigen Fallzahlen) und dem Abbau von Doppelspurigkeiten, lässt sich hochqualifizierte Medizin erhalten und die Versorgung von Patienten auch diejenigen mit komplexeren Diagnosen mit hoher Kompetenz in der Region gewährleisten - und dies vermehrt zum Tarif von vertretbaren Kosten.

Ein starkes Universitätsspital - mit Ausstrahlung über die regionalen Grenzen hinaus - bedeutet auch zahlreiche hochqualifizierte Arbeitsplätze im Gesundheitswesen. Ein Paradebeispiel einer schweizweit einmaligen kantonsübergreifenden partnerschaftlichen Zusammenarbeit, ist das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB). Durch die gemeinsame Trägerschaft und die Konzentration an einem Standort in der Nähe des USB, der Universität, dem Biozentrum etc., entstanden Synergien, Überkapazitäten werden abgebaut, Kosten eingespart und für die kleinen Patienten wurde die Qualität erheblich gesteigert. Das UKBB genießt bei der Bevölkerung der ganzen Region grosses Vertrauen und hohe Akzeptanz.

Eine gemeinsame Trägerschaft für das Universitätsspital Basel würde auch bedeuten, gemeinsam Verantwortung zu tragen, die Bedürfnisse des eigenen Kantons und deren Bevölkerung einfließen zu lassen. Es bietet ebenfalls die Chance, in einem späteren Zeitpunkt zu prüfen, ob die nebeneinanderliegenden Spitäler USB und UKBB gemeinsam geführt werden könnten, um weitere Synergien zu nutzen, resp. Doppelspurigkeiten abzubauen.

Aufgrund dessen bitten die Unterzeichnenden den Regierungsrat eine gemeinsame Trägerschaft für ein Universitätsspital beider Basel zu prüfen.

Ein gleichlautender Vorstoss wird im Kanton Basel-Landschaft eingereicht.

Lorenz Nägelin“

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 8. Februar 2017 vom Schreiben 12.5232.03 Kenntnis genommen und – dem Antrag des Regierungsrates folgend – den Anzug Lorenz Nägelin stehen lassen.

Wir berichten zu diesem Anzug erneut wie folgt:

Im Anzug Lorenz Nägelin für ein zukunftsweisendes Spitalkonzept betreffend Universitätsspital beider Basel wurde der Regierungsrat gebeten, eine gemeinsame Trägerschaft für ein Universitätsspital beider Basel zu prüfen. Seit den bereits erfolgten Berichterstattungen an den Grossen Rat konnte zwischenzeitlich die Prüfung der Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung wie auch im Bereich der Zusammenarbeit des Universitätsspitals Basel (USB) und dem Kantonsspital Baselland (KSBL) vertieft und konkretisiert werden. Gemäss den nun vorliegenden Vorlagen an den Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt und den Landrat des Kantons Basel-Landschaft wollen die beiden Regierungen die Spitalplanung künftig gemeinsam nach einheitlichen und transparenten Kriterien vornehmen. Zudem wollen sie das USB und KSBL in eine gemeinsame Spitalgruppe zusammenführen.

Damit kann das Anliegen des Anzugs erfüllt werden, weshalb der Regierungsrat dem Grossen Rat die Abschreibung des Anzugs Lorenz Nägelin für ein zukunftsweisendes Spitalkonzept betreffend Universitätsspital beider Basel beantragt.

8. Formelle Prüfungen und Regulierungsfolgenabschätzung

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss § 8 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 14. März 2012 überprüft. Ebenso hat das Justiz- und Sicherheitsdepartement die Vorlage im Hinblick auf die Aufnahme in die Gesetzessammlung geprüft.

Mit der Regulierungsfolgeabschätzung sind die wirtschaftlichen Auswirkungen insbesondere mit Bezug auf die KMU-Betriebe aufzuzeigen. Bei der Zusammenführung des USB und des KSBL zu einer gemeinsamen Spitalgruppe ist keine erhebliche KMU-Relevanz erkennbar. Die Stärkung der Ertragskraft der Spitalgruppe kommt grundsätzlich auch deren Zulieferbetrieben zu Gute.

9. Antrag

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme des nachstehenden Beschlusstwurfes sowie die Abschreibung des Anzugs Lorenz Nägelin für ein zukunftsweisendes Spitalkonzept betreffend Universitätsspital beider Basel.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilagen

- Entwurf Grossratsbeschluss;
- Anhang I: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer/-innen;
- Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG;
- Gemeinsamer Bericht der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG;
- Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Basel-Landschaft vom 18. August 2017 mit Fortschrittsberichten per 31. Dezember 2017;
- Entwurf der Statuten der Universitätsspital Nordwest AG;
- Entwurf des Aktionärsbindungsvertrags (ABV) zur Universitätsspital Nordwest AG;
- Entwurf Eigentümerstrategie für die Universitätsspital Nordwest AG.

Grossratsbeschluss

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG

(vom [Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsichtnahme in den Ratschlag des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] und nach dem mündlichen Antrag der [Kommission eingeben] vom [Datum eingeben], beschliesst:

1. Der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG vom 6. Februar 2018 wird genehmigt.
2. Das Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011 (SG 331.100) wird wie folgt geändert:

§ 1. (geändert)

¹ Dieses Gesetz regelt die Rechtsstellung, die Organisation und die Aufgaben der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und des Felix Platter-Spitals (öffentliche Spitäler).

3. Dieser Beschluss gilt unter dem Vorbehalt, dass der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG rechtskräftig zu Stande kommt, sowie unter dem Vorbehalt, dass der Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 im Kanton Basel-Landschaft rechtskräftig zu Stande kommt.
4. Der Regierungsrat wird ermächtigt, eine allfällige Umwandlung des Dotationskapitals des USB bis zur Erreichung des minimalen Substanzwertes von Fr. 538,5 Mio. gemäss § 5 Abs. 4 des Staatsvertrags in ein Darlehen im Finanzvermögen vorzunehmen.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Ziffer 1 dieses Beschlusses wird dem obligatorischen Referendum gemäss § 51 Abs. 2 der Kantonsverfassung des Kantons Basel-Stadt unterstellt, Ziffer 2 dieses Beschlusses untersteht dem fakultativen Referendum.

Der Regierungsrat legt nach Eintritt der Rechtskraft des Grossratsbeschlusses des Kantons Basel-Stadt und nach Eintritt der Rechtskraft des Genehmigungsbeschlusses durch den Landrat des Kantons Basel-Landschaft den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt fest.

ANHANG I: Liste der Institutionen, die sich zur Spitalgruppe haben vernehmen lassen

Kantone und öffentliche Stellen:

- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Service de la santé publique – République et Canton du Jura
- Finanzdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Finanzkontrolle des Kantons Basel-Stadt
- Datenschutzbeauftragter des Kantons Basel-Stadt
- Aufsichtsstelle Datenschutz Basel-Landschaft
- Gemeinde Riehen
- Gemeinden des Kantons Basel-Landschaft (Arboldswil, Bennwil, Ettingen, Hölstein, Känerkinden, Läufelfingen, Lausen, Muttenz, Nenzlingen, Ormalingen, Waldenburg)
- Laufentaler Gemeindepräsidentenkonferenz
- Region Leimental Plus

Parteien:

- Sozialdemokratische Partei Basel-Stadt (SP BS)
- Sozialdemokratische Partei Basel-Landschaft (SP BL)
- Christlichdemokratische Volkspartei Basel-Stadt (CVP BS)
- Christlichdemokratische Volkspartei Baselland (CVP BL)
- FDP.Die Liberalen Basel-Stadt (FDP BS)
- FDP.Die Liberalen Baselland (FDP BL)
- Gemeinsame Stellungnahme der Grünliberalen Parteien Basel-Stadt und Basel-Landschaft (GLP BS und BL)
- Schweizerische Volkspartei Basel-Stadt (SVP BS)
- Schweizerische Volkspartei Baselland (SVP BL)
- Evangelische Volkspartei Basel-Stadt (EVP BS)
- Evangelische Volkspartei Basel-Landschaft (EVP BL)
- Bürgerlich-Demokratische Partei Basel-Stadt (BDP BS)
- Grüne Basel-Stadt
- Grüne Baselland
- Liberal-Demokratische Partei Basel-Stadt (LDP BS)
- BastA! Basels starke Alternative

Verbände, Interessensorganisationen und Weitere:

- Vereinigung für eine starke Region Basel / Nordwestschweiz
- Gemeinsame Stellungnahme der Basler Privatspitäler-Vereinigung und des Basellandschaftlichen Verbands der Privatkliniken
- VNS Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
- Santésuisse
- Curafutura
- Sympany
- Verein Gesundheit für alle
- Graue Panther Nordwestschweiz
- Gewerkschaftsbund Baselland (GBBL) / Basler Gewerkschaftsbund (BGB)
- VPOD Region Basel
- SBK Sektion beider Basel
- Patientenstelle Basel

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

- Ärztesgesellschaft Basel-Landschaft (AeG BL) und Medizinische Gesellschaft Basel (Medges)
- FMH
- Universitätsspital Basel
- Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
- Personalvertretung KSBL
- Personalkommission USB
- Handelskammer beider Basel (HKBB)
- Interpharma

Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG)

Änderung vom [Datum]

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt,

nach Einsichtnahme in den Ratschlag des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] sowie in den Bericht der [Kommission eingeben] [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben],

beschliesst:

I.

Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011¹⁾ (Stand 1. Januar 2012) wird wie folgt geändert:

§ 1 Abs. 1 (geändert)

¹⁾ Dieses Gesetz regelt die Rechtsstellung, die Organisation und die Aufgaben der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und des Felix Platter-Spitals (öffentliche Spitäler).

II. Änderung anderer Erlasse

Keine Änderung anderer Erlasse.

III. Aufhebung anderer Erlasse

Keine Aufhebung anderer Erlasse.

IV. Schlussbestimmung

Diese Änderung ist zu publizieren; sie unterliegt dem Referendum und steht unter dem Vorbehalt, dass der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG rechtsgültig zustande kommt. Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

[Behörde]

[Funktion 1]

[NAME 1]

[Funktion 2]

[NAME 2]



¹⁾ SG 331.100

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG

Vom 6. Februar 2018

Die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft schliessen,

gestützt auf § 3 sowie § 27 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005¹⁾ und § 64 Abs. 1 lit. a sowie Abs. 2, § 80 Abs. 3, § 110 Abs. 3 und § 111 Abs. 2 und 4 der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. Mai 1984²⁾,

folgenden Vertrag:

I.

§ 1 Gegenstand

¹ Dieser Staatsvertrag regelt die Errichtung sowie weitere Grundsätze, insbesondere die Beteiligungsstruktur der Universitätsspital Nordwest AG und die Aktionärsrechte der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

² Alle Rechte und Pflichten sowie Aktiven und Passiven des Universitätsspitals Basel (USB) und des Kantonsspitals Basel-Land (KSBL) werden in die Universitätsspital Nordwest AG überführt.

§ 2 Name, Rechtsnatur, Sitz und Steuerbefreiung

¹ Unter dem Namen Universitätsspital Nordwest AG wird eine Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck gemäss Art. 620 ff. des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911³⁾ mit Sitz in Basel errichtet.

² Sie ist als Aktiengesellschaft in Übereinstimmung mit § 66 lit. f des Gesetzes über die direkten Steuern (Steuergesetz) vom 12. April 2000⁴⁾ des Kantons Basel-Stadt und Art. 56 lit. g des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer (DBG) vom 14. Dezember 1990⁵⁾ von der Gewinn- und Kapitalsteuer befreit.

§ 3 Zweck

¹ Die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (nachfolgend: «Regierungen») legen in den Gründungsstatuten folgenden Hauptzweck der Universitätsspital Nordwest AG fest:

- a. Sie erbringt medizinische Dienstleistungen und dient der kantonalen, regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung, insbesondere im Rahmen der Leistungsaufträge gemäss Sozialversicherungsrecht.
- b. Sie leistet einen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten. Dabei gewährleistet sie die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringenden, um einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung zu erreichen.
- c. Sie trägt im Rahmen einer Partnerschaft mit der Universität Basel sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Hochschulen und geeigneten weiteren Partnerinstitutionen aus Wissenschaft und Industrie zur Ausbildung von universitären und nichtuniversitären Berufen, Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin bei.
- d. Sie erbringt im Rahmen von Leistungsaufträgen gemeinwirtschaftliche Leistungen, die ihr durch die auftraggebenden Kantone angemessen zu vergüten sind.
- e. Sie wirtschaftet nach unternehmerischen Gesichtspunkten auf eigene Rechnung.

² Das medizinische Angebot an den verschiedenen Spitalstandorten soll sich entlang des Bedarfs der Bevölkerung entwickeln. Es soll wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden. Allfällige Kosten für regionalpolitisch begründete medizinische Angebote an einzelnen Standorten sind durch den jeweiligen Standortkanton abzugelten

§ 4 Gründung und Übertragung der bestehenden Spitalbetriebe

¹ Die Durchführung der Gründung der Universitätsspital Nordwest AG obliegt den Regierungen. Nach der Gründung übernimmt die Universitätsspital Nordwest AG, basierend auf den Genehmigungsbeschlüssen der Regierungen, im Rahmen einer Fusion das USB und das KSBL mit sämtlichen Aktiven und Passiven.

² Die Statuten der Universitätsspital Nordwest AG bei Gründung und Fusion werden durch gleichlautende Beschlüsse der Regierungen genehmigt.

¹⁾ SG 111.100

²⁾ GS 29.278, SGS 100

³⁾ SR 220.

⁴⁾ SG 640.100

⁵⁾ SR 642.11

³ Die Regierungen bezeichnen sowohl die Mitglieder als auch die Präsidentin oder den Präsidenten des ersten Verwaltungsrats durch gleichlautende Beschlüsse. Im Zeitpunkt der Fusion umfasst der Verwaltungsrat sieben bis neun Mitglieder. Diese sollen wirtschaftliche Zusammenhänge verstehen, unternehmerisch denken und über spezifische Kenntnisse des Gesundheitswesens oder andere für die Universitätsspital Nordwest AG wichtige Kompetenzen verfügen.

⁴ Die Regierungen bezeichnen die erste Revisionsstelle.

⁵ Im Hinblick auf die Fusion erstellen die Verwaltungsräte von USB und KSBL den Fusionsvertrag sowie den Fusionsbericht, welcher über die Überführung der Aktiven und Passiven von USB und KSBL Rechenschaft abgibt. Der Fusionsvertrag und der Fusionsbericht sind durch eine zugelassene Revisionsexpertin oder einen zugelassenen Revisionsexperten zu prüfen.

§ 5 Beteiligung der Kantone

¹ Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft halten als Trägerkantone zum Zeitpunkt der Fusion das gesamte Aktienkapital an der Universitätsspital Nordwest AG im Verhältnis von höchstens 66,6% (Kanton Basel-Stadt) zu mindestens 33,4% (Kanton Basel-Landschaft).

² Der Kanton Basel-Landschaft zahlt dem Kanton Basel-Stadt hierfür umgehend nach erfolgter Fusion eine Einkaufssumme von 11,4 Millionen Franken.

³ Unterschreitet der Substanzwert des KSBL zum Zeitpunkt der Fusion 237 Millionen Franken, hat der Kanton Basel-Landschaft die Differenz durch Bareinlage in die Universitätsspital Nordwest AG auszugleichen.

⁴ Unterschreitet der Substanzwert des USB zum Zeitpunkt der Fusion 538,5 Millionen Franken, erhält der Kanton Basel-Stadt einen verhältnismässig kleineren Anteil am Aktienkapital der Universitätsspital Nordwest AG.

⁵ Einzelheiten werden im Aktionärsbindungsvertrag geregelt.

⁶ Zu jedem Zeitpunkt nach der Fusion müssen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft mindestens zwei Drittel der Stimmen und des Kapitals an der Universitätsspital Nordwest AG halten.

§ 6 Aktionärsrechte der Kantone

¹ Die Regierungen üben alle den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zustehenden Aktionärsrechte aus.

² Wichtige Beschlüsse gemäss Statuten werden mit mindestens zwei Dritteln der vertretenen Stimmen und der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte gefasst.

³ Alle übrigen Beschlüsse der Generalversammlung werden mit der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktienstimmen gefasst.

⁴ Die Regierungen werden ermächtigt, einen Aktionärsbindungsvertrag abzuschliessen.

§ 7 Beteiligungsstruktur und Veräusserung von Aktien

¹ Unter Vorbehalt von § 5 Abs. 6 können sich weitere öffentlich-rechtliche Körperschaften, von ihnen beherrschte Dritte oder Dritte mit gemeinnütziger Ausrichtung an der Universitätsspital Nordwest AG beteiligen.

² Beide Kantone haben ein gegenseitiges Vorkaufsrecht an ihren jeweiligen Anteilen an der Universitätsspital Nordwest AG.

³ Der Kanton Basel-Landschaft hat gegenüber dem Kanton Basel-Stadt ein Kaufrecht zu einem angemessenen Preis an denjenigen Anteilen des Kantons Basel-Stadt an der Universitätsspital Nordwest AG, welche die Hälfte des Aktienkapitals übersteigen. Der Kanton Basel-Landschaft kann dieses Recht in einem oder mehreren Schritten ausüben.

§ 8 Eigentümerstrategie

¹ Die Regierungen legen durch gleichlautende Beschlüsse die gemeinsame Eigentümerstrategie für die Universitätsspital Nordwest AG fest und veröffentlichen diese nach Massgabe der jeweils geltenden kantonalen rechtlichen Grundlagen.

² Die gesetzgebenden Behörden der Kantone Basel-Stadt (Grosser Rat) und Basel-Landschaft (Landrat) können mit je einer Zweidrittelmehrheit die Eigentümerstrategie an die Regierungen zurückweisen.

§ 9 Informationspflicht

¹ Die Regierungen geben den gesetzgebenden Behörden Kenntnis über den Geschäftsbericht der Universitätsspital Nordwest AG mit Lagebericht, Konzernrechnung und Jahresrechnung.

² Die Regierungen geben den Oberaufsichtsorganen der gesetzgebenden Behörden Auskunft über die Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten als Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG.

§ 10 Interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission

¹ Die gesetzgebenden Behörden der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft setzen eine interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission IGPK ein.

² Die interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission ist gemeinsames Organ der Oberaufsicht der beiden Kantone.

³ Die gesetzgebende Behörde jedes Trägerkantons wählt für die Dauer der jeweiligen kantonalen Legislaturperiode je maximal fünf Parlamentsmitglieder in die interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission.

⁴ Die interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission konstituiert sich selbst.

⁵ Sie hat folgende Aufgaben und Kompetenzen:

- a. Sie prüft den Vollzug des Staatsvertrages durch die Regierungen und erstattet den gesetzgebenden Behörden der beiden Kantone Bericht.

- b. Sie nimmt den Geschäfts- und den Revisionsbericht der Universitätsspital Nordwest AG zur Kenntnis.
- c. Sie kann die Regierungen ersuchen, den gesetzgebenden Behörden der beiden Kantone Änderungen dieses Vertrages oder besondere oberaufsichtsrechtliche Massnahmen zu beantragen.

§ 11 Arbeitsverhältnisse

¹ Die Universitätsspital Nordwest AG schliesst mit dem Personal privatrechtliche Arbeitsverträge ab.

² Der Verwaltungsrat schliesst im Einvernehmen mit den massgebenden Personalverbänden einen Gesamtarbeitsvertrag ab.

³ Solange kein Gesamtarbeitsvertrag zustande kommt, gelten bis längstens ein Jahr nach der Fusion die jeweiligen bisherigen Anstellungsbedingungen weiter.

⁴ Vorbehalten bleiben die durch Drittmittel finanzierten Anstellungsverhältnisse sowie vom Verwaltungsrat für spezielle Fälle erlassene besondere Anstellungs-, Entlohnungs- und Arbeitsbedingungen zur Sicherstellung der Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt.

§ 12 Berufliche Vorsorge

¹ Mit der Aufnahme der operativen Tätigkeit der Universitätsspital Nordwest AG wird das Vorsorgewerk des USB bei der Pensionskasse des Kantons Basel-Stadt (PKBS) zum Vorsorgewerk für die Mitarbeitenden der Universitätsspital Nordwest AG. Die Höhe der Ausgangsdeckungsgrade ⁶⁾ bleibt unverändert.

² Das Vorsorgevermögen und die Verbindlichkeiten des Vorsorgewerks für die Mitarbeitenden des KSBL bei der Basellandschaftlichen Pensionskasse (BLPK) werden in das Vorsorgewerk des USB integriert.

³ Liegen im Zeitpunkt der Integration die Deckungsgrade für die Mitarbeitenden des USB und des KSBL, berechnet mit den im Zeitpunkt der Zusammenführung in der PKBS massgebenden versicherungstechnischen Grundlagen, um mehr als drei Prozentpunkte auseinander, leistet die Universitätsspital Nordwest AG eine Einlage, deren Höhe sich so bestimmt, dass per Stichtag, an dem die Fusion rechtswirksam wird, unter ihrer Anrechnung die Deckungsgraddifferenz drei Prozentpunkte entspricht. Diese Einlage ist nominal geschuldet, d.h. ohne Zinsen, und in zehn jährlichen, gleich bleibenden Raten zu amortisieren. Eine kürzere Amortisationsfrist ist zulässig.

⁴ Die Bindung der Verzinsung an den technischen Zinssatz gemäss § 5 Abs. 3 des Gesetzes betreffend die Pensionskasse Basel-Stadt (Pensionskassengesetz, PKG) vom 4. Juni 2014 ⁷⁾ wird wie folgt angepasst:

- a. Liegt der Deckungsgrad des Vorsorgewerks der Universitätsspital Nordwest AG über 83,5%, aber unter 100%, werden die ordentlichen Sparkapitalien mit dem um einen Prozentpunkt verminderten technischen Zinssatz verzinst, mindestens aber mit dem Mindestzinssatz gemäss Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 ⁸⁾, solange dieser unter dem technischen Zinssatz liegt.
- b. Liegt der Deckungsgrad über 100%, gelangen die Verzinsungsrichtlinien der PKBS für vollkapitalisierte Vorsorgewerke zur Anwendung.

⁵ Ebenso wird die Höhe der durch die Arbeitnehmenden und die Arbeitgeberin gemäss § 14 Abs. 3 PKG zu leistenden Stabilisierungsbeiträge wie folgt angepasst:

- a. Die Arbeitnehmenden leisten keine Stabilisierungsbeiträge.
- b. Die Arbeitgeberin leistet einen Stabilisierungsbeitrag von 2,0% der versicherten Lohnsumme bis der Deckungsgrad 100% überschritten hat, mindestens aber bis zum 31. Dezember 2024.
- c. Es werden keine Beiträge an einen Teuerungsfonds geleistet.

⁶ Für das Vorsorgewerk der Universitätsspital Nordwest AG besteht eine Staatsgarantie des Kantons Basel-Stadt gemäss Art. 72c BVG. Bezüglich Übergang in die Vollkapitalisierung und entsprechendem Wegfall der Staatsgarantie gelten die Bestimmungen von § 6 Abs. 2 PKG.

⁷ Der Kanton Basel-Landschaft beteiligt sich im Garantiefall gemäss Abs. 6 im Verhältnis der im Zeitpunkt der Integration für das KSBL massgebenden Vorsorgekapitalien und Rückstellungen des KSBL, berechnet mit den in der PKBS massgebenden versicherungstechnischen Grundlagen, zu den gesamten Vorsorgekapitalien und Rückstellungen des Vorsorgewerks der Universitätsspital Nordwest AG.

§ 13 Rechtsbeziehungen zu den Patientinnen und Patienten

¹ Die Rechtsbeziehungen zwischen der Universitätsspital Nordwest AG und den Patientinnen und Patienten richten sich nach dem öffentlichen Recht des Kantons Basel-Stadt.

² Der Verwaltungsrat regelt die erstinstanzliche Entscheidbefugnis der Organe und Organisationseinheiten.

³ Gegen Verfügungen gemäss Abs. 2 kann gemäss dem Gesetz betreffend die Organisation des Regierungsrates und der Verwaltung des Kantons Basel-Stadt (Organisationsgesetz, OG) vom 22. April 1976 ⁹⁾ beim Verwaltungsrat Rekurs erhoben werden.

⁴ Gegen Verfügungen des Verwaltungsrates kann gemäss dem Gesetz über die Verfassungs- und Verwaltungsrechtspflege (VRPG) vom 14. Juni 1928 ¹⁰⁾ beim Verwaltungsgericht des Kantons Basel-Stadt Rekurs erhoben werden.

⁶⁾ Vorsorgewerk Universitätsspital: Globaler Ausgangsdeckungsgrad: 80%; Ausgangsdeckungsgrad aktive Versicherte: 58.5%; jeweils Stand 1. Januar 2012

⁷⁾ SG 166.100.

⁸⁾ SR 831.40.

⁹⁾ SG 153.100.

¹⁰⁾ SG 270.100.

§ 14 Haftung

¹ Die Haftung der Universitätsspital Nordwest AG, ihrer Organe und ihres Personals richtet sich sinngemäss nach dem Gesetz über die Haftung des Staates und seines Personals (Haftungsgesetz, HG) vom 17. November 1999 ¹¹⁾ des Kantons Basel-Stadt.

² Die Universitätsspital Nordwest AG haftet für ihre Verbindlichkeiten ausschliesslich mit dem eigenen Vermögen.

³ Für privatrechtlich organisierte Tochtergesellschaften der Universitätsspital Nordwest AG gelten ausschliesslich die Haftungsvorschriften des Obligationenrechts.

§ 15 Datenschutzrecht und Zugang zu Informationen

¹ Soweit für den Umgang mit Informationen und das Bearbeiten von Personendaten durch die Universitätsspital Nordwest AG kantonales Recht gilt, findet das Gesetz über die Information und den Datenschutz (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG) vom 9. Juni 2010 ¹²⁾ des Kantons Basel-Stadt Anwendung.

² Gesuche um Zugang zu Informationen können beim zuständigen Departement oder der zuständigen Direktion oder bei beiden zuständigen Stellen eingereicht werden. Für die Behandlung der Gesuche ist das jeweils kantonale Informations- und Datenschutzgesetz massgebend ¹³⁾.

§ 16 Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG

¹ Die Generalversammlung kann die Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG mit zwei Dritteln der vertretenen Stimmen und der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte beschliessen.

² In diesem Fall übernehmen die beteiligten Kantone das Vermögen der Universitätsspital Nordwest AG um, eine Liquidation der Gesellschaft zu vermeiden.

³ Die Kantone übernehmen die von ihnen eingebrachten Spitalbetriebe und dazugehörigen Vermögenswerte zum Wert im Zeitpunkt der Auflösung mit Einschluss anteiliger Schulden gemäss Beteiligungsverhältnis im Zeitpunkt der Auflösung. Übersteigen die übernommenen Netto-Vermögenswerte den Anteil des jeweiligen Kantons am Eigenkapital der Universitätsspital Nordwest AG, unterliegt dies dem Ausgleich unter den Kantonen.

§ 17 Streitigkeiten, Schiedsgericht

¹ Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sind bestrebt, sich bei Streitigkeiten aus diesem Staatsvertrag möglichst gütlich zu einigen.

² Ist eine Verständigung nicht möglich, so entscheidet ein Schiedsgericht mit Sitz in Liestal endgültig.

³ Jeder Kanton bezeichnet im Streitfall eine Schiedsrichterin oder einen Schiedsrichter, die zusammen zusätzlich eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden bestimmen. Kommt ein Kanton der Aufforderung des anderen, seine Schiedsrichterin oder seinen Schiedsrichter zu benennen, innert 20 Tagen nicht nach oder können sich die beiden erstbezeichneten Mitglieder des Schiedsgerichts innert weiterer 20 Tage nicht auf eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden einigen, so wird das fehlende Mitglied bzw. die oder der Vorsitzende des Schiedsgerichts von der Präsidentin oder dem Präsidenten des Bundesgerichts bestimmt.

⁴ Bei Stimmengleichheit obliegt der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden der Stichentscheid.

⁵ Für die Anordnung vorsorglicher Massnahmen ist ausschliesslich das Schiedsgericht zuständig.

⁶ Im Übrigen bestimmt sich das Verfahren nach den Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Zivilprozessordnung, ZPO) vom 19. Dezember 2008 ¹⁴⁾.

§ 18 Vertragsdauer, Kündigung

¹ Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann während der ersten zwölf Jahre nicht gekündigt werden. Anschliessend kann er von jedem Kanton unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Jahren auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

² Die Kündigung des Staatsvertrags berührt die Existenz der Aktiengesellschaft nicht.

³ Die Verpflichtung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur anteilmässigen Beteiligung im Garantiefall gemäss § 12 Abs. 6 und 7 bleiben von der Kündigung unberührt.

§ 19 Schlussbestimmung

¹ Dieser Vertrag ist zu publizieren; er unterliegt dem Referendum. Er tritt nach der Genehmigung durch die gesetzgebenden Behörden der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und durch übereinstimmende Beschlüsse der Regierungen dieser Kantone in Kraft.

¹¹⁾ SG 161.100.

¹²⁾ SG 153.260.

¹³⁾ Basel-Stadt: SG BS 153.260, Basel-Landschaft: SGS 162

¹⁴⁾ SR 272.

Basel und Liestal, 6. Februar 2018

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Die Präsidentin: Elisabeth Ackermann

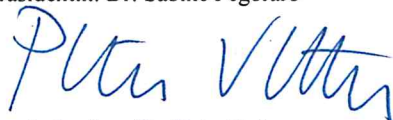


Die Staatsschreiberin: Barbara Schüpbach-Guggenbühl

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft



Die Präsidentin: Dr. Sabine Pegoraro



Der Landschreiber: Dr. Peter Vetter



Kanton Basel-Stadt / Regierungsrat
Kanton Basel-Landschaft / Regierungsrat
Staatskanzlei, Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel
Landeskanzlei, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Basel / Liestal, 6. Februar 2018

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG:

Gemeinsamer Bericht zuhanden des Grossen Rates Basel-Stadt und des Landrates Basel-Landschaft

Inhalt

1.	Zusammenfassung	4
2.	Ausgangslage	6
3.	Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ (GGR)	8
3.1.	Verhältnis des Staatsvertrages über die Universitätsspital Nordwest AG zum Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung	9
4.	Die Universitätsspital Nordwest AG	11
4.1.	Konzept für eine gemeinsame Spitalgruppe	11
4.1.1.	<i>Zielbild</i>	11
4.1.2.	<i>Personal: Anstellungsbedingungen, Lohnsystem, Pensionskasse, Total Compensation</i>	16
4.1.2.1	<i>Grundsätzlich – Total Compensation</i>	16
4.1.2.2	<i>Anstellungsbedingungen</i>	16
4.1.2.3	<i>Lohn-/Vergütungssystem</i>	17
4.1.2.4	<i>Zusammenfassung</i>	18
4.1.2.5	<i>Pensionskasse</i>	18
a)	<i>Einleitung</i>	<i>18</i>
b)	<i>Organisation der Vorsorgeeinrichtungen heute</i>	<i>18</i>
c)	<i>Kennziffern per 31. Dezember 2016</i>	<i>18</i>
d)	<i>Vorsorgeplan und Finanzierung</i>	<i>20</i>
e)	<i>Verzinsungsgrundsätze</i>	<i>21</i>
f)	<i>Vorsorgeträger</i>	<i>21</i>
g)	<i>Künftiger Vorsorgeplan</i>	<i>23</i>
4.2.	<i>Das Rechtsmodell der Spitalgruppe</i>	23
4.3.	WEKO-Verfahren	24
4.4.	Wortmarke / Firma	25
4.5.	Finanzieller Businessplan	26
4.5.1.	<i>Konzeption des Finanzmodells</i>	26
4.5.2.	<i>Übersicht und wesentliche Annahmen</i>	26
4.5.3.	<i>Potentiale</i>	27
4.5.4.	<i>Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe</i>	28
4.5.5.	<i>Investitionsrechnung</i>	29
4.5.6.	<i>Unternehmensbewertung und Verwendung der Businesspläne</i>	30
4.6.	Umsetzung der Spitalgruppe	31
4.6.1.	<i>Projektrisiken</i>	31
4.6.2.	<i>Umsetzungsfahrplan</i>	34
4.6.2.1	<i>Projektphasen</i>	34
4.6.2.2	<i>Projektorganisation</i>	36
4.7.	Fazit	38
5.	Errichtung, Ausgestaltung und Steuerung der Universitätsspital Nordwest AG	39
5.1.	Rechtsmodell	39
5.2.	Vereinbarkeit mit den Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft	40
5.3.	Übersicht über die Governance-Regelungen und Regelwerke	41
5.3.1.	<i>Governance-Regelungen: Entscheidungsbefugnisse sowie Rechte und Pflichten</i>	41

5.3.2.	<i>Das Regelwerk</i>	42
5.3.3.	<i>Die Regelungsebenen</i>	44
5.4.	Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG	46
5.4.1.	<i>Gründung</i>	46
5.4.2.	<i>Überführung von Aktiven und Passiven der bisherigen Spitäler</i>	46
5.4.3.	<i>Unternehmensbewertung und Beteiligungsverhältnis</i>	46
5.4.4.	<i>Zusammenführung von USB und KSBL zur Universitätsspital Nordwest AG</i>	53
5.5.	Steuerung der Universitätsspital Nordwest AG inkl. Stimmrechte	55
5.5.1.	<i>Führung, Organisation und Entscheidungsfindung</i>	55
5.5.2.	<i>Ausübung der Aktionärsrechte / Vertretung der Eigentümerinteressen</i>	56
5.5.3.	<i>Berichtspflichten</i>	57
5.5.4.	<i>Ziele und strategische Vorgaben (Eigentümerstrategie)</i>	58
5.5.5.	<i>Beteiligungsverhältnis und Stimmrechte</i>	59
5.6.	Beteiligung Dritter	59
5.7.	Kündigung und Auflösung	59
5.7.1.	<i>Kündigung des Staatsvertrags</i>	59
5.7.2.	<i>Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG</i>	60
6.	Auswirkungen der Universitätsspital Nordwest AG	61
6.1.	Finanzielle Auswirkungen auf die Trägerkantone	61
6.1.1.	<i>Auswirkung der Wandlung der bestehenden Eignerdarlehen an das KSBL in Dotationskapital für den Kanton Basel-Landschaft</i>	61
6.1.2.	<i>Auswirkung auf die Kantonsanteile für stationäre Spitalbehandlungen, gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL), Baurechtsverträge</i>	62
6.1.2.1	<i>Stationäre Spitalbehandlungen</i>	62
6.1.2.2	<i>Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)</i>	62
6.1.2.3	<i>Baurechtsverträge</i>	64
6.1.3.	<i>Wert der Beteiligungen in den Kantonsbilanzen</i>	65
6.1.4.	<i>Pensionskasse</i>	66
6.2.	Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in der Region	67
7.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrags	69
8.	Gesetzlicher Anpassungsbedarf	79
8.1.	Basel-Stadt	79
8.2.	Basel-Landschaft	79
9.	Weiteres Vorgehen	80
9.1.	Referendum	80
9.2.	Regulierungsfolgeabschätzung	80
10.	Fazit	81

1. Zusammenfassung

Das Kantonsspital Baselland (KSBL) und das Universitätsspital Basel (USB) stehen aufgrund der dynamischen Entwicklung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen vor grossen Herausforderungen. So gelten seit dem Jahr 2012 für die Spitalfinanzierung neue Regeln, welche die Gleichstellung von privaten und öffentlichen Spitälern sicherstellen. Defizitdeckungen oder separate Finanzierungen von öffentlichen Spitalbauten durch Parlamentsbeschlüsse gehören der Vergangenheit an. Neu rechnen alle Spitäler, ob privat oder öffentlich, über sogenannte leistungsbezogene Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur ab. Gemeinwirtschaftliche Leistungen insbesondere für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen oder für die Forschung und universitäre Lehre müssen in separaten Leistungsaufträgen geregelt werden. Zugleich haben die Patientinnen und Patienten seit 2012 schweizweit die freie Spitalwahl; die Kantonsgrenzen sind weggefallen. Diese Neuerungen sind nicht ohne Wirkung geblieben: Der Druck auf die Tarife hat zugenommen, die Spitäler stehen im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten aber auch um Ärzte und Pflegekräfte. Die Patientinnen und Patienten nutzen ihre Wahlfreiheit, während die Spitäler ihr Behandlungsangebot überprüfen und an die neuen Gegebenheiten anpassen. Der medizinisch- technologische Fortschritt und die anhaltende demographische Alterung der Bevölkerung bei gleichzeitig abnehmender Spital-Aufenthaltsdauer stellen weitere Herausforderungen an die Akteure und tragen dazu bei, dass der Spitalmarkt sich derzeit in einer dynamischen Phase befindet.

In diesem Umfeld haben die Verwaltungsräte des USB und des KSBL im Jahr 2015 eine Standortbestimmung vorgenommen. Die Analyse ergab, dass beide Spitäler in der heutigen Struktur mittel- bis langfristig den Selbstfinanzierungsgrad nicht erreichen werden, welcher für die Investitionen zur Aufrechterhaltung ihres heutigen Leistungsangebots notwendig wäre. So kann das KSBL einen ausreichenden Selbstfinanzierungsgrad nur unter massiven Kürzungen beim Angebot und der Versorgung sicherstellen. Das USB seinerseits wird in der gegebenen Situation seine nationale und universitäre Konkurrenzfähigkeit langfristig nicht gewährleisten können. In vertieften Gesprächen sind die beiden Spitäler zum Schluss gekommen, dass eine gemeinsame Spitalgruppe eine integrierte und auf Patientenbedürfnisse und regionale Patientenströme ausgerichtete Leistungserbringung im gemeinsamen Versorgungsraum sowie eine Stärkung der Wettbewerbsposition ermöglicht. 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 zu verbessern.

Die Regierungen haben in einem rund dreijährigen Prozess die Projektarbeiten der beiden Spitäler beaufsichtigt und als Rahmenbedingungen für eine Lösung die drei übergeordneten Ziele formuliert:

- 1. eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;**
- 2. eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie**
- 3. eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.**

Die beiden Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft sehen vor, das USB sowie das KSBL in eine gemeinsame „Universitätsspital Nordwest AG“ zusammenzuführen.

Mit dem deutlichen Entscheid des Stimmvolkes des Kantons Basel-Landschaft am 21. Mai 2017, die Bruderholzinitiative abzulehnen, konnten die Projektarbeiten im Programm¹ Spitalgruppe zur Umsetzung des medizinischen Zielbildes intensiviert werden. Das definitive, medizinische Zielbild der Spitalgruppe wird im Rahmen des Programms im Projekt Medizin erarbeitet und soll bis spätestens Ende 2018 definiert sein.

¹ Die diversen für die vorliegenden Arbeiten umzusetzenden Projekte sind auf Seiten der Spitäler USB und KSBL unter dem Begriff «Programm» zusammengefasst.

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

Dies führt für Patientinnen und Patienten in der gemeinsamen Spitalgruppe zu verbesserten Behandlungsabläufen mit hoher Termintreue, kurzen Wartezeiten und einer hohen Behandlungsqualität. Die Konzentration von den heute an allen Standorten angebotenen stationären Vorhalteleistungen auf die beiden Standorte Liestal und Basel sowie die Nutzung der Skaleneffekte im elektiven und ambulanten Angebot am Standort Bruderholz führen zu einer Kostensenkung, auch durch Abbau von entsprechenden Bettenkapazitäten (netto 120 - 150 Betten bis Ende der Transformationsphase im Jahr 2026).

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

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

Die neue Universitätsspital Nordwest AG soll in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (AG) mit öffentlichem Zweck als zukunftsgerichtet flexibelste und erfolversprechendste Organisationsform ausgestaltet werden. Dabei halten die beiden Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL) zu jedem Zeitpunkt zusammen mindestens zwei Drittel der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG. Eine Erweiterung des Aktionariats für öffentlich-rechtliche Körperschaften und gemeinnützige Dritte sowie von diesen beherrschten Unternehmungen soll bis zu einem Anteil von höchstens einem Drittel möglich sein.

Die beiden Regierungen halten eine gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG, in welcher der Minderheitsaktionär bei den zentralen Entscheidungen kein Mitspracherecht hat, für nicht realisierbar. Im Staatsvertrag wollen die beiden Parteien wichtige Entscheidungen so regeln, dass sie nur bei Einigkeit der beiden Parteien zustande kommen. Das Obligationenrecht (Art. 704) kennt die Forderung der Zweidrittelsmehrheit bei wichtigen Beschlüssen der Generalversammlung einer Aktiengesellschaft. Da die Substanzbewertung mit 30.6% BL zu 69.4% BS in der Nähe von einem Drittel zu zwei Dritteln liegen, ist in Anlehnung an das Obligationenrecht zum Zeitpunkt der Betriebsaufnahme ein Beteiligungsverhältnis BL 33.4% zu BS 66.6% sinnvoll. Die eine Hälfte der Lücke zum angestrebten Beteiligungsverhältnis schliesst BL zum Zeitpunkt der Fusion durch eine Einkaufszahlung an BS im Betrag von 11.4 Mio. Franken. Die andere Hälfte wird BL aufgrund des Ergebnisses der DCF-Bewertung von KPMG angerechnet, welche für BL bzw. das KSBL einen Maximalanteil von 34.6% ergab.

Als AG hat die neue Universitätsspital Nordwest AG zwingend drei Organe aufzuweisen: Es sind dies die Generalversammlung, der Verwaltungsrat sowie eine Revisionsstelle. Es ist vorgesehen, dass die Kantone als Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG an der Generalversammlung (GV) durch die beiden Regierungen resp. deren Delegierten vertreten werden. Neben den unentziehbaren Rechten der GV gemäss Obligationenrecht (OR) werden der GV in der Universitätsspital

Nordwest AG weitere Beschlusskompetenzen zugestanden. Wichtige Beschlüsse gemäss Statuten werden mit dem gemäss Obligationenrecht vorgesehenen Quorum von mindestens zwei Dritteln der vertretenen Stimmen und der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte gefasst. Alle übrigen Beschlüsse der Generalversammlung werden mit der relativen Mehrheit der vertretenen Aktienstimmen gefasst.

Bezüglich der erforderlichen Harmonisierung der Anstellungsverhältnisse für das Personal der neuen Universitätsspital Nordwest AG wird angestrebt, die bestehenden Arbeitgeberleistungen bezüglich Vergütung/Lohn und Sozialversicherungen (Pensionskasse) integral in einer Gesamtlösung so zu gestalten, dass auf lange Sicht attraktive Anstellungsbedingungen angeboten werden und andererseits wesentliche Synergiegewinne für die Universitätsspital Nordwest AG insgesamt erzielt werden können. Die Anstellungsverhältnisse sollen künftig privatrechtlich ausgestaltet werden, dabei soll ein Gesamtarbeitsvertrag (GAV) im Einvernehmen mit den massgebenden Personalverbänden abgeschlossen werden. Solange kein GAV zustande kommt, gelten die Anstellungsbedingungen vor der Fusion weiter.

Es ist vorgesehen, dass die Universitätsspital Nordwest AG einen Anschlussvertrag mit der Pensionskasse Basel-Stadt abschliesst. Der Anschluss der Universitätsspital Nordwest AG ist im System der Teilkapitalisierung zu führen. Die Garantie des Kantons Basel-Stadt wird beibehalten, und der Kanton Basel-Landschaft wird den Kanton Basel-Stadt im Garantiefall anteilmässig entschädigen. Langfristig strebt die Universitätsspital Nordwest AG den Wechsel in die Vollkapitalisierung an.

Es ist geplant, dass die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG per 1. Januar 2020 die operative Tätigkeit aufnimmt.

Die beiden Regierungen sind überzeugt, mit der geplanten gemeinsamen Universitätsspital Nordwest AG die künftigen Herausforderungen erfolgreich meistern zu können. Vertragliche Kooperationen bringen nicht die für eine Strukturbereinigung notwendige langfristige Verbindlichkeit. Diese ist nur gegeben, wenn das USB und das KSBL zu einer Universitätsspital Nordwest AG unter einer strategischen und operativen Leitung und somit einheitlichen strategischen und finanziellen Interessen fusioniert sind.

Die Zusammenführung ermöglicht damit zum einen eine Reduktion des Investitionsvolumens durch Konzentration und Abstimmung. Zum anderen werden durch die Bündelung der Ressourcen strategische, zukunftsweisende Investitionen ermöglicht, welche insbesondere zur erfolgreichen Positionierung im Spitalmarkt benötigt werden. Die Universitätsspital Nordwest AG bietet damit 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. Durch eine Stärkung der Hochschulmedizin und damit einhergehend eine Stärkung der Forschung und universitären Lehre im Rahmen der Universitätsspital Nordwest AG wird die Attraktivität als Arbeitgeber für die verschiedenen Berufsgruppen deutlich erhöht und die gezielte Nachwuchsförderung wird vereinfacht. Dies gilt auch für die Aus- und Weiterbildung, für welche die Universitätsspital Nordwest AG gestärkte Angebote mit einem Fokus auf den Trend zur Ambulantisierung entwickeln kann.

2. Ausgangslage

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 vor grossen Herausforderungen.

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 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 Universitätsspital Nordwest AG ermöglicht es, den benötigten Spielraum für die erforderliche Neustrukturierung zu schaffen.

Eine gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG 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 zu verbessern.

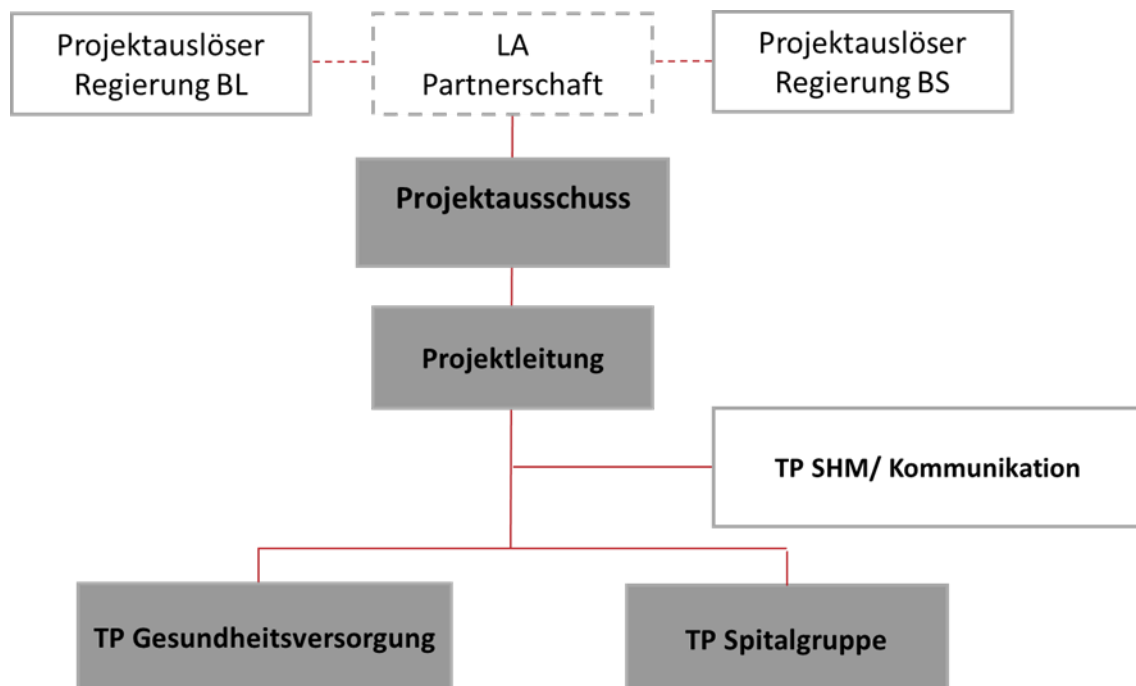
Das USB könnte im Alleingang langfristig Probleme haben, seinen Status als Universitätsspital zu halten oder auszubauen, weil die schweizerischen und internationalen Anforderungen an Kliniken der Spitzenmedizin hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Einzugsgebiet zunehmen werden. Bereits heute hat das USB teilweise Mühe, die geforderten Mindestfallzahlen zu halten. Ohne Gruppenbildung besteht die Gefahr, dass Angebote für einzelne spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen nicht gehalten werden können. Eine Schwächung der Positionierung des USB als Klinik der Spitzenmedizin, als AAA-Weiterbildungsstätte und als Forschungsinstitution wäre ein Schaden für den Medizinstandort Basel und wäre darüber hinaus mit beachtlichen Risiken für den Life-Sciences-Standort Basel verbunden.

3. Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ (GGR)

Die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt hatten im März 2015 an einer gemeinsamen Sitzung die Absicht kundgetan, in der Gesundheitsversorgung und insbesondere im Spitalwesen über die Kantonsgrenzen hinweg enger zusammenzuarbeiten. Dieser Initiative vorangegangen waren Gespräche der beiden Gesundheitsdirektoren mit Vertretern des Universitätsspitals Basel (USB) und des Kantonsspitals Baselland (KSBL), die ihrerseits eine engere Zusammenarbeit angeregt hatten, eine Absicht, die von den beiden Gesundheitsdirektoren ausdrücklich begrüsst wurde.

Gut drei Monate später, am 29. Juni 2015, legten die beiden Regierungsräte, Thomas Weber, Basel-Landschaft, und Dr. Lukas Engelberger, Basel-Stadt, anlässlich einer Medienkonferenz ein ausführliches Strategiepapier vor, das die seinerzeitige Absichtserklärung (vertiefte Kooperation in der Gesundheitsversorgung, Errichtung einer gemeinsamen Spitalgruppe und Aufbau einer „Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe“ (TOP) auf dem Bruderholz) konkretisierte.

In der Folge wurde im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (GD BS) und in der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (VGD BL) eine bikantonale Projektorganisation für das Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ implementiert. Diese besteht aus den beiden Teilprojekten „gemeinsame Spitalgruppe“ und „gemeinsame Gesundheitsversorgung“:



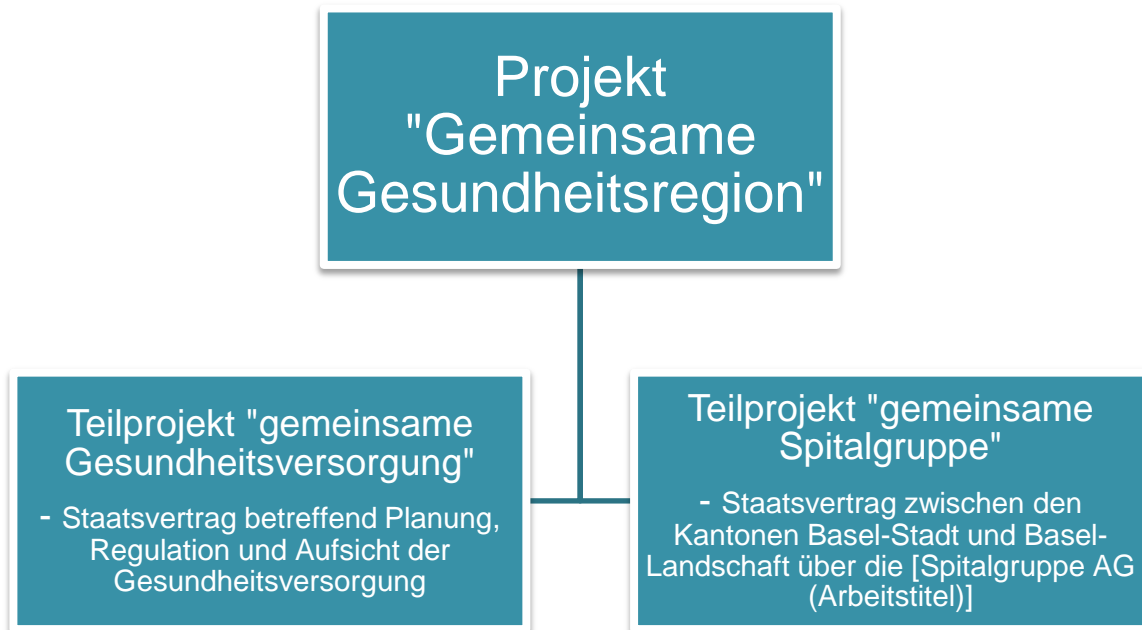
Die Konzeptarbeiten mündeten in drei Berichten und wurden im September 2016 der Öffentlichkeit präsentiert:

- „Bericht zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht“ (vom 13. September 2016)
- „Bericht zur Ebene Beteiligungen“ (vom 13. September 2016) sowie
- „Grundlagenbericht der beiden Spitäler KSBL und USB für eine gemeinsame Spitalgruppe“ (vom 18. August 2016)

Die vollständigen Berichte sind unter www.chance-gesundheit.ch zu finden.

Die beiden Regierungen bekräftigten, dass die Spitalplanungen der beiden Kantone künftig nach einheitlichen transparenten Kriterien aufeinander abgestimmt werden und das USB und das KSBL in eine neue, gemeinsame Spitalgruppe zusammengeführt werden sollen.

Das GD BS und die VGD BL wurden in der Folge beauftragt, zwei Staatsverträge für die Vernehmlassung und den parlamentarischen Prozess vorzubereiten. Die öffentliche Vernehmlassung fand vom 3. Juli bis 3. Oktober 2017 statt. Es ist vorgesehen, dass die Rechtsgrundlagen für die neue Universitätsspital Nordwest AG und die gemeinsame Spitalplanung der Kantone BS und BL am 1. Januar 2019 in Kraft treten. Unter diesen Rahmenbedingungen kann die Universitätsspital Nordwest AG ihre operative Tätigkeit per 1. Januar 2020 aufnehmen.



3.1. Verhältnis des Staatsvertrages über die Universitätsspital Nordwest AG zum Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung

Der Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung soll die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsplanung sowie der Regulation und Aufsicht über die Leistungserbringer regeln und schafft unter anderem die Voraussetzungen für eine wirkungsvollere Einflussnahme auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

Zur Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie zur Unterstützung der Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgt eine gemeinsame Planung, Aufsicht und Regulation. Diese soll insbesondere folgende Aufgaben umfassen:

- Gemeinsame Planung (Analyse, Versorgungsplanung) des gemeinsamen Gesundheitsversorgungs- und Regulationsraums (heute vorwiegend im stationären Bereich; zukünftig je nach Entwicklung auch verstärkt im ambulanten Bereich);
- Gemeinsame Projekte (z.B. gemeinsames Versorgungsmonitoring, gemeinsames Projekt E-Health);
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen im Versorgungsraum zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Etablierung einheitlicher Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen unter Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern;
- Gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungen;

- Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- Informationsaustausch unter den Kantonen.

Diese gemeinsame Versorgungsplanung ist eine logische Voraussetzung für das Gelingen der neuen Universitätsspital Northwest AG. Sollte der Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung nicht in Kraft treten, würde dies auch die gemeinsame Universitätsspital Northwest AG tangieren. Unterschiedliche oder gar widersprüchliche regulatorische Konzepte in den Standortkantonen der Universitätsspital Northwest AG würden deren Erfolg gefährden. Entsprechend müssen sich die beiden Regierungen vorbehalten, bei Ablehnung des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung den Staatsvertrag zur Errichtung der gemeinsamen Universitätsspital Northwest AG ebenfalls nicht in Kraft zu setzen.

4. Die Universitätsspital Nordwest AG

Der Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe (Projekt STAB) vom 18. August 2016 des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Baselland, mit Fortschrittsberichten zur „Transformationsphase A“ per 31. Dezember 2017 zu definierten Kapiteln und Themen, konsolidiert die Ergebnisse der Projektarbeiten der beiden Spitäler zu folgenden Themengebieten:

- Ausgangslage der Spitäler;
- Strategie einer gemeinsamen Spitalgruppe;
- Führungs- und Organisationsstruktur;
- Personal (inkl. Pensionskasse);
- Rechtliche Implikationen;
- Synergiepotentiale in verschiedenen Businessmodellen;
- Finanzieller Businessplan für mögliche Umsetzungsvarianten inkl. Ergebnisse der (finanziellen) Unternehmensbewertung;
- Projektrisiken;
- Umsetzungsfahrplan.

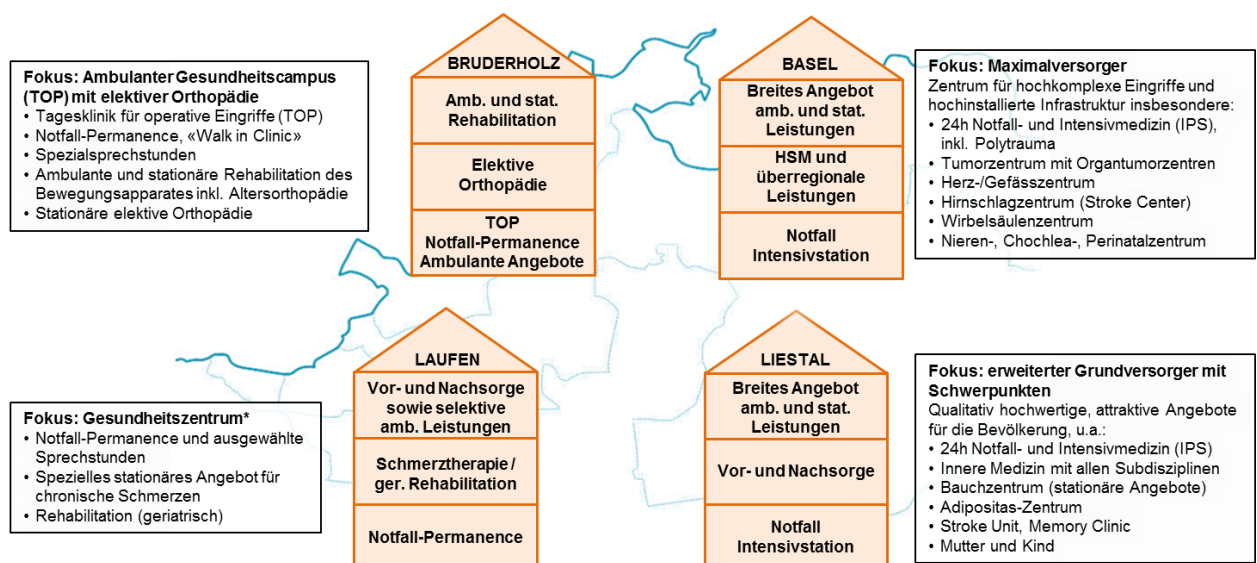
In den nachfolgenden Kapiteln werden die wichtigsten Themen des Grundlagenberichtes sowie der Fortschrittsberichte zusammengefasst dargestellt.

Die Textpassagen der Kapitel 4.1 – 4.7 stammen aus dem aktualisierten Grundlagenbericht datiert vom 18. Dezember 2017. Sie sind zur Kennzeichnung als Zitate *in kursiver Schrift* gesetzt. Der vollständige Grundlagen- bzw. Fortschrittsbericht ist im Anhang dieses Berichts zu finden.

4.1. Konzept für eine gemeinsame Spitalgruppe

4.1.1. Zielbild

Mit dem deutlichen Entscheid des Stimmvolkes des Kantons Basel-Landschaft am 21. Mai 2017, die Bruderholzinitiative abzulehnen, konnten die Projektarbeiten im Programm Spitalgruppe zur Umsetzung des medizinischen Zielbildes intensiviert werden. Das definitive, medizinische Zielbild der Spitalgruppe wird im Rahmen des Programms im Projekt Medizin erarbeitet und soll bis spätestens Ende 2018 definiert sein.



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

Der Campus Bruderholz steht im Fokus der Transformation und stellt einen unverzichtbaren Bestandteil der Spitalgruppe dar. Die graduellen Anpassungen ermöglichen insbesondere komplexe

stationäre Fälle von standardisierbaren, ambulanten und elektiv planbaren Fällen in der Spitalgruppe zu entflechten. Hierdurch werden an den beiden Standorten Basel und Liestal Kapazitäten frei, um die definierten medizinischen Schwerpunkte weiter ausbauen zu können.

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

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

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

a) Tagesklinik TOP

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

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

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

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

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

b) Kompetenzzentrum Orthopädie

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

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

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

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

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

c) REHA

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

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

Die angebotene stationäre Rehabilitation ist im Zielbild 2026 auf dem Bruderholz spezialisiert auf Patienten des Bewegungsapparates inkl. Altersorthopädie. Die räumlichen Gegebenheiten mit ansprechender Infrastruktur und zeitgemässer Hotellerie ermöglichen eine ideale Nachbehandlung, sei es ambulant für eher jüngere und sportliche Patienten oder stationär für ältere Patienten, welche möglicherweise einen mehrwöchigen Aufenthalt benötigen. Für beide Patientengruppen stehen modernste Therapien (z.B. agility-Gangtrainer, Therapiebad, Aussenbereich) in einem

„grünen“, „spitalfernen“ Setting zur Verfügung. Multimorbide, ältere Patienten, welche hingegen eine Überwachung mit IPS bedürfen, werden z. B. in der Akutgeriatrie in Liestal betreut.

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

d) Notfall-Permanence

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

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

Mit diesem Angebot können der grösste Teil der heutigen „Notfälle“ auf dem Bruderholz weiterhin an diesem Standort betreut werden. Die Rettungsdienste werden angewiesen werden, den Standort Bruderholz mit Liegend-Notfällen nicht mehr anzufahren.

e) Grundversorgung

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

f) Fazit und Auswirkungen

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

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

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

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

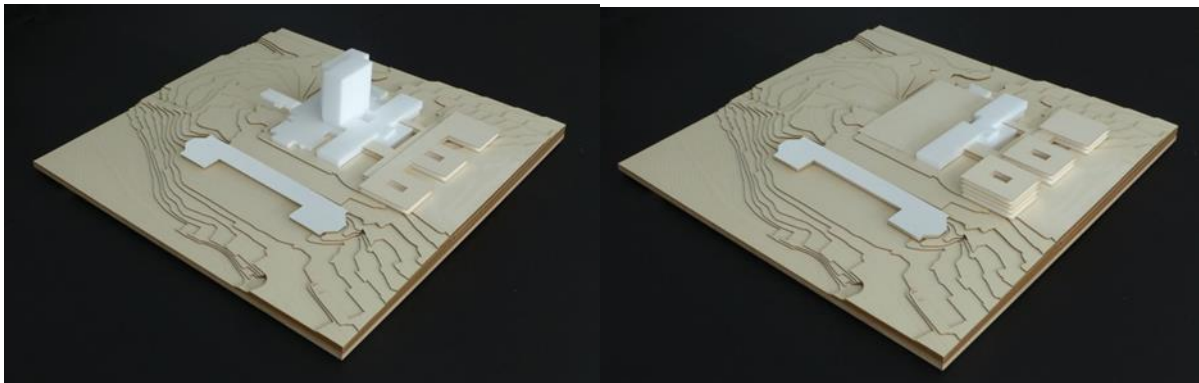
Nichtkomplexe Fälle finden am Standort Bruderholz weiterhin einen leichten Zugang zur wohnortsnahen Grundversorgungsmedizin über die Walk-in-Notfallklinik oder die angebotenen Sprechstunden.

Gesamthaft führt das neue Angebot der Spitalgruppe auf dem Bruderholz zu einer Abnahme der Bettenzahl am Standort. Dies obwohl die elektiv stationären orthopädischen Betten für die Spitalgruppe auf dem Bruderholz konzentriert werden. Trotzdem werden Gesamthaft die Anzahl der Betten auf dem Bruderholz um über 150 gesenkt, vor allem durch Abbau von Bettenkapazitäten im

akutsomatischen und akutgeriatrischen Bereich. Die bedarfsgerechte, etappierte Senkung von Bettenkapazitäten in diesen Bereichen verhindert, dass es zu versorgungsrelevanten Engpässen kommt.

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

g) Transformation des Standortes Bruderholz Zwischenschritt Zielbild



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

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

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

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

Mit dem Wandel des medizinischen Angebotes von einem erweiterten Grundversorger zu einem Gesundheitscampus sind auch Veränderungen im Personal bedingt. Das Kantonsspital Baselland hat bereits damit begonnen, im Rahmen seiner Departmentalisierung medizinische Schwerpunkte zu bilden. So werden bereits heute komplexe Eingriffe an jeweils einem Ort konzentriert und das medizinische Fachpersonal jeweils an den neuen Bedarf angepasst. Schon heute werden keine

IVHSM und Thoraxeingriffe im Bruderholz mehr durchgeführt, stationäre kardiologische Patienten im USB oder in Liestal behandelt. Im Bereich der elektiven Orthopädie sind bereits 2017 alle Hüft- und Knieeingriffe von den Standorten Laufen und Liestal ins Bruderholz verschoben worden. Weitere Anpassungen folgen.

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

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

h) Fazit Zielbild Spitalgruppe inkl. Veränderung Bettenkapazitäten

Die beiden Spitäler sind derzeit daran, das Leistungsangebot über alle 40 Kliniken zu definieren. In einem nächsten Schritt werden die Angebote auf der Basis des formulierten Zielbilds den einzelnen Standorten zugeteilt. Ergebnisse hierzu liegen gegen Ende 2018 vor. Zurzeit gehen das USB und das KSBL davon aus, dass die Spitalgruppe am Ende der Transformationsphase im Jahr 2026 am Standort Bruderholz über 150 Betten alleine im Akutbereich abgebaut haben wird. Um den Wegfall der Notfallstation im Bruderholz auffangen und den Notfalldienst optimieren zu können, werden an den Standorten Basel und Liestal zusätzliche Bettenkapazitäten geschaffen. Unter Einbezug des Rehabereichs dürfte der Netto-Bettenabbau im Vergleich zum Alleingang der beiden Spitäler im Bereich von gut 120 - 150 Betten liegen (zum Vergleich: das stationäre Angebot aller Baselbieter Privatspitäler im akutsomatischen und Rehabereich umfasst insgesamt rund 140 Betten; Stand Ende 2015).

4.1.2. Personal: Anstellungsbedingungen, Lohnsystem, Pensionskasse, Total Compensation

4.1.2.1 Grundsätzlich – Total Compensation

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

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

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

4.1.2.2 Anstellungsbedingungen

Die heute geltenden öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen mit einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) der beiden Spitäler orientieren sich in weiten Teilen materiell bereits am Obligationenrecht (OR). Der Hauptunterschied zwischen diesen beiden Anstellungsformen liegt vor allem im

verfahrensrechtlichen Bereich. In § 11 des Staatsvertrags werden neu privatrechtliche Anstellungsbedingungen gemäss OR vorgesehen. Dies entspricht der üblichen Anstellungsform von als Aktiengesellschaft geführten öffentlichen Spitälern. Gegenüber öffentlich-rechtlichen Anstellungsverhältnissen unterscheiden sich privatrechtliche Anstellungsverhältnisse primär im Verfahrensweg bei Streitigkeiten und punktuell in anderen Belangen, z.B. bei den Kündigungsregelungen. In einem GAV kann man über das OR hinausgehende Regelungen vereinbaren, jedoch unter Berücksichtigung der zwingenden Regelungen des OR.

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

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

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

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

4.1.2.3 Lohn-/Vergütungssystem

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

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

4.1.2.4 Zusammenfassung

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

4.1.2.5 Pensionskasse

a) Einleitung

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

b) Organisation der Vorsorgeeinrichtungen heute

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

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

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

c) Kennziffern per 31. Dezember 2016

Nachstehend werden die wichtigsten Kennziffern der beiden Vorsorgewerke miteinander verglichen.

Tabelle: Vergleich der Vorsorgesituation per 31.12.2016; Werte in Mio. Fr.

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

- **Vorsorgevermögen**
Das Vorsorgevermögen des Vorsorgewerks USB ist mehr als doppelt so hoch als dasjenige des Vorsorgewerks KSBL. Konsolidiert beträgt das Vermögen 2.55 Mrd. Franken.
- **Wertschwankungsreserve**
Per Ende 2016 weisen beide Vorsorgewerke einen Deckungsgrad von über 100% aus. Aufgrund der angekündigten Senkung des technischen Zinssatzes durch die BLPK fällt jedoch der Deckungsgrad des Anschlusses des KSBL per 1. Januar 2018 unter 100% und löst grundsätzlich Sanierungsmassnahmen aus.
- **Anteil Vorsorgekapitalien aktiv Versicherte**
Je höher der Anteil der Vorsorgekapitalien der aktiv Versicherten an den gesamten Vorsorgekapitalien ausfällt, desto risikofähiger ist eine Pensionskasse. Dies deshalb, weil bei Unterdeckung nur die aktiv Versicherten und allenfalls der Arbeitgeber für eine Sanierung herangezogen werden können, nicht aber die Rentenbeziehenden. Beim Vorsorgewerk USB ist der Anteil leicht tiefer, bei beiden Vorsorgewerken befinden sie sich aber in ähnlichen Verhältnissen.
- **Versicherter Lohn / Massgebender Lohn**
Hier zeigt es sich, dass beide Vorsorgewerke ähnliche Koordinationsregelungen kennen, sprich es ist ein ähnlich hoher Teil des massgebenden Lohns versichert.
- **Kapital aktiv Versicherte / versicherter Lohn**
Diese Kennziffer zeigt, wie viel Kapital in der beruflichen Vorsorge durchschnittlich pro Franken versicherter Lohn angespart ist. Nebst dem Durchschnittsalter spielt der Umfang

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

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

d) Vorsorgeplan und Finanzierung

Die wesentlichsten Unterschiede sind die Folgenden:

– **Altersleistungen**

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

– **Finanzierung**

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

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

– **Risikoleistungen Invalidität und Tod**

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

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

e) Verzinsungsgrundsätze

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

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

f) Vorsorgeträger

Übersicht:

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

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

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

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

Träger	Kapitalisierung
Eigene Stiftung	Vollkapitalisierung
PKBS	Teilkapitalisierung
PKBS	Vollkapitalisierung
BLPK	Vollkapitalisierung

Aufgrund der Ausgangslage, dass beide Spitäler zur Zeit nur über eine marginale Wertschwankungsreserve verfügen, müssten diese für eine Vollkapitalisierung aufgebaut werden und entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden, was entsprechende finanzielle Mittel erfordern würde (Cash-Flow). Auf der andern Seite stehen in der Spitalgruppe Investitionen in grösserem Umfang an, deren Umsetzung durch den Aufbau einer Wertschwankungsreserve stark beeinträchtigt würde. Daher haben sich die beiden Kantone und die Verwaltungsräte dafür entschieden, das Vorsorgewerk USB bei der PKBS, das im System der Teilkapitalisierung geführt wird, zum Vorsorgewerk der Universitätsspital Nordwest AG zu erweitern. Langfristiges Ziel bleibt aber, dass sich die Spitalgruppe zur Stärkung ihrer unternehmerischen Freiheit und Eigenverantwortung von der Staatsgarantie löst. Das Vorsorgewerk der Spitalgruppe geht dabei – wie die übrigen Vorsorgewerke in der Teilkapitalisierung bei der PKBS – automatisch in die Vollkapitalisierung über, sobald die ent-

sprechenden Bedingungen gemäss dem Pensionskassengesetz BS erfüllt sind, insbesondere wenn mindestens ein Deckungsgrad von 116% vorliegt.

Teilkapitalisierung bei der PKBS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) Künftiger Vorsorgeplan

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

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

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

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

4.2. Das Rechtsmodell der Spitalgruppe

Für die Umsetzung der strategischen Positionierung sowie die Realisierung der Synergiepotentiale ist aus Sicht der beiden Spitäler und der Eigner für die Spitalgruppe AG ein hoch integriertes Führungs-, Organisations- und Rechtsmodell erforderlich, das eine möglichst grosse betriebliche

Flexibilität bei gleichzeitiger Sicherstellung des Service Public und der Arbeitgeberverantwortung einer öffentlichen Spitalunternehmung ermöglicht.

Das rechtliche Umsetzungskonzept sieht vor, dass die Kantone eine AG mit minimalem Aktienkapital gründen (Spitalgruppe) und in einem 2. Schritt die beiden Spitäler und die Aktiengesellschaft einen Fusionsvertrag schliessen, der die Übertragung aller Aktiven und Passiven vorsieht (sog. parallele Absorptionsfusion). Die Aktienanteile an der nun gewachsenen Gesellschaft entsprechen jeweilig den durch die Fusion übernommenen Vermögenswerten.

Das Konzept respektive der Fusions-Vertragsentwurf wurden durch das Handelsregister einer Vorprüfung unterworfen und positiv beurteilt.

4.3. WEKO-Verfahren

Die wettbewerbsrechtlichen Vorabklärungen im Jahr 2016 haben ergeben, dass

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. Wortmarke / Firma

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

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

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

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

Die Merkmale des neuen Namens und der Wortmarke sind:

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

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

- Die ursprüngliche, kreative Ideenfindung erfolgte in vordefinierten Suchfeldern (Gründer/Stifter, Kunstnamen, Gebiet etc.) und generierte über 300 Namen.
- Die Vorselektion anhand von Kriterien wie «positive Konnotationen in den Kundensprachen» oder «regionale Wichtigkeit» etc. führte zu einer Reduktion auf 80 Namen.

- Nach einem «Desk Research» und Selektion durch weitere Kriterien, wurden 9 Namen für die Short List definiert. Diese wurden einer erweiterten juristischen und linguistischen Prüfung unterzogen.

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

4.5. Finanzieller Businessplan

4.5.1. Konzeption des Finanzmodells

Das Finanzmodell des Grundlagenberichts wurde in ein anwenderfreundlicheres Modell überführt und die Annahmen aktualisiert.

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

4.5.2. Übersicht und wesentliche Annahmen

In der Folge werden die Planungsannahmen der realistischen Variante kurz erläutert:

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

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

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

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

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

Analog zur stationären Fallzahlplanung ist auch diejenige der **ambulanten Taxpunkte** für jeden Standort individuell erfolgt. Das USB erbringt im Jahr 2017 ambulante Leistungen im Umfang von rund 161.6 Mio. Taxpunkten, die im weiteren Planungsverlauf jährlich um rund 3 % zunehmen. Der ambulante Leistungsumfang am KSBL beträgt im Jahr 2017 rund 79.7 Mio. Taxpunkte (Bruder-

holz: 28.1 Mio., Laufen: 6.2 Mio., Liestal: 45.3 Mio.) und steigt anschliessend an allen drei Standorten jährlich um rund 2.0%.

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

Bei den **Gemeinwirtschaftlichen Leistungen** (GWL) geht das USB über den gesamten Planungshorizont von jährlich CHF 40.7 Mio. aus. Das KSBL erwartet 2017 GWL von CHF 13.0 Mio. Anschliessend wird von einem jährlichen Wachstum von 2.0% ausgegangen.²

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

4.5.3. Potentiale

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

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

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

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

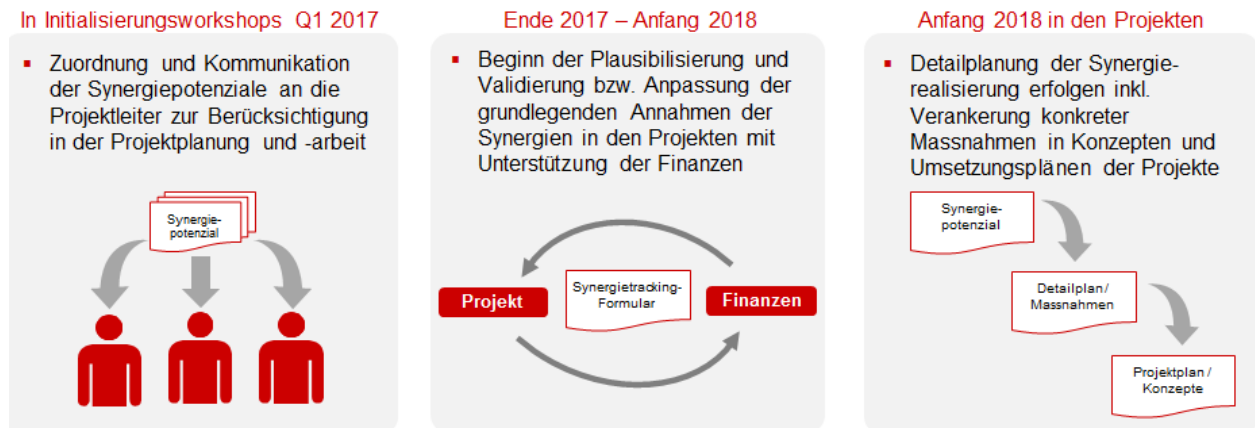
Als zusätzliche Synergie konnte die Harmonisierung der PK quantifiziert und in die Planung aufgenommen werden. Die geplante PK-Lösung bringt deutliche Synergien ab dem Jahr 2024, während vorher Transformationskosten anfallen. Die Synergie, welche mit der PK erreicht werden kann, wird gemeinsam mit dem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

Um die Synergieerreichung besser nachzuvollziehen und deren Umsetzung sicherstellen zu können, wurde ein Syngietracking initiiert. Diese bereits im Grundlagenbericht beschriebenen Synergiepotentiale wurden Anfang 2017 den sieben Projekten der Transformationsphase zur

² Die Planungsannahmen entsprechen einem erwarteten, aber keinem verhandelten Resultat.

Berücksichtigung in der Projektplanung und -arbeit zugeordnet. Um nach der Synergiezuordnung in die Projekte ein quantitatives Syngietracking zu ermöglichen, wurden die Annahmen, welche den im Grundlagenbericht bezifferten Synergien zu Grunde liegen, in isolierte Formulare zur Modulation der verschiedenen Annahmen verarbeitet. Somit sind die Projekte befähigt die weitere Plausibilisierung und Validierung, bzw. Anpassung der grundlegenden Annahmen und ihre finanziellen Auswirkungen nachvollziehen zu können. Gleiches soll für etwaige, in der Projektarbeit erkannten neuen Synergien und Dyssynergien erfolgen.

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



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

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

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

4.5.4. Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe

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

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der EBITDA-Marge in der realistischen Variante. Während bis 2020 tendenziell schwächere Resultate erzielt werden aufgrund von Dissynergien und Transformationskosten, lassen sich anschliessend signifikante Synergien realisieren. Im Gegensatz zum Grundlagenbericht wird ein ähnlich erfolgreiches Ergebnis langfristig erreicht. In der folgenden Darstellung werden die EBITDA und EBITDA-Margen vom neuen Businessplan im Vergleich zum Businessplan aus dem Grundlagenbericht (GLB) dargestellt:

Entwicklung des EBITDAs

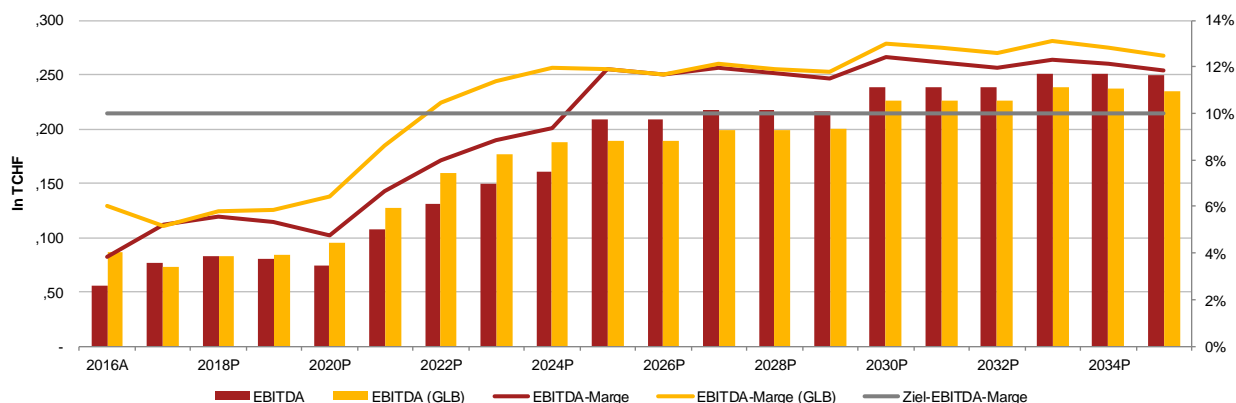


Abbildung 1: EBITDA-Entwicklung im Realistic Case Case "Spitalgruppe"

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

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Ziel-EBITDA-Marge von 10 % in der realistischen und besten Variante erreicht werden kann. In der schlechtesten Variante erreicht die Spitalgruppe die EBITDA-Marge von 10% knapp nicht. Allerdings können durch Massnahmen wie eine adaptierte Investitionsplanung und eine entsprechenden Kostensteuerung voraussichtlich auch in diesem Fall die Ziel-EBITDA-Marge erreicht werden. Daher ist aus finanzieller Perspektive die Sinnhaftigkeit des Zusammenschlusses deutlich zu unterstreichen.

4.5.5. Investitionsrechnung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wesentliche Investitionsentscheide erst nach Bildung der Spitalgruppe: Zahlreiche der grösseren Investitionsvorhaben sind zurzeit in einem frühen Planungsstadium, das einerseits allfällige Anpassungen an zukünftige Leistungsverschiebungen zulässt und andererseits die erhobenen Kosten nur grob kalkuliert ausweist und damit entsprechende Unsicherheiten beinhaltet. Die konkreten Bau- und Investitionsentscheide für viele der relevanten Projekte kann und wird der gemeinsame Verwaltungsrat der Spitalgruppe treffen.

4.5.6. Unternehmensbewertung und Verwendung der Businesspläne

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

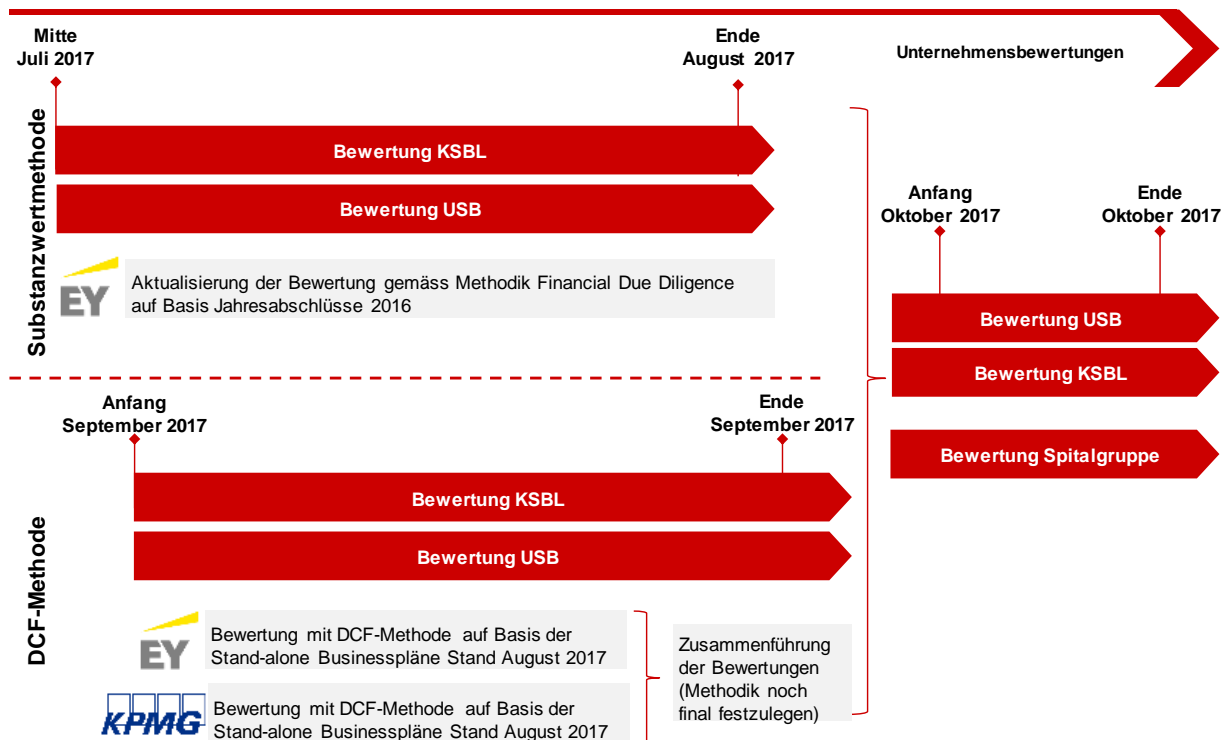


Abbildung 2: Unternehmensbewertung

Substanzwertmethode

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

DCF-Methode

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

Die Ergebnisse der Unternehmensbewertung resp. die daraus resultierenden Beteiligungsverhältnisse finden sich nachfolgend in Kapitel 5.4.3.

4.6. Umsetzung der Spitalgruppe

4.6.1. Projektrisiken

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

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

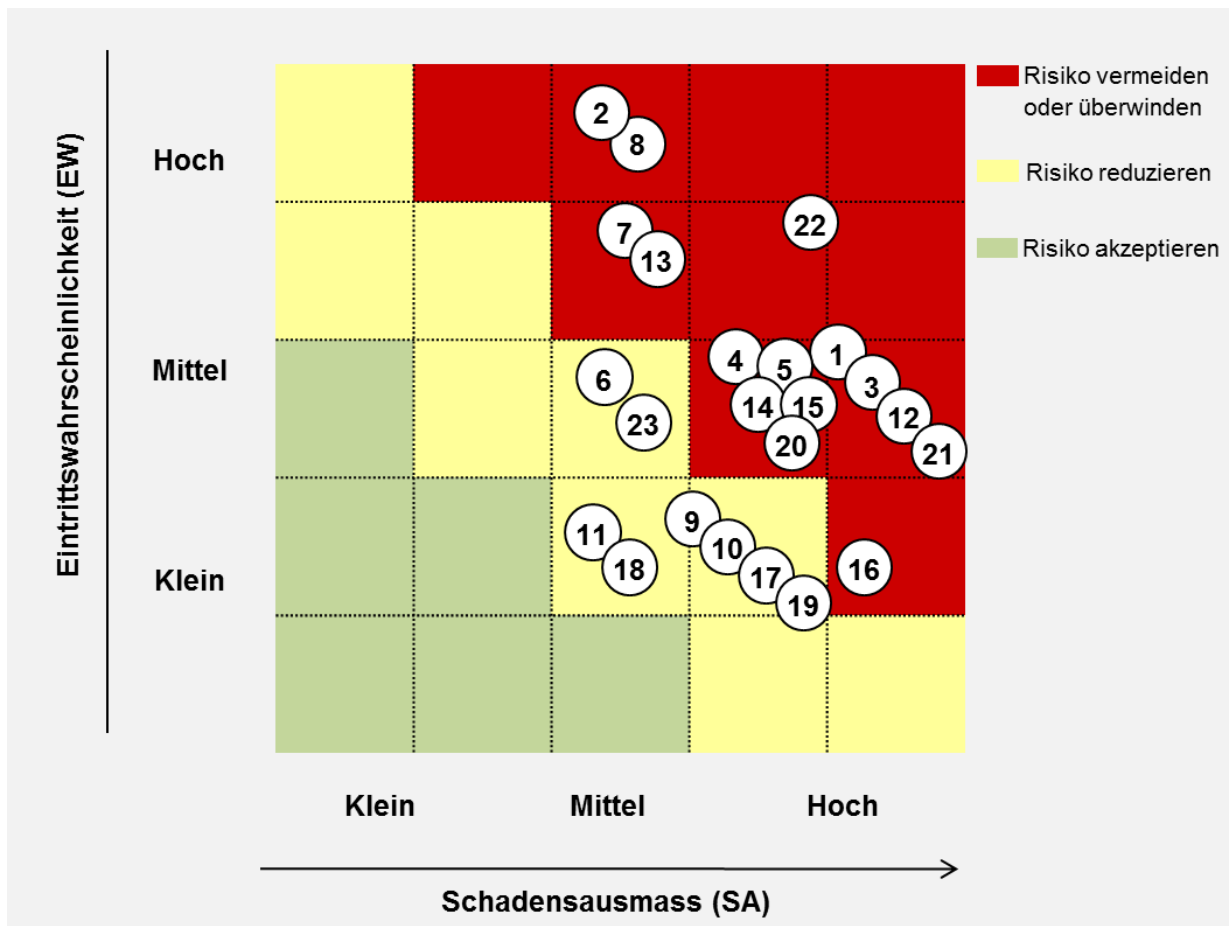
Für jede Einzelne der 23 Risiken wurde ein Risiko-Verantwortlicher (i.d.R. Verwaltungsratspräsident oder CEO) sowie ein Risiko-Manager (einer der Projektleitenden) definiert.

Dieses Team ist für das Management des jeweiligen Risikos mit Planung und Umsetzung angemessener Massnahmen zur Risikominderung beauftragt.

Im Verlauf der Transformationsphase A (2017) konnten bereits zwei namhafte Risiken erfolgreich eliminiert werden, nämlich das Risiko Nr. 3 der Annahme der Bruderholz-Initiative sowie das Risiko Nr. 4 eines WEKO Entscheids gegen die Spitalgruppe.

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

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



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

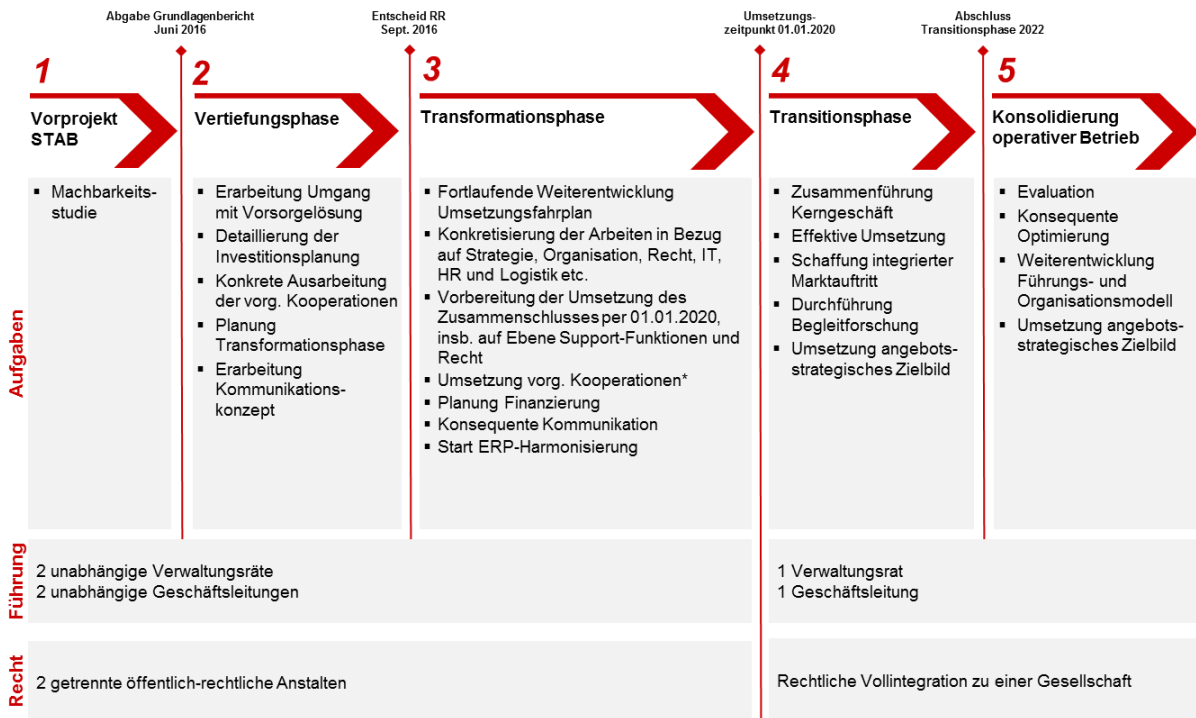
Vertrauensbildende, projektbegleitende Kommunikation ist und bleibt eine entscheidende Massnahme für die erfolgreiche Überwindung von internen und externen Risiken. Diese soll nun durch eine professionelle Kulturentwicklung und Change Management intensiviert werden, um die Gemeinsamkeiten der beiden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

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

4.6.2. Umsetzungsfahrplan

4.6.2.1 Projektphasen

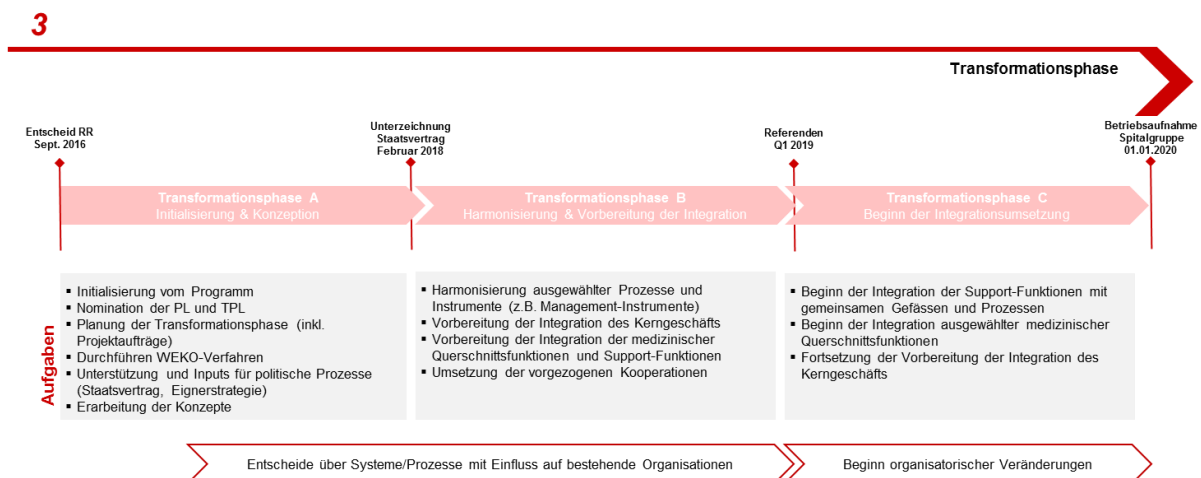
Der Umsetzungsfahrplan sieht nach Abschluss des Vorprojekts STAB und der Vertiefungsphase drei weitere Phasen vor. Die folgende Abbildung des Umsetzungsfahrplans stellt dies dar.



Phase 3: Transformationsphase bis 2020

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

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



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

Phase 4: Transitionsphase ab 2020

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

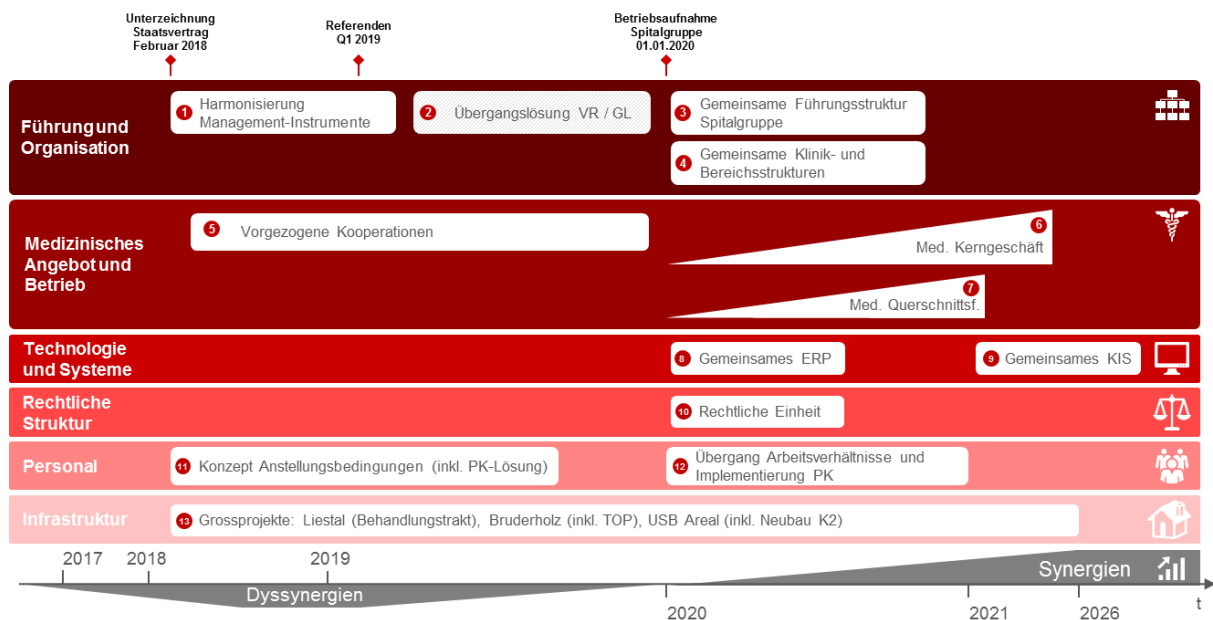
Ab dieser Phase wird es nur noch einen Verwaltungsrat und eine Geschäftsleitung für die gemeinsame Spitalgruppe geben, da diese nun auch eine voll integrierte rechtliche Entität ist.

Phase 5: Konsolidierung operativer Betrieb

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

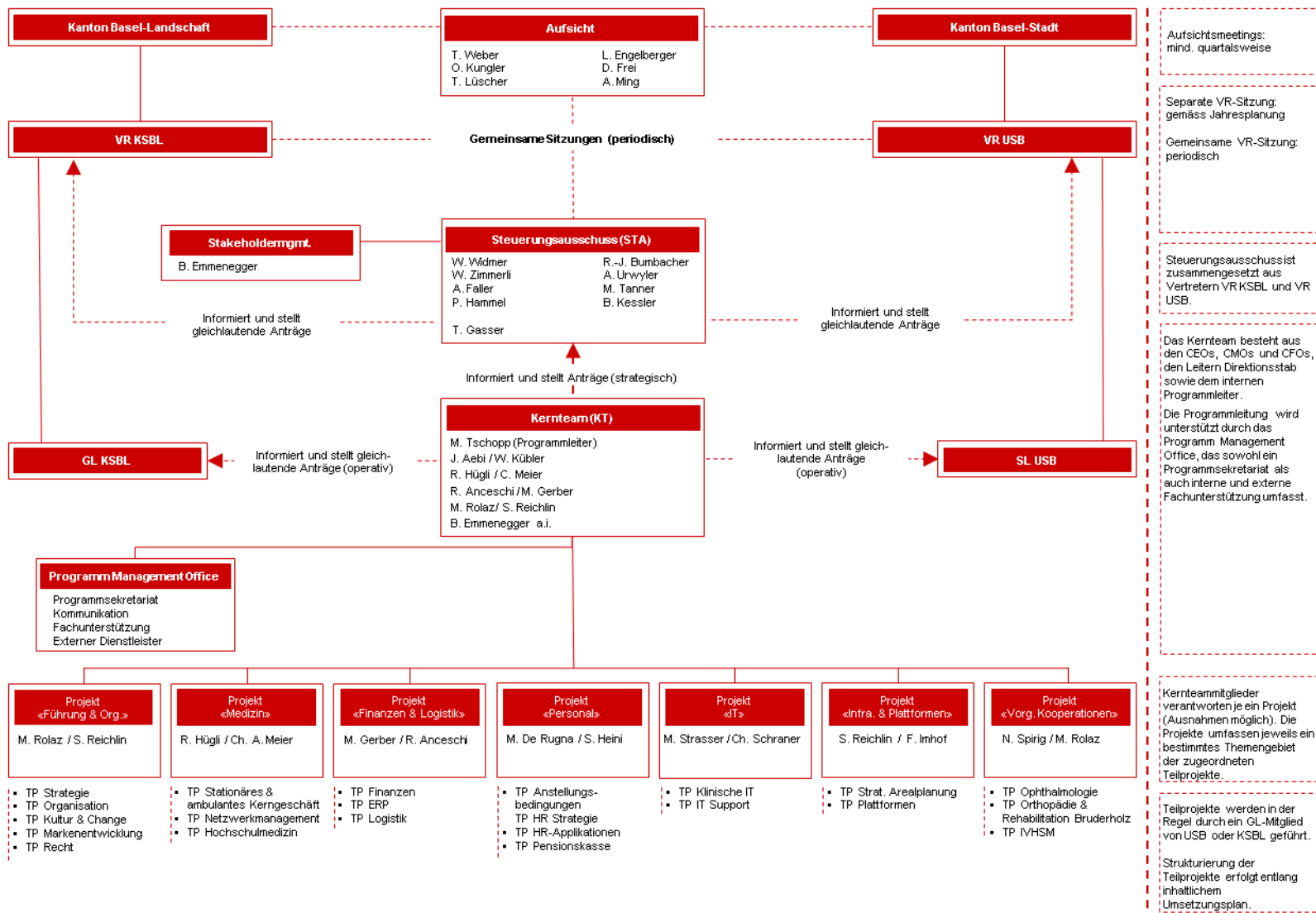
Integrationsfahrplan

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



4.6.2.2 Projektorganisation

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



4.7. Fazit

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

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

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

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

5. Errichtung, Ausgestaltung und Steuerung der Universitätsspital Northwest AG

5.1. Rechtsmodell

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

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlich tragbaren medizinischen Versorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Die Organisation der kantonalen Spitäler in der Rechtsform der Aktiengesellschaft nach dem Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) (OR; SR 220) steht dazu nicht in Widerspruch. Das OR lässt ausdrücklich zu, dass Aktiengesellschaften für andere als für wirtschaftliche Zwecke gegründet werden können (Art. 620 Abs. 3 OR). Damit kann die Durchführung einer öffentlichen Aufgabe in gleichwertiger Weise sichergestellt werden wie mit den traditionellen Formen des öffentlichen Rechts.

Die Spitalgruppe soll in der Rechtsform einer **Aktiengesellschaft (AG) mit öffentlichem Zweck** als zukunftsgerichtet flexibelste und erfolgversprechendste Organisationsform ausgestaltet werden. Mit der Errichtung einer Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck wird unterstrichen, dass das Motiv für die Wahl der Rechtsform der AG nicht in der Erzielung einer Rendite für das investierte Kapital liegt. Die Spitäler stehen auch in der Rechtsform der AG in erster Linie im Dienste der Bevölkerung. Eine AG mit öffentlichem Zweck befindet sich voll oder mehrheitlich im Eigentum der öffentlichen Hand. Wesentliches Element des öffentlichen Zwecks ist das Erfüllen einer öffentlichen Aufgabe. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist als eine öffentliche Aufgabe in beiden Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verankert (§ 26 und 27 der Kantonsverfassung des Kantons Basel-Stadt und § 111 der Kantonsverfassung des Kantons Basel-Landschaft).

Eine Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck kann auch von den kantonalen und kommunalen Steuern befreit werden (vgl. die Erläuterungen zu § 2 des Staatsvertrags), ebenso können Dividenden ausgeschüttet werden.

Die Rechtsform einer AG ist im Hinblick auf allfällige Erweiterungen auf andere Gemeinwesen bzw. gemeinnützige Dritte vorteilhaft. Es ist unter den öffentlichen Spitälern eindeutig auch ein schweizweiter Trend von öffentlich-rechtlichen Anstalten hin zur Form der Aktiengesellschaft zu verzeichnen. Als Beispiele hierzu dienen folgende bereits in der Form einer AG organisierten Spitäler: Spital Thurgau AG, Kantonsspital Aarau AG (KSA), Kantonsspital Baden AG (KSB), Solothurner Spitäler AG und Insel Gruppe AG in Bern. Ein weiterer Vorteil der AG ist darin zu sehen, dass sich durch das Aktienrecht und dessen Vorgaben klare rechnerische bzw. ökonomisch ableitbare Beteiligungsverhältnisse herstellen lassen (Festlegung Aktienkapital, Anzahl Aktien, Nennwert und Stimmrechte). Zudem sind Aktien einfach erwerb- und veräusserbar, wobei sich die entsprechenden Voraussetzungen und/oder Beschränkungen kantonalrechtlich oder vertraglich regeln lassen.

Nach dem Zeitpunkt der Fusion müssen die beiden Kantone zusammen immer mindestens zwei Drittel der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Northwest AG halten. Das übrige Drittel kann von weiteren öffentlich-rechtlichen Körperschaften, von ihnen beherrschten Dritten oder Dritten mit gemeinnütziger Ausrichtung erworben werden. Damit wird einerseits die Mehrheit an der neuen Spitalgruppe bei öffentlich-rechtlichen Trägern bleiben und andererseits die Mitbeteiligung weiterer öffentlicher oder gemeinnütziger privater Gesundheitsunternehmen ermöglicht.

5.2. Vereinbarkeit mit den Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Basel-Stadt:

In § 27 Abs. 1 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005 (Kantonsverfassung, SG 111.100) wird der Kanton damit beauftragt, öffentliche Spitäler und Kliniken zu betreiben. Im zweiten Teilsatz wird explizit festgehalten, dass kantonsübergreifende Trägerschaften anzustreben seien. Absatz 2 von § 27 der Kantonsverfassung BS auferlegt dem Kanton sodann, mit den Gemeinden und privaten Trägerschaften sowie in Absprache mit der Region für die Bereitstellung von weiteren notwendigen öffentlichen Spitälern, Kliniken und Einrichtungen zu sorgen.

Vorliegend errichtet der Kanton Basel-Stadt zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft ein neues öffentliches Spital – die Universitätsspital Nordwest AG. Hierzu gilt es anzumerken, dass das aktuelle Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011 (SG 331.100) aufgrund der bikantonalen, gemeinsamen Trägerschaft auf die neu zu gründende Universitätsspital Nordwest AG keine Anwendung haben kann. Die Universitätsspital Nordwest AG wird vielmehr basierend auf dem nachfolgend erläuterten Regelwerk errichtet und betrieben.

Wenn öffentliche Unternehmen, welche bisher öffentlich-rechtlich organisiert waren, im Rahmen einer Organisationsprivatisierung in private Rechtsformen überführt werden, berührt dies die staatliche Aufgabenträgerschaft nicht. Angestrebt wird vielmehr eine Flexibilisierung und Entpolitisierung der Aufgabenerfüllung. Da es sich lediglich vordergründig um eine Entstaatlichung handelt, spricht man auch von formeller bzw. unechter Privatisierung. Dies im Gegensatz zur Aufgabenprivatisierung, bei welcher der Staat auf die Erfüllung einer bisherigen Aufgabe verzichtet (auch materielle oder echte Privatisierung genannt). Mit anderen Worten wird der Kanton Basel-Stadt nach wie vor dem verfassungsmässigen Auftrag, öffentliche Spitäler zu betreiben, nachkommen. Neu wird sein, dass die Universitätsspital Nordwest AG, wie in der Kantonsverfassung explizit gewünscht, durch eine kantonsübergreifende Trägerschaft betrieben wird.

Diese gemeinsame Trägerschaft kann definiert werden als eine Organisation von zwei oder mehreren Kantonen, welche zum Zweck hat, bestimmte Leistungen im Rahmen der interkantonalen Zusammenarbeit gemeinsam zu erbringen.

Die erforderliche staatliche Beherrschung der Universitätsspital Nordwest AG wird durch § 5 Abs. 2 des Staatsvertrags sichergestellt. In diesem Paragraph ist festgehalten, dass die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zu jedem Zeitpunkt nach der Fusion immer zusammen mindestens zwei Drittel der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG halten müssen.

Die Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG ist demzufolge nicht nur verfassungskonform, vielmehr wird mit der bikantonalen Trägerschaft dem Auftrag Folge geleistet, kantonsübergreifende Trägerschaften anzustreben.

Basel-Landschaft:

Gemäss § 111 Absatz 2 der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. Mai 1984 (KV BL, SGS 100) hat der Kanton BL medizinische Anstalten zu führen. Vom Wortlaut her und ebenso nach dem Willen des Verfassungsgebers ist danach der Kanton BL grundsätzlich beauftragt, eigene, öffentliche Spitäler zu führen. Was deren Rechtsform anbelangt, besteht über den Wortlaut hinaus ein gewisser Spielraum. Zwar wird explizit von „medizinischen Anstalten“ gesprochen. Ob dabei der Verfassungsgeber von der rechtstechnischen Bedeutung des Anstaltsbegriffes ausgegangen ist, ist möglich, gleichzeitig auch fraglich, weil sich dazu in den Materialien keine Hinweise finden. Vom Sinn und Zweck der Verfassungsbestimmung her – nämlich, dass der Kanton grundsätzlich eigene Spitäler führen solle – liegt deshalb der Schluss nahe, dass kantonseigene Spitäler auch in anderen Rechtsformen als bloss in derjenigen einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geführt werden können. Vor diesem Hintergrund ist es nach einer auf den Zweck ausgerichteten (sog.

teleologischen) Verfassungsauslegung vertretbar, dass der Kanton zusammen mit anderen Gemeinwesen ein Spital führt, wie dies beispielsweise heute schon beim UKBB der Fall ist. Es kommt dazu, dass das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Artikel 39 die Kantone dazu anhält, ihre Spitalplanungen zu koordinieren. Nebst der teleologischen auf den Sinn und Zweck einer Norm abstellenden Auslegung deutet demnach eine zeitgemässe Betrachtung ebenfalls darauf hin, dass auch im zentralen Bereich der stationären Gesundheitsversorgung bikantonale Trägerschaften in privatrechtlicher Organisationsform möglich sind. Bei dieser Betrachtungsweise erweist sich die angestrebte bikantonale Universitätsspital Nordwest AG mit der basellandschaftlichen Verfassung (über deren engeren Wortlaut hinaus) ohne entsprechende Anpassung als vereinbar.

5.3. Übersicht über die Governance-Regelungen und Regelwerke

5.3.1. Governance-Regelungen: Entscheidbefugnisse sowie Rechte und Pflichten

Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Governance-Regelungen resp. Entscheidbefugnisse der Parlamente BS und BL, der Regierungen BS und BL, der Generalversammlung (GV) sowie des Verwaltungsrats (VR):

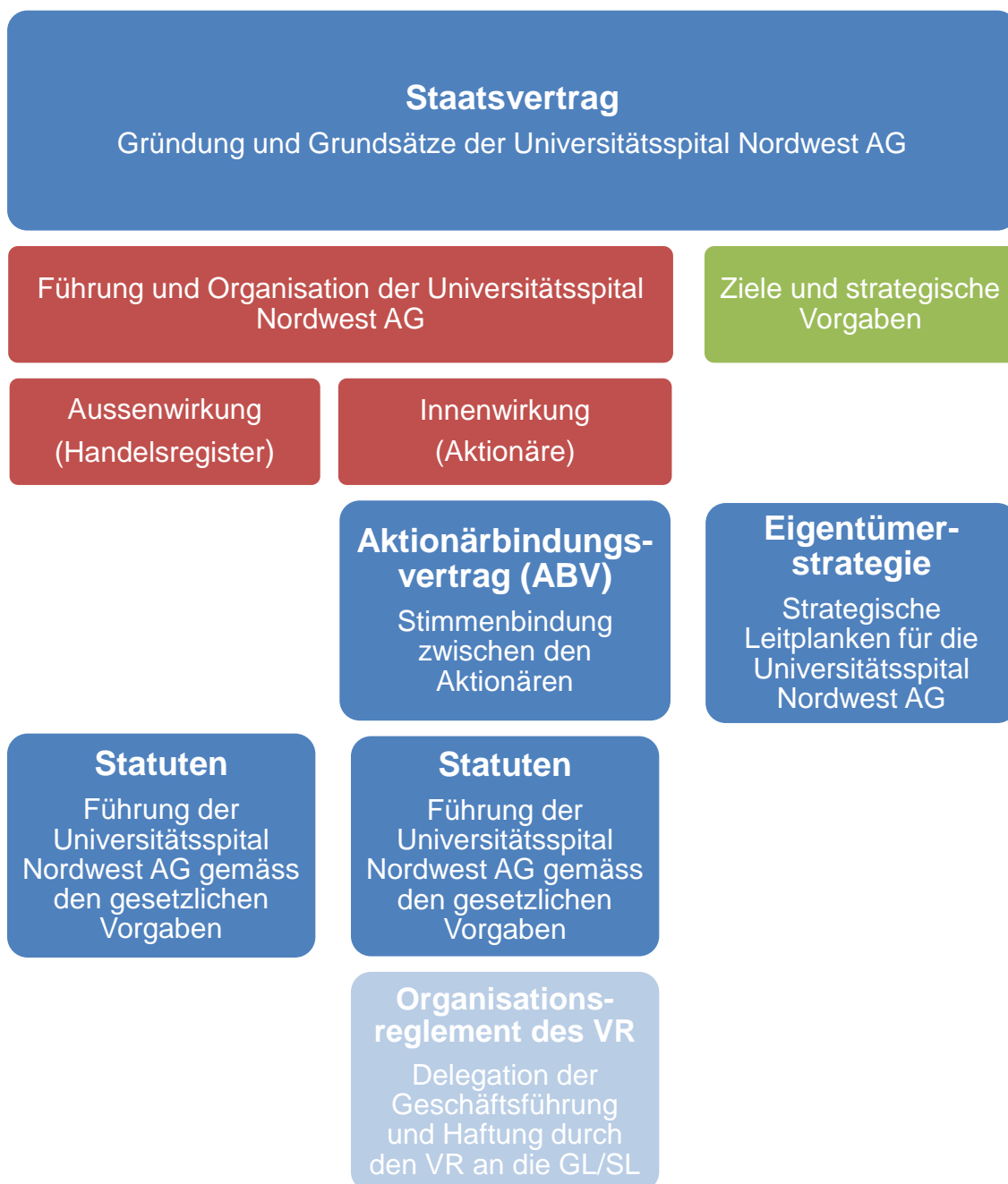
<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung Staatsvertrag • Kenntnisnahme Jahresrechnung und Jahresbericht • Oberaufsichtsrecht • Kenntnisnahme der Eigentümerstrategie und Rückweisungsrecht • IGPK 	Parlamente BS / BL
<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung Gründungsstatuten und Zweck • Bezeichnung Mitglieder und Präsident des ersten VR sowie erste Revisionsstelle • Information der Parlamente über Jahresrechnung und Jahresbericht • Wahrnehmung Rechte und Pflichten als Aktionär v.a. an GV • Auskunft an Oberaufsichtsgremien betr. Wahrnehmung Rechte/Pflichten als Aktionär • Verabschiedung Eigentümerstrategie und Begleitung VR durch Eigentümergespräche 	Regierungen BS / BL
<ul style="list-style-type: none"> • Unübertragbare Befugnisse gemäss Obligationenrecht (Art. 693 OR) • Wichtige Entscheide gemäss Art. 16 der Statuten (mind. 2/3 der vertretenen Stimmen und der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte) 	Generalversammlung
<ul style="list-style-type: none"> • Gemäss Obligationenrecht (Art. 716 OR) • Unübertragbare Befugnisse: Oberleitung Gesellschaft, Festlegung Organisation, Ausgestaltung Rechnungswesen, Finanzplanung, Finanzkontrolle, Ernennung / Abberufung Geschäftsführung, Oberaufsicht über GF, Geschäftsbericht, Org. GV 	Verwaltungsrat

5.3.2. Das Regelwerk

Für die Errichtung der gemeinsamen Universitätsspital Nordwest AG sind folgende Dokumente gesetzlich notwendig resp. vorgesehen:

- Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG;
- Statuten der über die Universitätsspital Nordwest AG;
- Aktionärbindungsvertrag (ABV) zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft;
- Eigentümerstrategie für die über die Universitätsspital Nordwest AG;
- Organisationsreglement des Verwaltungsrats.

Das Verhältnis der Dokumente untereinander kann graphisch wie folgt dargestellt werden:



Die Gründung der Universitätsspital Nordwest AG erfordert somit Regelungen auf verschiedenen Ebenen: Einerseits sind Regelungen in einem Staatsvertrag, in den Statuten und in einem Aktionärbindungsvertrag (ABV) erforderlich. Andererseits werden dem Regelwerk durch die Eigentümerstrategie der Kantone BS und BL strategische Leitplanken gesetzt. Subsidiär, teils jedoch auch zwingend, finden schlussendlich auch die aktienrechtlichen Bestimmungen des OR Anwendung.

Im **Staatsvertrag** werden die Gründungsgrundsätze geregelt. Überdies werden im Staatsvertrag die wichtigsten Rechte und Pflichten der involvierten „Parteien“ und ihrer Organe festgehalten. Bei diesen Parteien handelt es sich einerseits um die Parlamente und die Regierungen der beiden Kantone BS und BL und andererseits um die Generalversammlung und den Verwaltungsrat der Universitätsspital Nordwest AG. Die Parlamente der beiden Kantone nehmen die aktienrechtliche Jahresrechnung und den Jahresbericht der Universitätsspital Nordwest AG von den Regierungen entgegen. Zudem haben die Parlamente als Oberaufsichtsorgane das Recht, von den Regierungen Auskunft über die Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten als Aktionäre zu verlangen. Gemäss § 10 des Staatsvertrags setzen die Parlamente zudem eine interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission (IGPK) ein, dies gemäss Vorbild des Universitäts-Kinderspitals Basel (UKBB). Sinnvollerweise würde die Mitglieder der beiden IGPK identisch sein, da sie bei beiden Kommissionen ähnliche Fragestellungen bearbeiten.

Die Regierungen ihrerseits genehmigen als Aktionäre die Gründungsstatuten und legen den Zweck der Universitätsspital Nordwest AG fest. Sie bezeichnen die Mitglieder und die Präsidentin oder den Präsidenten des ersten Verwaltungsrats und die Revisionsstelle und erstellen und genehmigen den Fusionsbericht.

Die Kantone werden in der Universitätsspital Nordwest AG an der Generalversammlung durch die beiden Regierungen resp. deren Delegierte vertreten.

Die **Statuten** sind für Aktiengesellschaften gesetzlich vorgeschrieben. Der Begriff steht für die grundlegenden Rechtsnormen, die sich eine Gesellschaft gibt. Der Gesetzgeber hat dazu Mindestanforderungen vorgeschrieben (für die AG in Art. 626 ff OR). Die Statuten entfalten eine Aussenwirkung, da diese im Handelsregister hinterlegt werden.

Der Entwurf der Statuten äussert sich in den Artikeln 8 – 25 zu den Organen der Gesellschaft (Generalversammlung, Verwaltungsrat und Revisionsstelle). Es werden unter anderem die unübertragbaren Befugnisse, die Einberufung und Beschlussfassung geregelt.

Die Beschlüsse der GV werden grundsätzlich mit der relativen Mehrheit der abgegebenen Aktienstimmen (Artikel 16) und die des VR mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Der VR ist bei Anwesenheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder beschlussfähig (Artikel 21).

Ferner werden Jahresrechnung, Gewinnverwendung und die Reservenbildung geregelt sowie die Modalitäten der Auflösung resp. Liquidation der Universitätsspital Nordwest AG.

Die vorliegenden Statuten sind die Gründungsstatuten im Fusionszeitpunkt.

Im **Aktionärbindungsvertrag (ABV)** werden die Rechte und Pflichten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft als Aktionäre der zu gründenden AG beschrieben. Ein Aktionärbindungsvertrag wird zwischen zwei oder mehreren Aktionären für die Koordination der Ausübung ihrer Aktionärsrechte bezüglich einer bestimmten Aktiengesellschaft (AG) geschlossen. Der ABV entfaltet keine Aussenwirkung, sondern regelt das Verhältnis unter den Aktionären ausserhalb der Statuten, primär die Punkte:

- Kaufrechte, Vorkaufsrechte, Kaufpflichten etc.;
- Übernahmerechte;
- Stimmrechtsausübung;

- Vertretungen.

Der ABV dient der Ausgestaltung der Rechte und Pflichten der beiden Kantone als Aktionäre untereinander sowie der Festlegung von partnerschaftlichen Verfahren der Entscheidungsfindung und -vorbereitung. Neben den direkten Rechtsbeziehungen zwischen den Aktionären enthält der ABV auch Bestimmungen darüber, wie die Aktionäre bei wichtigen Entscheidungen ihre Stimmrechte ausüben und damit die Universitätsspital Nordwest AG prägen.

Die **Eigentümerstrategie** hält die Ziele der Eigentümer mit der Beteiligung fest, gibt strategische Leitplanken / Vorgaben an den Verwaltungsrat der Universitätsspital Nordwest AG vor und definiert die Berichts- und Informationspflichten.

Weitere Ausführungen zur Eigentümerstrategie finden sich nachfolgend in Kapitel 5.5.4.

Der ABV und die Statuten sind Elemente aus dem Privatrecht. Der Staatsvertrag ist ein Vertrag des öffentlichen Rechts. Die Eigentümerstrategie wiederum ist eine strategische Vorgabe der Eigner an die Spitäler entsprechend den jeweiligen Rechtsgrundlagen zur Führung der kantonalen Beteiligungen (Public Corporate Governance).

5.3.3. Die Regelungsebenen

Neben dem Staatsvertrag zur gemeinsamen Universitätsspital Nordwest AG gibt es als Grundlagen für die Führung und Organisation – wie im vorigen Kapitel erläutert – einen ABV und die Statuten.

Die Regelungsebenen dieser drei Dokumente ergeben sich aus folgender Tabelle:

Staatsvertrag: Regelt Gründung und Grundsätze der Universitätsspital Nordwest AG; hat Aussenwirkung. Der Staatsvertrag unterliegt der Genehmigung der beiden Parlamente und in beiden Kantonen dem obligatorischen Referendum.

- Rechtsnatur, Sitz, Zweck, Steuerbefreiung
- Gründung und Übertragung der Spitalbetriebe
- Beteiligungsverhältnis
- Aktionsärsrechte / Kauf- / Vorkaufsrechte
- Beteiligungsstruktur und Veräusserung von Aktien
- Eigentümerstrategie
- Informationspflicht / IGPK
- Rechtsnatur der Arbeitsverhältnisse
- Ausgestaltung Pensionkasse
- Rechtsbeziehungen zu Patientinnen / Patienten
- Haftung
- Datenschutz und Zugang zu Informationen
- Auflösung / Liquidation
- Streitigkeiten
- Vertragsdauer / Kündigung

Aktionärbindungsvertrag (ABV): Regelt die Stimmenbindung zwischen den Aktionären; hat keine Aussenwirkung. Der ABV wird durch die beiden Regierungen abgeschlossen.

- Zweck
- Beteiligungsstruktur
- GV (Ausübung Stimmrechte)
- VR (Zusammensetzung / Organisation / Befugnisse / Wahl)
- Rechte und Pflichten der Kantone als Aktionäre
- Revisionsstelle und Rechnungslegung
- Berichterstattung
- Veräusserungsbeschränkungen (Kauf-/Vorkaufsrechte)
- Erweiterbarkeit auf Dritte
- Regelungen über die Auflösung der Gesellschaft

Statuten: es gelten die Mindestanforderungen gemäss Obligationenrecht; haben Aussenwirkung. Die Statuten werden durch die Generalversammlung verabschiedet.

- Sitz, Zweck
- Aktienkapital / Aktien
- Organisation der Gesellschaft (Organe, Unübertragbare Befugnisse der GV, Mindestquorum für wichtige Beschlüsse der GV, Zusammensetzung VR, Beschlussfassung VR, Revisionsstelle)
- Jahresrechnung, Gewinnverwendung, Reserven
- Auflösung / Liquidation

5.4. Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG

5.4.1. Gründung



Eine AG entsteht mit der öffentlich zu beurkundenden Gründung, bei der die Gründer die Statuten festlegen sowie den Verwaltungsrat und die Revisionsstelle bestellen. Die AG wird anschliessend an ihrem Sitz ins Handelsregister eingetragen.

Im vorliegenden Fall ist ein zweistufiges Gründungs- bzw. Fusionsverfahren vorgesehen, wobei die Universitätsspital Nordwest AG in einem ersten Schritt bereits vor dem 1. Januar 2020 gegründet und in einem zweiten Schritt per 1. Januar 2020 operativ tätig wird, wobei auf diesen Zeitpunkt USB und KSBL durch eine (Absorptions-) Fusion in die Universitätsspital Nordwest AG überführt werden sollen.

Die AG soll bereits vor der Aufnahme der operativen Tätigkeit mit einem minimalen Aktienkapital gegründet werden, um Vorbereitungen treffen bzw. Grundlagen für die Aufnahme der operativen Tätigkeit schaffen zu können. Per Zeitpunkt der Aufnahme der operativen Tätigkeit erfolgt dann die eigentliche Fusion des USB und KSBL zur Universitätsspital Nordwest AG, welcher die Unterzeichnung des Fusionsvertrags zwischen den beiden Kantonen und den beiden Spitälern vorangeht. Bei der Fusion erfolgt eine Aktienkapitalerhöhung durch Übertragung der Aktiven und Passiven bzw. Rechte und Pflichten der bisherigen Spitäler USB und KSBL auf die Universitätsspital Nordwest AG. Dazu muss rechtzeitig vorher ein Zwischenabschluss durch die beiden Spitäler erstellt werden, um die Aktiven und Passiven bewerten und das Aktienkapital und dessen Verteilung auf die beiden Trägerkantone definitiv bestimmen zu können.

Gemäss § 4 Abs. 1 des Staatsvertrags obliegt der Vollzug der Überführung des USB und KSBL in die neu zu gründende Universitätsspital Nordwest AG den beiden Regierungen. Vorbereitende Handlungen können in Abstimmung mit den beiden Regierungen auch durch die Verwaltungsräte des USB und KSBL vorgenommen werden.

5.4.2. Überführung von Aktiven und Passiven der bisherigen Spitäler

Die Aktiven und Passiven des USB und des KSBL werden per Stichtag der Fusion auf die Universitätsspital Nordwest AG überführt. Dazu ist ein Fusionsvertrag und ein Fusionsbericht zu erstellen, welche durch einen zugelassenen Revisionsexperten zu prüfen sind. Grundlage für die Überführung bildet jeweils ein unterjähriger Zwischenabschluss für das USB und das KSBL (z.B. per 30. Juni oder 30. September 2019).

Ebenfalls gehen die Rechte und Pflichten des USB und des KSBL auf den Zeitpunkt der Fusion – zusammen mit Aktiven und Passiven – auf die Spitalgruppe über. Dies betrifft auch sämtliche Liegenschaften sowie die bisher bestehenden Baurechtsverträge.

5.4.3. Unternehmensbewertung und Beteiligungsverhältnis

Die Unternehmensbewertung hat die Ermittlung des Wertes von ganzen Unternehmen oder von Anteilen an Unternehmen zum Gegenstand. Die Unternehmensbewertung des USB und KSBL stellt die **Grundlage für die Vereinbarung des Beteiligungsverhältnisses** bzw. der Anteile von BS und BL am Eigenkapital der neuen Spitalgruppe dar.

Es existieren verschiedene **Methoden** zur Ermittlung des Unternehmenswertes. Im Rahmen der durchgeführten Analysen wurde im Jahr 2016 durch das USB und das KSBL eine Financial Due Diligence (FDD), mit externer Unterstützung durch Ernst & Young (EY), durchgeführt. Dabei wur-

den die Substanzwertmethode (bewertungsrelevantes Eigenkapital) und die Discounted Cash-Flow-Methode als Bewertungsgrundlage verwendet. Zweck der FDD war die Prüfung, ob verdeckte finanzielle Risiken bei einem Zusammenschluss für eines der Spitäler bestehen. **Betrachtungsobjekte** bzw. Ausgangspunkte sind der **Konzern USB** (inkl. eingebrachte Beteiligungen des USB) und das **KSBL**.

Die **Analysen für die Jahre 2014 und 2015** bzw. deren Jahresabschlüsse ergaben, dass es keine fundamentalen Risiken und damit auch keine Hindernisse für einen Zusammenschluss gibt, da die Jahresabschlüsse von USB und KSBL ein zuverlässiges Bild ihrer jeweiligen finanziellen bzw. wirtschaftlichen Lage zeigten.

Die beiden Spitäler hatten den Auftrag erhalten, im Herbst 2017 die Unternehmensbewertung für das USB und KSBL nach der Substanzwert- und DCF-Methode basierend auf den **Jahresabschlüssen 2016** sowie **aktualisierten spitalspezifischen („Stand-alone“) Businessplänen** zu aktualisieren und zu vertiefen sowie eine Prüfung durch einen externen Experten durchführen zu lassen, um im Hinblick auf die geplante Unterzeichnung des Staatsvertrages über gesicherte Annahmen über die Unternehmenswerte und die Beteiligungsverhältnisse zu erhalten bzw. Bewertungsrisiken minimieren zu können.

Die **Bewertungen** durch die beiden externen Experten KPMG und EY ergaben dabei folgende Ergebnisse:

- Als Ergebnis der Substanzwert-Bewertung wurde für das KSBL ein Eigenkapitalwert in der Bandbreite von 168.8 – 277.9 Mio. Franken ermittelt. Der Eigenkapitalwert des USB beläuft sich der Bewertung zur Folge auf 632.3 Mio. Franken;
- Die Bewertung der Businesspläne mit DCF-Methode ergab gemäss KPMG beim KSBL einen Wert von 428.8 Mio. Franken, beim USB einen Wert von 810.8 Mio. Franken. Beide Spitäler hatten KPMG einen Businessplan vorgelegt, den KPMG als zu optimistisch beurteilt hat. Deshalb hat KPMG die beiden Businesspläne für die oben erwähnte DCF-Bewertung aufgrund einer systematischen und differenzierten Analyse der einzelnen Annahmen mit einer über alle geprüften Aspekte summierten Risikoprämie von 2,1 % (USB) bzw. 1,3 % (KSBL) korrigiert;
- Die Ergebnisse der DCF-Bewertung durch EY ergaben beim KSBL einen Wert von 282.8 Mio. Franken, beim USB einen Wert von 681.1 Mio. Franken. Die Ergebnisse von EY wurden durch die beiden Spitäler jedoch als zu wenig differenziert beurteilt, weswegen im Weiteren auf die Ergebnisse von KPMG abgestellt wurde.

Nachfolgende Übersicht zeigt die Resultate sämtlicher durchgeführter Bewertungsansätze auf:

A) Bewertungen von EY und KPMG

SUBSTANZWERTE gemäss EY vom 25.8.2017		
	KSBL 31.12.2016	USB 31.12.2016
Eigenkapital	54.2 Mio.	537.9 Mio.
Umwandlung Aktionärsdarlehen Kanton BL	152.9 Mio.	
Nominelles Eigenkapital	207.1 Mio.	537.9 Mio.
Beteiligungsverhältnis	27.8%	72.2%
Investitionszuschüsse		8.8 Mio.
Nicht beanspruchte Rückstellungen		9.3 Mio.
Fonds und Drittmittel		76.3 Mio.
Zwischentotal	207.1 Mio.	632.3 Mio.
Beteiligungsverhältnis	24.7%	75.3%
Auflösen PK-Rückstellung	45.7	
Fonds und Drittmittel	-6.8 Mio.	-76.3 Mio.
Harmonisierung Rückstellung Dienstaltersgeschenke		2.9 Mio.
Bereinigtes Eigenkapital	246.0 Mio.	558.9 Mio.
Beteiligungsverhältnis bereinigt	30.6%	69.4%

DCF-Werte		
	KSBL 31.12.2016	USB 31.12.2016
Gemäss EY, mit Umwandlung Darlehen BL	282.8 Mio.	681.1 Mio.
Beteiligungsverhältnis DCF EY	29.3%	70.7%
Gemäss KPMG, mit Umwandlung Darlehen BL	428.8 Mio.	810.8 Mio.
Beteiligungsverhältnis DCF KPMG	34.6%	65.4%

Bei den Substanzwerten wurde beim KSBL von 207.1 Mio. Franken ausgegangen (nominelles Eigenkapital nach Umwandlung Aktionärsdarlehen Kanton BL), beim USB von 632.3 Mio. Franken (nominelles Eigenkapital plus Fremdkapitalpositionen mit Eigenkapitalcharakter). Die Substanzwerte wurden wie folgt bereinigt:

- Es wurde auf eine Korrektur des Buchwertes Bruderholz (Impairment) verzichtet, da zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bekannt ist, welche der vorhandenen Infrastruktur künftig von der Spitalgruppe genutzt werden wird. Zudem zeigte sich, dass der mutmassliche Restwert der Immobilien am KSBL-Standort Bruderholz bei Abschluss der Umsetzung des Zielbildes in 2026 vergleichsweise klein sein und insbesondere das Bettenhaus voraussichtlich abgeschrieben sein wird;
- Aufgrund der Integration der Pensionskasse KSBL in diejenige des USB im System der Teilkapitalisierung kann die PK-Rückstellung von 45.7 Mio. Franken beim KSBL aufgelöst werden;
- Der Anteil der Fonds und Drittmittel des USB im Betrag von 76.3 Mio. Franken, der gemäss Substanzwertbewertung von EY einen Eigenkapitalcharakter aufweist, aber bisher im Fremdkapital des USB bilanziert wird, wird wie bisher im Fremdkapital belassen. Hintergrund dazu ist, dass es sich dabei nicht um freie Mittel handelt, sondern Mittel mit einer (internen) Zweckbindung. Ebenso werden die Fonds des KSBL im Umfang von 6.8 Mio. Franken dem Fremdkapital zugerechnet;
- In der Bilanz des USB ist eine Rückstellung für Dienstaltersgeschenke im Betrag von 2.9 Mio. Franken enthalten. Im KSBL bestehen ebenfalls anwartschaftliche Dienstaltersgeschenke, diese werden jedoch nicht zurückgestellt. Um eine diesbezügliche Vergleichbarkeit zwischen den beiden Spitälern herzustellen, wird daher die bestehende

Rückstellung beim USB für die Bewertung auf das Eigenkapital des USB aufgerechnet. Die für die Mitarbeitenden bestehenden Anwartschaften für Dienstaltersgeschenke bleiben jedoch bestehen.

Die vereinbarten bereinigten Substanzwerte betragen damit 246.0 Mio. Franken für das KSBL und 558.9 Mio. Franken für das USB.

B) Herleitung Beteiligungsverhältnis

Die **Substanzbewertung** ist stichtagsbezogen und beruht auf erzielten Ergebnissen in der Vergangenheit. Ihre Aussagekraft für die Zukunft hängt davon ab, wie wenig die unternehmerische Zukunft sich von der Vergangenheit unterscheidet. Es ist allerdings davon auszugehen, dass verschiedene unternehmerische Rahmenbedingungen der Spitäler in mittlerer Zukunft vom Regulator verändert werden.

Die **Discounted Cash-Flow - Bewertung** (DCF) ist zukunftsorientiert und dynamisch. Diese Ertragswertmethode hängt von Annahmen ab, die umso unsicherer sind, je weiter entfernt die Jahre liegen, auf welche sie sich beziehen. Die DCF-Bewertung von KPMG hat ergeben, dass der berechnete Unternehmenswert sich zu mehr als 95% aus dem Residualwert zusammensetzt, welcher sich nach 20 Jahren und später einstellt. Auch hier gilt, dass der Spitalmarkt stark reguliert ist. Künftige politische Entscheidungen, welche die Rahmenbedingungen der Spitäler verändern werden, sind schwer voraussehbar.

Die Unternehmensbewertung ist keine exakte Wissenschaft. Es ist deshalb üblich, dass sich die Eigner bei einem Zusammenschluss von Unternehmungen unter Berücksichtigung der Expertenbewertungen, aber auch unter Berücksichtigung weiterer Aspekte auf ein Beteiligungsverhältnis einigen.

Die Berücksichtigung der DCF-Bewertung gemäss KPMG ermöglicht eine geringfügige Erhöhung des Beteiligungsverhältnisses des Kantons BL an der Spitalgruppe gegenüber der Substanzbewertung. Diese Anhebung widerspiegelt die Entwicklung des KSBL aufgrund politischer und unternehmerischer Entscheide (Ablehnung der Bruderholz-Initiative, Umbau Angebot am Standort Bruderholz, Umsetzung der Departementalisierung über die drei Standorte Liestal, Bruderholz und Laufen), welche gegenüber der Vergangenheit positiver einzuschätzen ist.

Das Obligationenrecht (Art. 704) kennt die Forderung der Zweidrittelmehrheit bei wichtigen Beschlüssen der Generalversammlung einer Aktiengesellschaft. Im Staatsvertrag zur Spitalgruppe wollen die beiden Parteien wichtige Entscheidungen so regeln, dass sie nur bei Einigkeit der beiden Parteien zustande kommen. Da die Expertenbewertungen in der Nähe von einem Drittel zu zwei Dritteln liegen, ist in Anlehnung an das Obligationenrecht zum Zeitpunkt der Betriebsaufnahme ein Beteiligungsverhältnis BL 33.4% zu BS 66.6% sinnvoll. Nicht inbegriffen ist hierbei die Möglichkeit von BL, vom Kaufrecht frühzeitig Gebrauch zu machen.

Der operative Zusammenschluss von KSBL und USB ist auf den 1. Januar 2020 vorgesehen. Vorausgesetzt, dass der Geschäftsverlauf der beiden Spitäler bis Ende 2019 im üblichen Rahmen verläuft, soll das Beteiligungsverhältnis mit Blick auf Art. 704 OR mindestens **33.4% für BL** und höchstens **66.6% für BS** betragen. „Mindestens“ deshalb, weil BL gemäss § 7 Abs. 3 des Staatsvertrags zusätzlich zum gegenseitigen Vorkaufsrecht gegenüber dem Kanton BS ein Kaufrecht an denjenigen Anteilen des Kantons BS hat, welche die Hälfte des Aktienkapitals übersteigen.

Anzustrebendes Beteiligungsverhältnis	
BL	BS
<i>mindestens 33.4%</i>	<i>höchstens 66.6%</i>

C) Umsetzung Beteiligungsverhältnis

Nachfolgend wird die Umsetzung des angestrebten Beteiligungsverhältnisses, welches in § 5 des Staatsvertrages zur Beteiligung der Kantone vereinbart wurde, beschrieben.

Ausgangspunkt bildet das bereinigte Eigenkapital per Ende 2016:

Position (in Mio. Fr.)	KSBL	USB	Total
Bereinigter Substanzwert	246.0	558.9	804.9
Beteiligungsverhältnis	30.56%	69.44%	100.0%

Damit beträgt die Lücke zum angestrebten Beteiligungsverhältnis von mindestens 33.4% für BL 2.84%-Punkte. Bezogen auf den bereinigten Substanzwert der Spitalgruppe von 804.9 Mio. Franken beträgt die Lücke 22.8 Mio. Franken. BL und BS haben in § 5 Abs. 2 des Staatsvertrages vereinbart, dass BL im Hinblick auf das in Abs. 1 vereinbarte Beteiligungsverhältnis eine Einkaufssumme von 11.4 Mio. Franken an BS leistet. Dies entspricht der Hälfte der Lücke zum Mindestanteil von BL von 33.4% an der Spitalgruppe. Die andere Hälfte der Lücke wird BL aufgrund des Ergebnisses der DCF-Bewertung von KPMG angerechnet, welche für BL bzw. das KSBL einen Maximalanteil von 34.6% ergab.

Daraus ergeben sich folgende Anteile am Eigenkapital der Spitalgruppe unter Berücksichtigung des Ziel-Beteiligungsverhältnisses:

Position (in Mio. Fr.)	BL	BS	Total
Bereinigter Substanzwert	246.0	558.9	804.9
Einkauf BL bei BS	11.4	-11.4	
Differenz zu Substanzwert aufgrund Anrechnung DCF	11.4	-11.4	
Anteile Kantone an Eigenkapital Spitalgruppe	268.8	536.1	804.9
Beteiligungsverhältnis bei Vollzug Fusion	33.4%	66.6%	100.0%

D) Korrekturmechanismen bei Substanzwertveränderungen

In den drei Geschäftsjahren 2017 – 2019 bis zum Start der Spitalgruppe können grössere Veränderungen bei den Spitälern nicht ausgeschlossen werden, welche eine Anpassung des Beteiligungsverhältnisses erfordern würden.

Solche grösseren Veränderungen liegen vor, wenn definierte Bandbreiten über- oder unterschritten werden und Korrekturmassnahmen eingeleitet werden müssten. Im Vordergrund steht der **Substanzwert**, welcher durch einen unabhängigen Experten im Rahmen eines Zwischenabschlusses im 2019 (z.B. per 30. Juni oder 30. September) im Hinblick auf die Fusion wieder zu ermitteln ist.

Ausgangspunkt ist ein Verhältnis der bereinigten Eigenkapitalien per Ende 2016 von 30.6 % zu 69.4 %, vorausgesetzt, dass das Aktionärsdarlehen des Kantons BL in der Höhe von 152.9 Mio. in Eigenkapital umgewandelt wird. Das KSBL rechnet in der Transformationsphase von 2017 bis 2019 aufgrund von vorgezogenen Massnahmen mit Blick auf die Spitalgruppe mit Verlusten zu Lasten des Eigenkapitals von insgesamt rund 9 Mio. Franken. Damit verschlechtert sich das Beteiligungsverhältnis. Eine entsprechende Reduktion des Beteiligungsanteils BL wäre jedoch nicht

folgerichtig, weil die Verluste aus Strukturanpassungen resultieren, die auch im Hinblick auf die Spitalgruppe vorgenommen werden.

Es wird deshalb folgender Korrekturmechanismus vorgesehen, welcher in § 5 Abs. 2 bis 4 des Staatsvertrages sowie im Aktionärsbindungsvertrag geregelt wird:

1. Liegt der Substanzwert des KSBL (exkl. Fonds) zum Zeitpunkt der Fusion unter einem zu definierenden Minimalwert, ist die entsprechende Differenz zum Minimalwert durch BL auszugleichen.
2. Der Minimalwert des KSBL liegt bei einem bereinigten Substanzwert (exkl. Fonds) per 31.12.2016 von 246 Mio. Franken, vermindert um die erwarteten kumulierten Defizite für die Jahre 2017 – 2019 von 9 Mio. Franken bei gerundet 237 Mio. Franken (= 96.3% des bereinigten Substanzwerts).
3. Der Minimalwert des USB liegt bei einem bereinigten Substanzwert (exkl. Fonds) per 31.12.2016 von 558.9 Mio. Franken bei 538.5 Mio. Franken (= 96.3% des Substanzwerts).
4. Liegt ausschliesslich der Substanzwert KSBL zum Zeitpunkt der Fusion unter dem in Ziffer 2 genannten Minimalwert, erfolgt der Ausgleich durch den Kanton BL (Bsp. 1 in unten stehender Tabelle).
5. Liegt ausschliesslich der Substanzwert USB zum Zeitpunkt der Fusion unter dem in Ziffer 2 genannten Minimalwert, erfolgt kein Ausgleich durch den Kanton BS, jedoch erfolgt eine Anpassung des Anteils BS am Aktienkapital der Spitalgruppe (Bsp. 2).
6. Liegen beide Substanzwerte zum Zeitpunkt der Fusion unter den in Ziffern 1 und 2 genannten Minimalwerten, erfolgt der Ausgleich durch den Kanton BL wenn die proportionale Unterschreitung des Minimalwertes grösser ist als beim USB. BL gleicht in diesem Fall aus, bis die proportionale Unterschreitung des USB erreicht wird (Bsp. 3).

Zielsubstanzwert per	KSBL	USB	Unterschreitung Minimalwert				Ausgleich Unterschreitung	
			KSBL		USB		Betrag	durch
31.12.2019 (Mio. CHF)	246.0	558.9						
Minimalwert (Mio. CHF)	237.0	538.5	CHF	%	CHF	%		
<i>Bsp. 1</i> Substanzwert per 31.12.19	230.0	-	-7.0	3.0%	-	-	7.0	BL
<i>Bsp. 2</i> Substanzwert per 31.12.19	-	531.0	-	-	-7.5	1.4%	<i>Es erfolgt keine Ausgleichszahlung, sondern eine Anpassung des BS-Anteils.</i>	
<i>Bsp. 3</i> Substanzwert per 31.12.19	230.0	531.0	-7.0	3.0%	-7.5	1.4%	3.7	BL

7. Ein allfälliger Abschreibungsbedarf der Gebäude am Standort Bruderholz wird nicht berücksichtigt. Damit kommt zum Ausdruck, dass es nicht absehbar sein wird, in welchem Umfang und bis zu welchem Zeitpunkt insbesondere das Bettenhaus in der Spitalgruppe noch benötigt wird sowie, dass der potentielle Abschreibungsbedarf letztlich als gering bezeichnet werden kann und die baulichen Anpassungen am Standort Bruderholz weitgehend auch dem Erreichen des Zielbilds der Spitalgruppe dienen.
8. Analog werden Kosten, welche im Rahmen von Abfederungsmassnahmen im Bereich der neuen Vorsorgelösung für die USB-Mitarbeitenden anfallen, hier nicht berücksichtigt, sondern durch die Spitalgruppe getragen.

BS behält sich vor, das im Vergleich zum definierten Minimalwert überschliessende Eigenkapital des USB über entsprechende Massnahmen (Umwandlung von Eigenkapital des USB in Fremdkapital, Entnahme Gewinnreserve/Gewinn) auszugleichen.

Sollten sich zum Zeitpunkt der Fusion die Substanzwerte des KSBL und USB auf den gemäss Staatsvertrag vereinbarten Minimalwerten befinden, ergäben sich nachfolgende Anteile am Eigenkapital der Spitalgruppe für die beiden Kantone:

Position (in Mio. Fr.)	KSBL	USB	Total
Minimaler Substanzwert	237.0	538.5	775.5

Position (in Mio. Fr.)	BL	BS	Total
Anteile Kantone an Eigenkapital Spitalgruppe	259.0	516.5	775.5
Ziel-Beteiligungsverhältnis	33.4%	66.6%	100.0%

Die Lücke zwischen dem minimalen Substanzwert des KSBL und den Anteil BL an der Spitalgruppe gemäss Ziel-Beteiligungsverhältnis würde damit 22 Mio. Franken betragen. Die gemäss Staatsvertrag definierte Einkaufssumme für BL im Wert von 11.4 Mio. Franken würde nicht mehr angepasst, sondern auf der Vereinbarung zum Zeitpunkt des Abschlusses des Staatsvertrages belassen.

E) Wahrung des Beteiligungsverhältnisses

Ein gemeinsames Verständnis herrscht in den beiden Spitälern und bei den Eigentümern darüber, dass die Übergangszeit nicht für Massnahmen genutzt werden soll, die kurzfristig zu einer höheren Bewertung führen, aber mittel- bzw. langfristig dem eigenen Betrieb schaden.

Hierzu gelten bis zur mutmasslichen Betriebsaufnahme der Unispital Nordwest AG per 1. Januar 2020 die folgenden Zielvorgaben, über die jeweils per Ende Semester Bericht zu erstatten ist:

- **EBITDA:** Der EBITDA ist relevant bei der Finanzierung der für die langfristige Erneuerung der Infrastruktur des Spitals erforderlichen Investitionen. Er soll in beiden Spitälern in den Jahren 2017, 2018 und 2019 im Durchschnitt innerhalb der Bandbreite von 4%-8% liegt.
- **Investitionen:** Mit zu tiefen Investitionen können die Abschreibungen und Zinsen tief gehalten und so der Gewinn und in der Folge das Eigenkapital erhöht werden. Zu tiefe Investitionen liegen aber nicht im langfristigen Interesse der Spitalgruppe und sollen deshalb nicht zur Verbesserung des Beteiligungsverhältnisses vorgenommen werden. Die Investitionen der Jahre 2017, 2018 und 2019 sollen im Durchschnitt mindestens gleich hoch sein wie die Abschreibungen.
- **Vollzeitstellen:** Die vorgesehene Reduktion des stationären Angebots am Standort Bruderholz wird zu einem geringeren Personalbedarf führen. Die Spitalgruppe will ohne Entlassungen vorgehen. Ein Ausbau der Vollzeitstellen vor dem Start der Spitalgruppe erschwert dieses Anliegen und soll deshalb vermieden werden. Umgekehrt führt ein massiver Stellenabbau vor dem Start der Spitalgruppe zu einer Gefährdung des Betriebs und ist ebenso zu vermeiden. Ausgehend von den Vollzeitstellen anfangs 2017 soll die Entwicklung der Vollzeitstellen innerhalb der Bandbreite von -15% bis +5% liegen.

Bei Abweichungen von den oben genannten Zielvorgaben haben die Spitäler Gespräche aufzunehmen, entsprechende Massnahmen zu prüfen und jeweils die Eigner im Rahmen der Projektaufsicht über allfällig getroffene Massnahmen zu informieren.

Für die Beurteilung der Geschäftsjahre 2017, 2018 und 2019 werden jeweils die nach Swiss GAAP FER erstellten und revidierten Jahresrechnungen herangezogen.

5.4.4. Zusammenführung von USB und KSBL zur Universitätsspital Nordwest AG

Im Rahmen der Fusion werden die Aktiven und Passiven des USB und KSBL in die Spitalgruppe übertragen.

(Rechtliche und rechnerische) **Zusammenführungsobjekte** sind das **Stammhaus USB** (öffentlich-rechtliche Anstalt USB) und das **KSBL**. Die Beteiligungen im heutigen Konzern USB kommen über das Stammhaus USB in die Spitalgruppe. Entsprechend sind die beiden Trägerkantone dann auch anteilig Eigentümer am Konzern Spitalgruppe.

Nachfolgend wird die Zusammenführung des USB und des KSBL auf der **Basis der Werte der Jahresabschlüsse 2016 beispielhaft** dargestellt:

Positionen	USB *	USB für Fusion **	KSBL	KSBL für Fusion ***	Spitalgruppe ****
<i>(Geldwerte in Mio. Fr.)</i>	2016	2016	2016	2016	2016
Umlaufvermögen	378.6	378.6	156.7	156.7	535.3
Anlagevermögen	473.7	473.7	170.6	170.6	644.3
Total Aktiven	852.3	852.3	327.3	327.3	1'179.6
Kurzfristiges Fremdkapital	105.8	105.8	42.7	42.7	148.5
Langfristiges Fremdkapital	203.2	185.1	230.4	38.6	223.7
Total Fremdkapital	309.0	290.9	273.1	81.3	372.2
Dotationskapital	489.2	489.2	109.0	261.9	751.1
Freie Fonds			6.8		
Neubewertungsreserven			4.1	4.1	4.1
Gewinnreserven / -vortrag	54.1	72.2	-65.7	-20.0	52.2
Total Eigenkapital	543.3	561.4	54.2	246.0	807.4
Total Passiven	852.3	852.3	327.3	327.3	1'179.6

Anmerkungen:

* Das Eigenkapital des Stammhauses USB ist mit 543 Mio. Franken rund 5 Mio. Franken höher als das Eigenkapital des Konzerns USB von rund 538 Mio. Franken, welches in die Substanzbewertung des Konzerns USB eingeflossen ist, die zur Ermittlung des Beteiligungsverhältnisses dient (siehe Kapitel 5.4.3).

** Umgliederung der Investitionszuschüsse und nicht beanspruchten Rückstellungen vom Fremdkapital zu den Gewinnreserven / -vortrag. Die DAG-Rückstellung des USB wurde nur in der Substanzbewertung zwecks Gleichbehandlung dieser Position zwischen KSBL und USB auf das Eigenkapital aufgerechnet, diese Position wird nicht umgebucht.

*** Umgliederung Darlehen KSBL von 152.9 Mio. Franken vom langfristigem Fremdkapital zum Dotationskapital (Eigenkapital) sowie Auflösung PK-Rückstellung von 45.7 Mio. Franken im langfristigen Fremdkapital, was eine entsprechende Verbesserung bei den Gewinnreserven/-vortrag zur Folge hat. Umgliederung der Fonds im Eigenkapital ins Fremdkapital.

**** Das Eigenkapital der Spitalgruppe ist vorerst noch nicht neu strukturiert, sondern wurde basierend auf den bisherigen Positionen summiert.

Das ausgewiesene **Eigenkapital der Universitätsspital Nordwest AG** beträgt basierend auf den Jahresabschlüssen 2016 **807.4 Mio. Franken**. Davon entfallen gemäss dem ermittelten **Beteiligungsverhältnis** aufgrund der **Unternehmensbewertung** gemäss Kapitel 5.4.3:

- **33.4% auf BL**, d.h. 269.7 Mio. Franken;
- **66.6% auf BS**, d.h. 537.7 Mio. Franken.

Nachfolgend wird die **Strukturierung des Eigenkapitals** basierend auf dem **Beteiligungsverhältnis gemäss Unternehmensbewertung beispielhaft** dargestellt:

Eigenkapital Spitalgruppe	Struktur	Anteil BS	Anteil BL
<i>(Geldwerte in Mio. Fr.)</i>	2016	2016	2016
Aktienkapital (AK)	650.0	432.9	217.1
Allgemeine gesetzliche Reserve (Agio)	157.4	104.8	52.6
Total Eigenkapital	807.4 (100.0%)	537.7 (66.6%)	269.7 (33.4%)

Gemäss dem Entwurf der Statuten beträgt das Aktienkapital 650 Mio. Franken. Daraus ergibt sich eine allgemeine gesetzliche Reserve von 157.4 Mio. Franken. Die Aktien würden damit über pari ausgegeben.

Die Höhe des Aktienkapitals von 650 Mio. Franken wird wie folgt begründet:

Das bisherige Eigenkapital kann vollständig in Aktienkapital umgewandelt werden oder nur teilweise, wobei dann allgemeine gesetzliche Reserven aus dem Agio entstehen. Die allgemeine Reserve darf, soweit sie die Hälfte des Aktienkapitals nicht übersteigt, nur zur Deckung von Verlusten oder für Massnahmen verwendet werden, die geeignet sind, in Zeiten schlechten Geschäftsganges das Unternehmen durchzuhalten, der Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken oder ihre Folgen zu mildern (Art. 671 Abs. 3 OR). Der 50% des nominellen Aktienkapitals übersteigende Teil der allgemeinen Reserve bildet freie Kapitalreserven, die ausgeschüttet werden könnten.

Je höher das Aktienkapital und die allgemeine gesetzliche Reserve sind, desto grösser ist die Sicherheit für Gläubiger und desto grösser ist die Fremdfinanzierungsfähigkeit, was vor dem Hintergrund der anstehenden Investitionen von Bedeutung ist.

Bezüglich Kapitalverlust und Überschuldung werden das Aktienkapital und die allgemeine gesetzliche Reserve gemeinsam betrachtet.

Das Aktienrecht bestimmt, dass aus dem Jahresgewinn eine Zuweisung von 5% an die gesetzliche Reserve erfolgen muss, bis diese Reserve 20% des einbezahlten Aktienkapitals erreicht hat, darüber hinaus unter anderem 10% der Beträge, die über eine Dividende von 5% hinaus ausgeschüttet werden. Im vorliegenden Fall soll die gesetzliche Reserve jedoch bereits zu Beginn über 20% betragen.

Das Aktienkapital und die gesetzliche Reserve unterliegen grundsätzlich der Emissionsabgabe (1%) zu Lasten der Universitätsspital Nordwest AG. Es sind jedoch Ausnahmen davon möglich, welche durch das USB und KSBL mit der Eidgenössischen Steuerverwaltung geklärt wurden. Die Befreiung von der Emissionsabgabe erfordert in den Statuten eine Dividendenbeschränkung auf max. 6% des einbezahlten Aktienkapitals. Zudem muss bei Auflösung der Gesellschaft das nach Rückzahlung des Aktienkapitals verbleibende Vermögen zwingend einem in den Statuten erwähnten Zweck zugewendet werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein hohes Aktienkapital und/oder eine hohe allgemeine gesetzliche Reserve insgesamt von Vorteil sind.

5.5. Steuerung der Universitätsspital Nordwest AG inkl. Stimmrechte

5.5.1. Führung, Organisation und Entscheidungsfindung

Infolge der zwingenden Vorschriften des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) (OR; SG 220) weist die Universitätsspital Nordwest AG folgende Organe auf:

1. **Die Generalversammlung;**
2. **Der Verwaltungsrat;**
3. **Die Revisionsstelle.**

Die Generalversammlung (Art. 698 ff. OR):

Oberste Entscheidungsinstanz bei der AG ist die Generalversammlung. Ihr sind die **wichtigsten Kompetenzen** unübertragbar zugeordnet. Dazu gehört z.B. die Wahl der anderen Organe, der Erlass und die Änderung der Statuten oder etwa der Entscheid über die Verwendung des Reingewinns. Die Generalversammlung kann aber keineswegs nach Belieben in die Funktionen der anderen Organe eingreifen, denn jedes Organ ist grundsätzlich für seinen Aufgabenbereich allein zuständig (sog. **Paritätsprinzip**). **Jeder Aktionär** ist berechtigt, an der Generalversammlung teilzunehmen und sich zu den traktandierten Themen zu äussern.

Die Generalversammlung (GV) der Aktionäre ist oberstes Organ einer AG. Die GV bestimmt die Statuten, wählt den Verwaltungsrat und die Revisionsstelle, genehmigt oder verwirft den Jahresbericht und entscheidet über die Verwendung des Unternehmensgewinns.

Gemäss Art. 698 OR hat die Generalversammlung folgende unübertragbare Befugnisse:

1. die Festsetzung und Änderung der Statuten;
2. die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Revisionsstelle;
3. die Genehmigung des Lageberichts und der Konzernrechnung;
4. die Genehmigung der Jahresrechnung sowie die Beschlussfassung über die Verwendung des Bilanzgewinns, insbesondere die Festsetzung der Dividende und der Tantieme;
5. die Entlastung der Mitglieder des Verwaltungsrates;
6. die Beschlussfassung über die Gegenstände, die der Generalversammlung durch das Gesetz oder die Statuten vorbehalten sind.

Neben den unentziehbaren Rechten der GV gemäss OR wird der GV in der Universitätsspital Nordwest AG weitere Beschlusskompetenzen zugestanden. Für wichtige Beschlüsse gemäss Art. 16 der Statuten sind mindestens zwei Drittel der vertretenen Stimmen und die absolute Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte notwendig. Auf diese Weise wird erreicht, dass wichtige Beschlüsse von den beiden Gründungsaktionären BS und BL nur zusammen gefasst werden können.

Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die gemeinsamen Ziele jeweils nur im Miteinander von beiden Kantonen erreichbar sind.

In Artikel 16 des Entwurfs der Statuten der Universitätsspital Nordwest AG werden die wichtigen Beschlüsse der Generalversammlung aufgelistet, welche einer Zweidrittelmehrheit unterstehen:

1. die Wahl des Präsidiums und der Mitglieder des Verwaltungsrats;
2. die Änderung des Gesellschaftszweckes;
3. die Einführung von Stimmrechts- oder Vorzugsaktien;
4. die Änderung der Beschränkung der Übertragbarkeit von Namenaktien (Vinkulierungsbestimmungen);
5. eine genehmigte oder eine bedingte Kapitalerhöhung;

6. die Kapitalerhöhung aus Eigenkapital, gegen Sacheinlage oder zwecks Sachübernahme und die Gewährung von besonderen Vorteilen;
7. die Einschränkung oder Aufhebung des Bezugsrechtes;
8. die Verlegung des Sitzes der Gesellschaft;
9. die Auflösung der Gesellschaft;
10. eine Veränderung des Quorums, soweit es sich nicht um zwingende Beschlüsse gemäss Art. 704 OR handelt;
11. die Auflösung des Anschlussvertrages bei der Pensionskasse Basel-Stadt, sofern sich das Vorsorgewerk der Gesellschaft in Unterdeckung befindet;
12. die Errichtung oder der Erwerb einer Tochtergesellschaft oder Zweigniederlassung im Ausland;
13. sämtliche übrigen Statutenänderungen.

Da die Änderung des Gesellschaftszwecks resp. allgemein alle Statutenänderungen dem Zweidrittelmehr unterstehen, untersteht auch der Entscheid betreffend die Verlegung oder Schliessung eines der bestehenden Spitalstandorte in Basel, Liestal, Bottmingen (Bruderholz) und Laufen sowie die Eröffnung eines neuen stationären Spitalstandorts diesem Quorum, da die Standorte im Zweck in Artikel 2 des Entwurfs der Statuten explizit genannt werden.

Der Verwaltungsrat (Art. 707 ff. OR):

Gemäss Gesetz ist der Verwaltungsrat **Geschäftsführungs- und Vertretungsorgan**. Zudem besteht eine **Kompetenzvermutung zugunsten des Verwaltungsrates**, d.h. der Verwaltungsrat kann in allen Angelegenheiten Beschluss fassen, die nicht nach Gesetz oder Statuten einem anderen Organ zugeteilt sind. Die Verwaltungsratsmitglieder werden von der Generalversammlung gewählt und brauchen nicht Aktionäre zu sein.

Der **Verwaltungsrat** ist oberstes Aufsichtsorgan der Aktiengesellschaft. Gemäss Obligationenrecht führt der Verwaltungsrat die Geschäfte selber oder er überträgt die Geschäftsführung an Dritte (was die Regel ist). Gemäss Art. 716a OR hat der Verwaltungsrat folgende unübertragbaren und unentziehbaren Aufgaben:

1. die Oberleitung der Gesellschaft und die Erteilung der nötigen Weisungen;
2. die Festlegung der Organisation;
3. die Ausgestaltung des Rechnungswesens, der Finanzkontrolle sowie der Finanzplanung, sofern diese für die Führung der Gesellschaft notwendig ist;
4. die Ernennung und Abberufung der mit der Geschäftsführung und der Vertretung betrauten Personen;
5. die Oberaufsicht über die mit der Geschäftsführung betrauten Personen, namentlich im Hinblick auf die Befolgung der Gesetze, Statuten, Reglemente und Weisungen;
6. die Erstellung des Geschäftsberichtes sowie die Vorbereitung der Generalversammlung und die Ausführung ihrer Beschlüsse;
7. die Benachrichtigung des Richters im Falle der Überschuldung.

Die Revisionsstelle (Art. 727 ff. OR):

Zu den Aufgaben der Revisionsstelle gehört die Prüfung der Buchführung und der Jahresrechnung sowie ob der Antrag über die Verwendung des Bilanzgewinnes Gesetz und Statuten entsprechen. Des Weiteren hat sie gewisse Berichterstattungs- und Auskunftspflichten.

5.5.2. Ausübung der Aktionärsrechte / Vertretung der Eigentümerinteressen

§ 6 Abs. 1 des Staatsvertrags hält fest, dass die Aktionärsrechte durch die Regierungen in Vertretung der beiden Kantone als Eigentümer der Aktien ausgeübt werden.

Das Aktienrecht setzt den Möglichkeiten der Eigentümer zur direkten Einflussnahme auf die Gesellschaft jedoch generell Grenzen. Die Möglichkeit der Aktionäre zur Mitwirkung an der Gesellschaft wird durch das OR grösstenteils auf die Generalversammlung beschränkt. Aufgrund der Tatsache, dass die Regierungen die beiden Kantone in der Generalversammlung vertreten, ist es diesen aber durchaus möglich, auf diese Weise direkt strategischen Einfluss auf die Aktiengesellschaft zu nehmen. Zudem können die Kantone die Geschicke der Gesellschaft jederzeit indirekt durch die Wahl oder Abwahl von Verwaltungsräten beeinflussen.

Die Zuständigkeiten der Eigentümerschaft (und auch des Verwaltungsrats) haben sich nach den entsprechenden Bestimmungen im OR und den Statuten zu richten. Insbesondere wird auf die Befugnisse der Generalversammlung gemäss Art. 698 OR und auf die unübertragbaren und unentziehbaren Aufgaben des Verwaltungsrates gemäss Art. 716ff OR verwiesen.

Aufgrund der Autonomie der Universitätsspital Nordwest AG ist ihre Unternehmensstrategie zudem von der Eigentümerstrategie als Führungsinstrument des Kantons als Eigentümer zu unterscheiden. Die Unternehmensstrategie ist ein Instrument der Unternehmensführung und legt fest, wie sich das Unternehmen im Rahmen der politischen Vorgaben des Kantons, der Eigentümerstrategie und der regulatorischen Vorgaben des Bundes (Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG]) in seinem Marktumfeld bewegt.

5.5.3. Berichtspflichten

Ebene Parlamente – Regierungen:

Gemäss § 9 des Staatsvertrags besteht die Pflicht der Regierungen, den Parlamenten Kenntnis über den Geschäftsbericht der Universitätsspital Nordwest AG mit Lagebericht, Konzernrechnung und Jahresrechnung zu geben. Ferner geben die Regierungen den Oberaufsichtsorganen der Parlamente Auskunft über die Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten als Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG. In § 10 wird festgehalten, dass die Parlamente der Trägerkantone BS und BL – analog dem UKBB – eine interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission einsetzen. Diese ist gemeinsames Organ der Oberaufsicht der Trägerkantone und hat folgende Aufgaben und Kompetenzen: Prüfung des Vollzugs des Staatsvertrages durch die Regierungen und Berichterstattung an die Parlamente der Trägerkantone, Kenntnisnahme des Geschäfts- und des Revisionsberichts der Universitätsspital Nordwest AG. Zudem kann sie die Regierungen ersuchen, den Parlamenten der Trägerkantone Änderungen des Staatsvertrags oder besondere oberaufsichtsrechtliche Massnahmen zu beantragen. Zudem können die Parlamente die Eigentümerstrategie mit einer Zweidrittelmehrheit an die Regierungen zurückweisen.

Ebene Regierungen – Universitätsspital Nordwest AG:

In § 8 des Staatsvertrags wird festgehalten, dass die beiden Regierungen durch gleichlautende Beschlüsse die gemeinsame Eigentümerstrategie für die Universitätsspital Nordwest AG festlegen und diese nach Massgabe der jeweils geltenden kantonalen rechtlichen Grundlagen veröffentlichen. In der Eigentümerstrategie werden unter anderem umfassend die (gegenseitigen) Berichts- und Informationspflichten geregelt. Neben der gesetzlichen Jahresberichterstattung des Verwaltungsrates an die Aktionäre (gemäss OR) wird zusätzlich eine Quartals- bzw. Halbjahresberichterstattung an die Aktionäre erwartet. Ebenso wird die übliche Berichterstattung zur Umsetzung der Eigentümerstrategie festgehalten sowie die Information der Trägerkantone über die Zukunftsplanungen. Schliesslich soll – neben der jährlichen Generalversammlung zum Jahresabschluss – zweimal pro Jahr ein direkter Austausch über die Halbjahresentwicklung sowie die strategische Ausrichtung der Universitätsspital Nordwest AG stattfinden. Diese über die bei privaten Aktiengesellschaften üblichen Vorgaben hinausgehenden Regelungen tragen dem öffentlichen Zweck und den Anforderungen der öffentlichen Trägerschaft Rechnung.

5.5.4. Ziele und strategische Vorgaben (Eigentümerstrategie)

Mit der Eigentümerstrategie setzen die Regierungen BS und BL die strategischen Leitplanken für den Verwaltungsrat der Universitätsspital Nordwest AG. Die Parlamente können mit einer Zweidrittelmehrheit die Eigentümerstrategie an die Regierungen zurückweisen.

Die Eigentümerstrategie sieht vor, dass die Universitätsspital Nordwest AG zur Erreichung der folgenden drei übergeordneten strategischen Zielsetzungen des Projektes Gemeinsame Gesundheitsregion der Trägerkantone beitragen soll:

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 strategischen Vorgaben fokussieren vor allem auf die Umsetzung des Konzeptes der Spitalgruppe:

Die Universitätsspital Nordwest AG

- setzt das Konzept zur Spitalgruppenbildung gemäss Grundlagenbericht- und Fortschrittsbericht USB und KSBL für eine gemeinsame Spitalgruppe vom 18. Dezember 2017 konsequent um, insbesondere das Zielbild und die strategische Positionierung „Vier Standorte – ein System“;
- erzielt mittelfristig die Synergiepotenziale, die im Rahmen der Konzeption der Spitalgruppe ermittelt und definiert wurden und führt diesen Prozess in der Zukunft konsequent weiter (Realisierung weiterer Synergiepotenziale);
- sichert sich das langfristige Überleben aus eigener Kraft und setzt ihre Mittel entsprechend ein. Dazu erwirtschaftet sie einen ausreichenden EBITDA(R) und Cash-Flow und verfügt über ein angemessenes Eigenkapital (im Durchschnitt über vier Jahre mindestens ein Drittel der Bilanzsumme);
- stellt ihre Kapital- und Kreditmarktfähigkeit aus eigener Kraft sicher;
- erreicht Profitabilitätssteigerungen hauptsächlich durch erhöhte Effizienz.

Das Thema Hochschulmedizin wird mit einem separaten Abschnitt im Kapitel strategische Vorgaben entsprechend seiner Bedeutung für die Universitätsspital Nordwest AG betont.

In den strategischen Vorgaben wird auch das Thema Gründung von Tochtergesellschaften, Beteiligungen und Partnerschaften behandelt. Die Universitätsspital Nordwest AG kann Tochtergesellschaften gründen, Beteiligungen erwerben und strategische Partnerschaften eingehen, sofern sie damit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungserbringung verbessert oder ihre Marktposition langfristig stärkt und die damit verbundenen Risiken tragbar sind. Die Kompetenz dazu liegt als unentziehbare Kompetenz beim Verwaltungsrat.

Mindestens zwei Drittel der vertretenen Stimmen der GV benötigt die Errichtung oder Kauf einer Tochtergesellschaft oder einer Zweigniederlassung im Ausland gemäss Art. 16 des Entwurfs der Statuten.

Bezüglich Gewinnverwendung enthält die Eigentümerstrategie eine Reihenfolge, welche in erster Priorität – bezugnehmend auf die entsprechenden strategischen Ziele und Vorgaben der Trägerkantone – die Stärkung der Selbstfinanzierungskraft der Universitätsspital Nordwest AG vorsieht, in zweiter Priorität die Ausschüttung einer Dividende.

Der jährliche Bilanzgewinn wird unter Beachtung der Bestimmungen des OR, des Steuerrechtes (für Aktiengesellschaften mit öffentlichem Zweck) der strategischen Vorgaben in der Eigentümerstrategie bezüglich finanzieller Ziele und Infrastrukturziele, wie folgt verwendet:

- der allgemeinen (gesetzlichen) Reserve zugewiesen;
- der Gewinnreserve zugewiesen;
- als Dividende an die Aktionäre ausgerichtet;
- in zweckbestimmte Fonds im Eigenkapital eingelegt;
- weiteren Reserven und/oder dem Gewinnvortrag zugewiesen.

Zinsen dürfen für das Aktienkapital gemäss Art. 675 Abs. 1 OR nicht bezahlt werden. In der Eigentümerstrategie werden ebenfalls umfassend die (gegenseitigen) Berichts- und Informationspflichten geregelt.

Die Eigentümerstrategie wiederholt keine Zielvorgaben, welche der Kanton gegenüber allen Spitätern im Rahmen des Spitalbewilligungs-, Spitalplanungs- oder Tarifverfahrens macht. Diese gelten unabhängig von der Eigentümerstrategie.

5.5.5. Beteiligungsverhältnis und Stimmrechte

Gemäss den Ausführungen in Kapitel 5.4.3 Unternehmensbewertung und Beteiligungsverhältnis soll das Beteiligungsverhältnis mindestens 33,4 % BL – höchstens 66.6% BS betragen.

Wichtige Beschlüsse der Generalversammlung gemäss Art. 16 des Entwurfs der Statuten werden mit mindestens zwei Drittel der vertretenen Stimmen und der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte gefasst.

5.6. Beteiligung Dritter

Gemäss § 7 Abs. 1 des Staatsvertrags sollen sich weitere öffentlich-rechtliche Körperschaften, von ihnen beherrschte Dritte oder Dritte mit gemeinnütziger Ausrichtung an der Universitätsspital Nordwest AG beteiligen können. Dies jedoch unter der Voraussetzung, dass die öffentlich-rechtlichen Eigner BS und BL nach dem Zeitpunkt der Fusion immer zusammen mindestens zwei Drittel der Stimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG halten.

Die Beteiligung von Dritten erfolgt durch den Verkauf von BS-Aktien oder durch eine Aktienkapitalerhöhung bei der Einbringung von Sacheinlagen (z.B. Spital eines Dritten). Auch im Anschluss an eine Aktienkapitalerhöhung müssen die Kantone BS und BL immer noch mindestens zwei Drittel des Aktienkapitals und der Stimmen verfügen. Dies kann, je nach Grösse des sich beteiligenden Dritten bzw. je nach Umfang der erforderlichen Aktienkapitalerhöhung, zu einer zusätzlichen Verpflichtung zum Kauf von Aktien führen. Sollte dies zu gegebener Zeit nicht erwünscht sein, müsste der Staatsvertrag in diesem Punkt abgeändert werden. Im Kanton Basel-Stadt unterliegt die Veräusserung von Aktien gemäss dem Gesetz über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltsgesetz; SG 610.100) der Genehmigung des Grossen Rates. Das in § 7 Abs. 3 des Staatsvertrags verankerte Kaufrecht von BL an denjenigen Anteilen des Kantons BS an der Universitätsspital Nordwest AG, welche die Hälfte des Aktienkapitals übersteigen, ist von dieser Regelung ausgenommen. Der Staatsvertrag geht in diesem Punkt dem Finanzhaushaltsgesetz als *lex specialis* resp. *lex posterior* vor. Im neuen Spitalbeteiligungsgesetz (SpiBG) im Kanton BL wird die Veränderung des Kapitalanteils von BL an der Universitätsspital Nordwest AG separat verankert. Eine Erhöhung wie auch eine Senkung des Anteils an der Universitätsspital Nordwest AG unterliegen der Genehmigung des Landrats.

5.7. Kündigung und Auflösung

5.7.1. Kündigung des Staatsvertrags

Nach dem Ablauf einer Frist von zwölf Jahren ist eine Kündigung des Staatsvertrags möglich. Die blosser Kündigung des Staatsvertrags berührt das Bestehen der Universitätsspital Nordwest AG nicht direkt, denn die beiden Kantone bleiben auch im Fall einer Kündigung des Staatsvertrags weiterhin Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG. Und als solche haben sie die Regelungen der Statuten zu befolgen, welche nicht wie der Vertrag einseitig gekündigt werden können. Ebenso

bleiben die Verpflichtungen der beiden Kantone zur anteilmässigen Beteiligung an der Staatsgarantie betreffend die berufliche Vorsorge bei Teilliquidation, so lange diese noch in Teilkapitalisierung bei der PKBS bestehen bleibt. Durch eine Kündigung des Staatsvertrages würden somit lediglich die vertraglich vereinbarten Rahmenbedingungen, welche vor allem die Gründungsphase der Universitätsspital Nordwest AG zum Inhalt haben, dahin fallen.

5.7.2. Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG

§ 16 des Staatsvertrags hält fest, dass die Generalversammlung die Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG mit einer Zweidrittelmehrheit der vertretenen Stimmen beschliessen kann. Die Auflösung einer Aktiengesellschaft führt grundsätzlich zu deren Liquidation. In Bezug auf die Universitätsspital Nordwest AG soll eine Liquidation jedoch verhindert werden können, denn eine Liquidation hätte den Wegfall von wichtigen Trägern der Gesundheitsversorgung zur Folge. Dies wiederum dürfte nur geschehen, wenn die medizinische Versorgung anderweitig sichergestellt würde. Um eine potentielle Liquidation zu verhindern, wird in § 16 Abs. 2 des Staatsvertrags und Art. 29 des Entwurfs der Statuten deshalb die Regelung des Art. 751 Abs. 1 OR wiederholt. In diesem Artikel ist festgehalten, dass mit Zustimmung der Generalversammlung vereinbart werden kann, dass eine Liquidation der Gesellschaft unterbleiben soll, wenn das Vermögen einer AG von einem oder mehreren Kantonen übernommen wird. Diese Regelung steht unter der Annahme, dass der Gläubiger bzw. der Arbeitnehmer bei einer Übernahme der AG durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts keine Nachteile zu befürchten braucht und sich daher den Schuldnerwechsel ohne spezielle Schutzbestimmungen gefallen lassen muss. Die übernehmende öffentlich-rechtliche Körperschaft haftet mit ihrem ganzen Vermögen, nicht nur mit demjenigen der übernommenen AG. Die Aktionäre (und somit die Kantone BS und BL) werden nach Massgabe des Übernahmevertrages entschädigt.

In § 16 Abs. 3 des Staatsvertrags wird vereinbart, dass die Kantone im Falle einer Übernahme des Vermögens die von ihnen eingebrachten Spitalbetriebe und dazugehörigen Vermögenswerte zum Wert im Zeitpunkt der Übernahme mit Einschluss anteiliger Schulden gemäss Beteiligungsverhältnis im Zeitpunkt der Auflösung zurücknehmen. Übersteigen die übernommenen Netto-Vermögenswerte den Anteil des Kantons am Eigenkapital der Universitätsspital Nordwest AG, unterliegt dies dem Ausgleich unter den Kantonen, d.h. falls die übernommenen Netto-Vermögenswerte höher sind als das anteilige Eigenkapital muss die Differenz der anderen Partei (ehemaliger Aktionär) bezahlt werden und umgekehrt.

Für die Übernahme ist ein öffentlich beurkundeter Beschluss der GV notwendig, wobei gemäss Art. 704 Ziff. 8 OR mindestens zwei Drittel der vertretenen Stimmen und die absolute Mehrheit der vertretenen Aktienwerte zustimmen müssen. Weiter ist ein Übernahmevertrag zwischen der AG und der öffentlichen Körperschaft erforderlich, für welchen keine besondere Form notwendig ist, der jedoch durch die GV gutgeheissen werden muss. Der Beschluss der GV ist dem Handelsregister durch den VR zu melden.

Der Übergang des Vermögens der Gesellschaft mit Einschluss der Schulden wird mit Eintragung des Beschlusses vollzogen, daraufhin wird die Firma gelöscht.

6. Auswirkungen der Universitätsspital Nordwest AG

6.1. Finanzielle Auswirkungen auf die Trägerkantone

Im Folgenden sollen die finanziellen Auswirkungen der Universitätsspital Nordwest AG und ihrer konkreteren Ausgestaltung aufgezeigt werden. Das Projekt der beiden Spitäler USB und KSBL, sich zu einer gemeinsamen Spitalgruppe zusammenzuschliessen, hat deren wirtschaftliche Stärkung in einem sehr dynamischen Umfeld mit wachsenden medizinischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Herausforderungen zum Ziel. Die beiden Regierungen haben wiederum betont, dass die Spitalgruppe und deren konkrete Ausgestaltung einen Beitrag zu den übergeordneten Zielen

- einer optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
- einer deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
- einer langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region

leisten muss.

Bei der Würdigung der finanziellen Auswirkungen ist zu berücksichtigen, dass aufgrund externer Faktoren wie dem medizinisch-technologischen Fortschritt, der demographischen Entwicklung, der Anspruchshaltung unserer Gesellschaft oder auch aufgrund bestehender Fehlanreize im Tarifierungs- und Finanzierungssystem in der Schweiz gesamthaft weiterhin mit wachsenden Kosten zu rechnen ist.

Wie weiter vorne im Bericht festgehalten, erwarten die beiden Spitäler für die Spitalgruppe, mittelfristig die angestrebte EBITDA-Marge von 10% sogar übertreffen zu können, sofern die ermittelten Synergiepotentiale realisiert werden können. Die Verteilung des finanziellen Zusatznutzens des Zusammenschlusses ist unter Wahrung der in der Eigentümerstrategie definierten Vorgaben vorzunehmen. Die Kantone könnten davon direkt profitieren, indem einerseits das (finanzielle) Risiko ihrer Beteiligung an der Spitalgruppe abnimmt, andererseits Dividenden ausgeschüttet werden könnten – oder indirekt, indem aufgrund der tieferen Kostenbasis der Tarif tiefer ausfallen und damit die Beiträge an stationäre Behandlungen sinken könnten (im Rahmen der KVG-Bestimmungen zur Tarifgenehmigung und –festsetzung [Benchmarking]). Ferner sollte eine effizient arbeitende Spitalgruppe ihre Leistungen auch effizienter und kostengünstiger anbieten können, was einen Einfluss auf die Höhe der von den Kantonen bezahlten gemeinwirtschaftlichen Leistungen haben könnte.

Zentral ist jedoch, dass mit der Erreichung der Ziel-EBITDA-Marge die zukünftige Werthaltigkeit der entsprechenden Beteiligungspositionen der Kantone an der Spitalgruppe in den jeweiligen Kantonsbilanzen sichergestellt ist.

6.1.1. Auswirkung der Wandlung der bestehenden Eignerdarlehen an das KSBL in Dotationskapital für den Kanton Basel-Landschaft

Mit der Umwandlung der bestehenden zwei Darlehen über total 152'883'480 Franken kann das Dotationskapital des KSBL gestärkt werden, so dass der notwendige Beteiligungswert des Kantons Basel-Landschaft an der Spitalgruppe AG und somit ein paritätisches Mitspracherecht in allen für das Unternehmen wesentlichen Punkten gesichert ist.

Die Auswirkung dieser Transaktion für den Haushalt des Kantons Basel-Landschaft sind folgende:

a) Auf die Bilanz:

Die Transaktionen wären buchhalterisch als Aktivtausch innerhalb des Verwaltungsvermögens des Kantons Basel-Landschaft zu behandeln. Netto betrachtet würden diese Transaktionen nicht zu einer Veränderung der Summe der Aktiven führen, d.h. sie wären für den Kanton bilanzneutral. Die Verbuchung der Wandlung des Darlehens in die Beteiligung erfolgt saldoneutral über die Investitionsrechnung.

b) Auf die Erfolgsrechnung:

Auf die Laufzeit 2018-2037 der Darlehen betrachtet entfallen dem Kanton im Schnitt jährlich 1.1 Mio. Franken und in der Summe 21.7 Mio. Franken erfolgsrechnungswirksame Einnahmen.

c) Auf die Mittelflussrechnung:

Die Umwandlung der Darlehen hat auch negative Auswirkungen auf die Geldflüsse (Cash Flow) und somit auf die Schuldenlast des Kantons. Für die Jahre 2018 – 2037 fliessen dem Kanton im Schnitt jährlich 8.7 Mio. Franken und in der Summe 174.6 Mio. Franken weniger zum Kanton.

In Würdigung dieser Darlehenswandlung ist festzuhalten, dass auch in einem Szenario „optimierter Alleingang KSBL“ zur finanziellen Stützung des Unternehmens Massnahmen zu prüfen wären; sei es, dass dieselbe Wandlung vorgenommen würde oder eine andere Massnahme (Staatsgarantie, Bürgschaft) zur Anwendung gelänge.

6.1.2. Auswirkung auf die Kantonsanteile für stationäre Spitalbehandlungen, gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL), Baurechtsverträge

6.1.2.1 Stationäre Spitalbehandlungen

Abgestimmt mit der Spitalgruppe wurden durch das GD BS und die VGD BL in einem aufwändigen Verfahren auch die Auswirkungen des geplanten Zusammenschlusses des KSBL und des USB auf die Erfolgsrechnungen der Kantone für den Zeitraum 2019-2035 abgeschätzt, mit Fokus auf die **Kantonsanteile für stationäre Spitalbehandlungen**, einerseits in einem Szenario mit kantonspezifischen Baserates für die Spitalgruppe (d.h. zwei Baserates) und andererseits in einem Szenario mit einer gemeinsamen Baserate für die Spitalgruppe. In der Anfangsphase wird von einem Szenario mit zwei Baserates ausgegangen.

In einer Gesamtsystembetrachtung unter Berücksichtigung von Patientenstromverschiebungen von und zu anderen Spitälern auch ausserhalb der Spitalgruppe werden die Einsparungen für die Kantone BS und BL auf jährlich rund 4 Mio. Franken geschätzt, davon rund 3.5 Mio. Franken für BS und rund 0.5 Mio. Franken für BL.

Angesichts der Kosten von mittelfristig rund 300 Mio. Franken für BS und 400 Mio. Franken für BL, die für die Abgeltung stationärer Leistungen jährlich anfallen, ist dies als „schwarze Null“ zu bezeichnen. Wesentlich ist, dass in beiden Kantonen durch die Spitalgruppe bereits kurzfristig eine Dämpfungswirkung auf die Kosten resultiert.

6.1.2.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bestellen und entgelten gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nach teilweise unterschiedlichen Kriterien, sodass sich die Ausgangslage der beiden Spitäler diesbezüglich unterscheidet. Die Kantone streben durch Abschluss des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung jedoch eine Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL an (§ 4 Abs. 2 Bst. g). Ausführlichere Darstellungen zu den GWL im Allgemeinen finden sich im Gemeinsamen Bericht zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung (Kapitel 6.7). Hier soll darauf nur eingegangen werden, soweit die angestrebte Harmonisierung der GWL die zukünftige Universitätsspital Nordwest AG direkt betrifft.

Ärztliche Weiterbildung

Das USB erhält derzeit (Budgetwerte 2017) ca. 10 Mio. Fr. jährlich für die **ärztliche Weiterbildung** (24'000 Franken pro ärztliche Weiterbildungs-Stelle); das KSBL erhält dafür rund 3 Mio. Franken (15'000 Franken pro Weiterbildungs-Stelle). Die Regierungen streben an, die ärztliche Weiterbil-

dung an der Universitätsspital Nordwest AG analog zum UKBB paritätisch zu finanzieren. Das USB führt ausschliesslich universitäre Weiterbildungs-Stellen mit einem Beitragssatz von jeweils 24'000 Franken. Angesichts der fortbestehenden Unterfinanzierung der universitär geführten Weiterbildungsstellen ist eine Erhöhung der heutigen Ansätze auch bei den universitären Weiterbildungs-Stellen des KSBL (rund 30 von insgesamt 200 Stellen) von 15'000 auf 24'000 Franken zu prüfen. Nachfolgende Tabelle zeigt die bisherigen Aufwendungen für die Finanzierung der Weiterbildungsstellen zum eidgenössischen Facharzt und die geplante paritätische Finanzierung, falls die Universitätsspital Nordwest AG zustandekommt. In der Tabelle ist zudem berücksichtigt, dass alle universitären Weiterbildungs-Stellen mit 24'000 Franken unterstützt werden.

Finanzierung bisher					
	WB-Stellen zum FA (insgesamt)	WB-Stellen davon universitär	Abgeltung universitär CHF 24'000	Abgeltung nicht- universitär CHF 15'000	Total
USB	432	432	10'368'000	0	10'368'000
KSBL	200	30	0	3'000'000	3'000'000
Total					13'368'000
Finanzierung geplant (Spitalgruppe)					
	WB-Stellen zum FA (insgesamt)	WB-Stellen davon universitär	Abgeltung universitär CHF 24'000	Abgeltung nicht- universitär CHF 15'000	Total
USB	432	432	10'368'000	0	10'368'000
KSBL	200	30	720'000	2'550'000	3'270'000
Total					13'638'000
bei paritätischer Finanzierung (50% BS, 50% BL)					
Kanton BS					6'819'000
Kanton BL					6'819'000
Total					13'638'000
Mehrbelastung Kanton BL					3'819'000
Entlastung BS					-3'549'000

Aufgrund der für die geplante Universitätsspital Nordwest AG vorgesehenen paritätischen Finanzierung ist unter dieser Position für BL mit einer Mehrbelastung von rund 3.8 Mio. Franken und für BS mit einer Entlastung von rund 3.5 Mio. Franken zu rechnen.

Nicht berücksichtigt ist hierbei das Inkrafttreten der Interkantonalen Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV). In diesem Zusammenhang wird der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft dem Landrat unmittelbar nach Unterzeichnung des Staatsvertrags betreffend die Universitätsspital Nordwest AG den Beitritt zur WFV, der mit Stand September 2017 13 Kantone beigetreten sind, unterbreiten. Im Falle des Zustandekommens der WFV würden die Belastungen für beide Kantone merklich reduziert. Im Falle von BL würden die Mehrbelastungen dadurch auf

rund 3 Mio. Franken fallen, so dass unter Berücksichtigung der Einsparungen für die GWL im Notfallbereich (vgl. weiter unten) die geplante Netto-Entlastung in den GWL insgesamt auf rund 6 Mio. Franken zu liegen käme.

Bei der gesamten Diskussion um die Abgeltung von ärztlichen Weiterbildungsstellen muss berücksichtigt werden, dass zurzeit das Projekt EKOH (Erhebung der Kosten für Lehre und Forschung in der Humanmedizin) läuft, welches die Schweizerische Hochschulkonferenz in Auftrag gegeben hat. Sobald erste Resultate dieses Projektes vorliegen, muss geprüft werden, inwieweit die Resultate für die Kantone BS und BL relevant für die Finanzierung der Weiterbildungsstellen sind.

Beiträge an die universitäre Lehre und Forschung

Den mit Abstand grössten Betrag an die GWL leistet der Kanton BS an die ungedeckten Kosten für **universitäre Lehre und Forschung** (CHF 28 Mio.). Der Kanton Basel-Stadt wird diese Position überprüfen. Zum einen ist davon auszugehen, dass die Universitätsspital Nordwest AG ihre Ertragskraft und Effizienz auch im Bereich der universitären Lehre und Forschung deutlich steigern können. Zum anderen ist im Dialog mit der Universität zu prüfen, inwieweit letztere die Universitätskliniken tatsächlich kostendeckend für Leistungen entschädigt, welche von ihr in Anspruch genommen werden. Insgesamt geht der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt davon aus, dass die GWL für universitäre Lehre und Forschung längerfristig deutlich werden gesenkt werden können.

Beiträge an ungedeckte Leistungen im Notfallbereich

Das KSBL erhält aktuell ca. 9 Mio. Franken jährlich als Entschädigung für **ungedeckte Leistungen im Notfallbereich**. Der Kanton Basel-Stadt leistet keine derartigen Entschädigungen für den Betrieb von Notfallstationen. Durch die in der Universitätsspital Nordwest AG vorgesehenen Strukturanpassungen ist ein kostendeckender Betrieb der Notfallstation in Liestal anzustreben, so dass für das gesamte Unternehmen im Notfallbereich keine GWL-Zahlungen mehr erforderlich sein werden. Die je nach Stand der Transformation der stationären Notfall-Leistungen auf die Standorte Basel und Liestal frei werdenden Mittel sollen im Umfang von 6 Mio. Franken eingespart und im Umfang von rund 3 Mio. Franken zur Deckung der benötigten Mittel für die Finanzierung der oben erwähnten ärztlichen Weiterbildung verwendet werden.

Die **übrigen Vergütungen**, welche der Kanton Basel-Stadt dem USB bezahlt, decken dessen Aufwände einer Vielzahl von die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Antidot-Versorgung, Schwangerschaftsberatungsstelle, Geschützter OP-Saal, leitender Notarzt, Teilnahme an der Medizinischen Notfallzentrale, Rettungsdienste, Sozial- und Dolmetscherdienste, Seelsorge, Transplantationskoordination und Vorhalteleistungen für Epidemien) und belaufen sich auf insgesamt rund 3 Mio. Franken pro Jahr. Dem KSBL werden für Spitalexterne Onkologie-Pflege, die Unterstützung der Medizinischen Notfallzentrale und für Sozial- und Dolmetscherdienste insgesamt rund 1 Mio. Franken vergütet. Es ist vorgesehen, dass die Universitätsspital Nordwest AG diese Leistungen in ähnlichem Umfang weiterhin erbringen und von den Trägerkantonen vergütet erhalten wird. An diesen Leistungen soll grundsätzlich festgehalten werden, und Kostenverschiebungen zwischen den Kantonen sind mit Bezug auf diese Positionen keine zu erwarten.

6.1.2.3 Baurechtsverträge

Die zwischen den Kantonen und dem USB sowie KSBL bestehenden Baurechtsverträge gehen eins zu eins auf die Spitalgruppe über und werden dort mit denselben Konditionen weitergeführt, d.h. es resultieren keine diesbezüglichen spitalgruppenbedingten Veränderungen in den Erfolgsrechnungen.

Das Areal am Standort Bruderholz befindet sich im Eigentum des Kantons BL, mit einem Baurecht zu Gunsten des KSBL. Der Flächenbedarf der Universitätsspital Nordwest AG gemäss Zielbild wird geringer sein als heute. Spätestens mit Abschluss der Transformationsphase im Jahr 2026 werden

die von der Universitätsspital Nordwest AG nicht zwingend benötigten Arealanteile näher bezeichnet werden können. Der Kanton BL beabsichtigt, diese Flächen einer neuen Nutzung zuzuführen und die Modalitäten im Rahmen einer Vereinbarung zu regeln.

6.1.3. Wert der Beteiligungen in den Kantonsbilanzen

Nachfolgend werden die Auswirkungen auf die **Kantonsbilanzen BS und BL** in einer **Stammhausbetrachtung** der beiden Trägerkantone **beispielhaft** anhand der **Jahresabschlusswerte 2016** dargestellt. Im Rahmen der konsolidierten Rechnungen würden die beiden Trägerkantone auch anteilmässig Anteile des Konzerns Spitalgruppe besitzen bzw. ausweisen können.

Die **Auswirkungen** basierend auf der **Zusammenführungsbilanz** gemäss Kapitel 5.4.4 stellen sich wie folgt dar:

Werte in Staatsbilanzen (Stammhaus)	BS	BL
<i>(Geldwerte in Mio. Fr.)</i>	2016	2016
(1) Buchwerte für USB und KSBL bisher (Dotationskapital)	489.2	86.0
(2) Umgliederungen und Umbewertungen BL *	---	+152.9 +23.0
(3) Bereinigte Buchwerte bisher (Dotationskapital) **	489.2	261.9
(4) Werte Eigenkapital USB (Stammhaus) und KSBL für BS und BL gemäss Jahresabschluss Spitäler bisher**	543.3	252.8
(5) Buchwerte am Anteil an der Spitalgruppe (Anschaffungswert) ***	537.7	269.7
(6) Werte Anteil am Eigenkapital Spitalgruppe nach Zusammenschluss	537.7	269.7
(5-3) Differenz Buchwerte neu zu bisher	+48.5	+7.8
(6-4) Differenz Anteile Eigenkapitalwert neu zu bisher	-5.6	+16.9
(7) Einkaufszahlung BL an BS gemäss § 5 Abs. 2 Staatsvertrag	11.4	-11.4
(8) Gesamteffekt	+5.8	+5.5

Anmerkungen:

* BL unter Annahme Umwandlung bzw. Umgliederung Darlehen im Betrag von 152.9 Mio. Franken an KSBL zu Sachanlagen Beteiligungen sowie Rückgängigmachung von Wertberichtigung im Betrag von 23 Mio. Franken aufgrund der Bildung einer PK-Rückstellung im Betrag von 45.7 Mio. Franken durch das KSBL, welche aufgrund des Übergangs in das System der Teilkapitalisierung bei der Pensionskasse nicht mehr erforderlich ist.

** Die Differenz (4-3) entspricht bei BS den kumulierten Gewinnvorträgen des USB (54.1 Mio. Franken), bei BL der Summe aus den Fonds (6.8 Mio. Franken), der Neubewertungsreserve (4.1 Mio. Franken) und den kumulierten Verlustvorträgen (-20 Mio. Franken).

*** Gegenwert für Anteil am Aktienkapital und der allgemeinen gesetzlichen Reserve gemäss Beteiligungsverhältnis in der Zusammenführungsbilanz.

Sollten die Eigenkapitalwerte von KSBL und USB bis Ende 2019 bis auf die gemäss § 5 Abs. 3 und 4 Staatsvertrag definierten **Minimalwerte** zurückgehen, würde entsprechend das Eigenkapital der Spitalgruppe sinken, entsprechend auch der Beteiligungswert bzw. Eigenkapitalwert der Spitalgruppe in den jeweiligen Kantonsbilanzen. Eine in diesem Zusammenhang stattfindende Entnahme von Eigenkapital oberhalb des Minimalwertes des USB durch BS, z.B. in Form einer Umwandlung von Eigenkapital in ein Darlehen, würde sich in der Staatsbilanz BS neutral auswirken (Aktivtausch: Reduktion Beteiligungen, Erhöhung Darlehen oder flüssige Mittel).

Kantonsbilanz BS:

Das USB ist seit seiner Verselbstständigung per 1. Januar 2012 in der Bilanz des Kantons Basel-Stadt mit dem Wert seines Dotationskapitals von 489 Mio. Franken in der Kontogruppe 145 Beteiligungen aktiviert, womit der Buchwert dem Wert des Dotationskapitals entspricht (vgl. Jahresbericht 2016 des Kantons BS, Kapitel 8.2 Beteiligungsspiegel).

Mit der Gründung einer Spitalgruppe ergibt sich grundsätzlich keine Wertänderung in der Bilanz des Kantons BS, solange die Spitalgruppe die Gegenpositionen zum Beteiligungswert weiterhin im Eigenkapital führt (unter Aktienkapitel und/oder gesetzlicher Reserve).

Kantonsbilanz BL:

Das KSBL war seit seiner Verselbstständigung per 1. Januar 2012 in der Bilanz des Kantons Basel-Landschaft mit dem Wert seines Dotationskapitals von 109 Mio. Franken aufgeführt. Damit entsprach der Buchwert dem Wert des Dotationskapitals. Mit dem Jahresabschluss 2016 des KSBL ist dessen Eigenkapital auf 54.2 Mio. Franken geschrumpft. Der Kanton BL hat sich aufgrund einer durchgeführten KSBL-Werthaltigkeitsbeurteilung auf eine Wertberichtigung des Beteiligungswerts im Umfang von 23 Mio. Franken entschieden, womit die Beteiligung im Beteiligungsspiegel des Kantons Basel-Landschaft seit dem Jahr 2016 mit 86 Mio. Franken aufgeführt ist.

Der aktuelle Beteiligungswert kann nun aufgrund der Umwandlung des Darlehens an das KSBL in Dotationskapital im Betrag von 153 Mio. Franken und der Rückgängigmachung der Wertberichtigung von 23 Mio. Franken aufgrund des Übergangs des Vorsorgewerkes des KSBL in das System der Teilkapitalisierung der PKBS auf rund 262 Mio. Franken nach oben angepasst werden. Die Minusbewertungsdifferenz von 9.1 Mio. Franken zum bereinigten Eigenkapital des KSBL ergibt sich netto aus den bis anhin kumulierten Verlustvorträgen des KSBL. Unter Berücksichtigung des gesamten zurechenbaren Eigenkapitals der Spitalgruppe ergibt sich für BL eine Erhöhung der Werthaltigkeit seiner Beteiligung an der Spitalgruppe.

Fazit:

Mit der Gründung der Universitätsspital Nordwest AG wird die Werthaltigkeit kurz- und langfristig gestärkt. Die Regierungen stellen fest, dass die Werthaltigkeit der Beteiligung in BS und BL gegeben ist.

6.1.4. Pensionskasse

Aufgrund des präferierten Vorsorgeträger-Modells „Teilkapitalisierung mit Staatsgarantie bei der PKBS“ gibt es für die beiden Trägerkantone **keine** finanziellen Folgen, **ausser** es würde der Garantiefall im Rahmen einer Teilliquidation eintreten.

Unter **Teilliquidation** gemäss Art. 2 Abs. 3 des Teilliquidationsreglements PKBS versteht sich: «Als erheblich gilt eine dauernde Verminderung der aktiven Versicherten eines Vorsorgewerks durch unfreiwillige Austritte von mindestens 10%, im Minimum aber von 5 Personen. Unfreiwillige Austritte von 250 Personen oder mehr stellen unabhängig von der Anzahl der aktiven Versicherten eines Vorsorgewerks eine erhebliche Verminderung dar. Die Verminderung muss in einem direkten Zusammenhang mit einem wirtschaftlich begründeten Personalabbau stehen.» Dies bedeutet, dass im Fall der Spitalgruppe ab einem unfreiwilligen Austritt von 250 Personen die Staatsgarantie zum Zug kommt. In Art. 6 Abs. 3 steht zudem: «Der Fehlbetrag wird soweit den ausscheidenden Versicherten in Abzug gebracht, als sie den Deckungsgrad von 80% unterschreitet.» Dies bedeutet, dass die Staatsgarantie die Lücke zwischen 80 und 100% deckt und alles was darunter liegt, wird den ausscheidenden Versicherten in Abzug gebracht. Auf die Staatsgarantie wird nicht zurückgegriffen, wenn der Deckungsgrad unter 80% fällt und nicht im Zusammenhang mit einer Liquidation oder Teilliquidation steht. Dann fallen normale Sanierungsmassnahmen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer an.

Das **Staatsgarantierisiko für die Trägerkantone** im Rahmen einer Teilliquidation (Annahme: 250 Personen) lässt sich beispielhaft wie folgt berechnen: Im Maximum sind es 20% der Freizügigkeitsleistungen der unter einer Teilliquidation austretenden Personen (Differenz zwischen Deckungsgrad 80% zu 100%). Bei 8'000 Personen sind 250 Personen 3.13% des Bestandes. Würden also 250 Personen entlassen, ist mit einem Abgang von 42 Mio. Franken zu rechnen (3.13% von 1'329 Mio. Franken). 20% davon unterliegen der Staatsgarantie von BS, d.h. 8.4 Mio. Franken, woran BL gemäss dem Schlüssel „Anteil der Vorsorgeverbindlichkeiten“ 29% (Stichtag 31. Dezember 2016) als Beitrag leisten müsste, d.h. 2.4 Mio. Franken.

Diese Teilliquidationsfolgen würden bei einer Verschlechterung der Versichertenstruktur und gleichzeitigem Deckungsgrad von unter 100% entsprechend vergrössert.

6.2. Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in der Region

Das im Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe des Projekts STAB vom 18. August 2016 beschriebene **Notfallkonzept** überzeugt einerseits durch einen bedarfs- und ressourcengerechten Einsatz von Notfallstationen (24-Stunden-Betrieb) an den Standorten Basel-Stadt und Liestal, als auch peripheren Permanenzen (in der Nacht reduzierte Öffnungszeiten, aber tagsüber hohe Verfügbarkeit von ambulanten Grundversorgern) an den Standorten Laufen und Bruderholz. Damit wird dem unerwünschten und teuren Trend entgegengewirkt, dass die Kapazitäten der Notfallstationen vermehrt durch einfache, medizinisch nicht indizierte Fälle belastet werden, die besser und effizienter in niederschweligen Angeboten (Hausarztpraxen, Permanenzen) aufgenommen würden.

Akutgeriatrie: Die bei einem Verzicht auf das Angebot der stationären Akutgeriatrie am KSBL-Standort Bruderholz wegfallenden Kapazitäten könnten mit den bestehenden Angeboten durch das Felix Platter-Spital und das Adullam Spital aufgefangen werden.

Die mittel- bis langfristige Kapazitätsentwicklung in der Akutgeriatrie muss parallel zur demografischen Entwicklung monitorisiert werden, sodass frühzeitig auf einen höheren Bedarf in den überwiegend mit dem Alter zusammenhängenden Leistungsbereichen (Nephrologie, Neurologie, Gefässmedizin) und auf neue Versorgungsstrukturen reagiert werden kann.

Reha: Aufgrund der demografischen Entwicklung dürfte der Bedarf an Rehabilitationsleistungen in beiden Kantonen weiter zunehmen. Bei einem Wegfall der Rehabilitationskapazitäten des KSBL-Standorts Bruderholz, ausser im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation, könnten die Kapazitäten mit einer gewissen Vorlaufzeit durch das Felix Platter-Spital, das Adullam Spital und das Bethesda-Spital aufgefangen werden. Die Entwicklung müsste auch im Rehabilitationsbereich monitorisiert werden, damit frühzeitig auf mögliche Änderungen der Angebotsstrukturen (vermehrt ambulante Rehabilitation) oder einer veränderten Nachfrage reagiert werden könnte.

Mit der geplanten **Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)** am Standort Bruderholz soll eine moderne Medizin, im Sinne der Verlagerung von heute stationär durchgeführten Behandlungen in den ambulanten Bereich, möglich werden. Dies ist sowohl aus Patientensicht (weniger lange Hospitalisationen und ein weniger grosses Risiko von nosokomialen d.h. spitalerworbenen Infekten), als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht (weniger hohe Gesamtkosten und weniger lange Arbeitsunfähigkeiten) sinnvoll und anzustreben. Durch die Konzentration von entsprechend ambulante durchgeführten Eingriffen im TOP am Standort Bruderholz unter einer einheitlichen Leitung der Spitalgruppe entsteht ein Kompetenzzentrum, das wesentliche ambulante durchzuführende Eingriffe qualitativ hochstehend, und über Skaleneffekte effizient und damit effektiv durchführen kann.

Die Konzentration der **elektiven Orthopädie** der ganzen Universitätsspital Nordwest AG am Standort Bruderholz im Sinne einer Bündelung bereits bestehender Kapazitäten ohne deren Ausbau ermöglicht die Bildung eines Kompetenzzentrums mit hoher Qualität und Effizienz. Sie schafft

dank der engen Anbindung an die Rehabilitation am Standort Bruderholz optimale Behandlungsprozesse und –qualität für die Patienten.

Die **universitäre Medizin** zeichnet sich durch ihre enge Verbindung von Versorgung, Forschung und Lehre aus. In ihr sind alle medizinischen Bereiche von der Grundversorgung bis hin zur Spitzenmedizin abgedeckt. Die klinische Versorgung der Universitätsspitäler umfasst die gesamte Bandbreite von Krankheiten, darunter viele schwere und komplexe Fälle und seltene Erkrankungen, die anderswo nicht behandelt werden können. Insgesamt wird rund ein Sechstel der stationären Patientinnen und Patienten in der Schweiz von Universitätsspitalern versorgt.

Die medizinischen Fakultäten der Schweiz sorgen für die Ausbildung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Sie haben seit 2015 rund 200 zusätzliche Ausbildungsplätze geschaffen (+19%). Mit ihren Forschungsleistungen und ihrer hohen internationalen Vernetzung trägt die universitäre Medizin schliesslich dazu bei, dass die Schweiz den Anschluss an den medizinischen Fortschritt nicht verpasst und der Schweizer Bevölkerung eine aktuelle und hochstehende Medizin zur Verfügung steht. Die universitäre Medizin leistet damit einen dreifachen Beitrag an die Gesundheitsversorgung der Schweiz.

Das USB hat als Universitätsspital ein breites Leistungsangebot in universitärer Medizin mit Abdeckung der Fachdisziplinen rund um die Uhr. Abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät der Universität Basel positioniert sich das USB national und international mit seinen Schwerpunkten.

Aus Versorgungssicht soll die neue Universitätsspital Nordwest AG als **attraktiver Arbeitgeber** wahrgenommen werden, damit genügend ärztliches und medizinisches Personal gewonnen aber auch den künftigen Anforderungen entsprechend in genügender Anzahl aus-, fort- und weitergebildet werden kann.

7. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrags

§ 1 Gegenstand

In § 1 wird festgehalten, dass es im Staatsvertrag vor allem um die Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG geht. Nach ihrer Errichtung wird die Universitätsspital Nordwest AG als verselbstständigte Gesellschaft zu einem grossen Teil autonom in den Schranken des OR agieren. Neben der Regelung der Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG sollen im Staatsvertrag aber auch weitere Grundsätze wie zum Beispiel die Beteiligungsstruktur und die Aktionärsrechte der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft statuiert werden.

Mit dem Staatsvertrag wird überdies sichergestellt, dass die interkantonale Zusammenarbeit im Rahmen der Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG auf einem gleichlautenden Rechtssatz basiert. Die Errichtung der Universitätsspital Nordwest AG erfordert zwar nicht zwingend den Abschluss eines Staatsvertrags. Würden die vereinbarten Mindestvoraussetzungen jedoch von den beiden Kantonen einzeln auf Gesetzesstufe geregelt, bestünde die Gefahr, dass sich die beiden Gesetze nach der Verabschiedung durch die jeweiligen Parlamente widersprechen.

Absatz 2 hält fest, dass alle Rechte und Pflichten sowie Aktiven und Passiven des Universitätsspitals Basel (USB) und des Kantonsspitals Baselland (KSBL) in die Universitätsspital Nordwest AG überführt werden.

§ 2 Name, Rechtsnatur, Sitz und Steuerbefreiung

Als Rechtsform der Universitätsspital Nordwest AG wurde die „Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck“ gewählt. Eine AG mit öffentlichem Zweck befindet sich voll oder mehrheitlich im Eigentum der öffentlichen Hand. Öffentlich ist ein Unternehmen dann, wenn es für die Allgemeinheit tätig wird, also der Öffentlichkeit dient und einen öffentlichen Zweck verfolgt. Wesentliches Element des öffentlichen Zwecks ist das Erfüllen einer öffentlichen Aufgabe. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist als eine öffentliche Aufgabe in beiden Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verankert (§ 26 und 27 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt und § 111 der Kantonsverfassung des Kantons Basel-Landschaft).

Der Sitz der Universitätsspital Nordwest AG ist in Basel.

Der Staatsvertrag sieht gemäss Abs. 2 eine Befreiung der Universitätsspital Nordwest AG mit öffentlicher Zwecksetzung von allen kantonalen und kommunalen Steuern vor. Gemäss dem Entwurf der Eigentümerstrategie soll im Rahmen der Gewinnverwendung auch eine Dividendenausüttung möglich sein. Bezüglich Steuerbefreiung muss eine AG gemäss der Steuerverwaltung des Kantons Basel-Stadt unter dem Gesichtspunkt der gemeinnützigen oder öffentlichen Zwecksetzung geprüft werden (§ 66 lit. f Steuergesetz [StG], Art 56 lit. g Gesetz über die direkte Bundessteuer [DBG]).

Eine Steuerbefreiung durch einen Staatsvertrag ist für die kantonale Steuerverwaltung nicht bindend, da das Steuerharmonisierungsgesetz des Bundes (StHG) und das DBG dem Staatsvertrag vorgehen, eine Steuerbefreiung im Staatsvertrag bestärkt jedoch das öffentlich-rechtliche Interesse. Die Aussage der öffentlichen Aufgabe (der Gesundheitsversorgung) unterstreicht die öffentliche Zwecksetzung. Eine Steuerbefreiung aufgrund der öffentlichen Zwecksetzung ist damit möglich. Wichtig ist, dass die Tochtergesellschaften durch eine Steuerbefreiung der Universitätsspital Nordwest AG nicht automatisch auch steuerbefreit wären. Der Entscheid des Kantons über die Steuerbefreiung gilt grundsätzlich auch für den Bund. In seltenen Fällen kann davon abgewichen werden.

Solange die Universitätsspital Nordwest AG zu 100% von den (beiden) Kantonen oder anderen steuerbefreiten Anstalten gehalten wird, gibt es keine Einschränkungen bezüglich Dividendenaus-schüttung (öffentlicher Zweck). Sobald aber die Statuten eine Öffnung an renditeorientierte private Aktionäre festhalten würden, wäre eine Dividendeneinschränkung nötig.

§ 3 Zweck

Der Hauptzweck der Universitätsspital Nordwest AG, welcher im Staatsvertrag und in den Statuten festgehalten wird, ist die Erbringung von medizinischen Dienstleistungen und die kantonale, regio-nale und überregionale medizinische Versorgung insbesondere im Rahmen der Leistungsaufträge gemäss Sozialversicherungsrecht (Abs. 1 lit. a). Mit der Universitätsspital Nordwest AG soll aber gleichzeitig auch eine Dämpfung der Gesundheitskosten erreicht werden. Um einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung zu erreichen, muss eine Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringenden gewährleistet sein (Abs. 1 lit. b). Darüber hinaus trägt die Universitätsspital Nordwest AG im Rahmen einer Partnerschaft mit der Universität Basel sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Hochschulen und geeigneten weiteren Partnerinsti-tutionen aus Wissenschaft und Industrie zur Ausbildung von universitären und nichtuniversitären Berufen, zur Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin bei (Abs. 1 lit. c). Sie erbringt im Rahmen von Leistungsaufträgen gemeinwirtschaftliche Leistungen, die ihr durch die auftraggebenden Kantone angemessen zu vergütet sind (Abs. 1 lit. d). Die Kantone könnten allenfalls aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen verpflichtet werden, zusätzliche Leistungen an gewissen Standorten der Universitätsspital Nordwest AG zu erbringen. Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass die Universitätsspital Nordwest AG vom jeweiligen Kanton für die entsprechenden Leistungen entschädigt wird.

Soweit dadurch die Erfüllung der Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird, kann die Universitäts-spital Nordwest AG auch weitere Leistungen erbringen (Abs. 1 lit. e).

In Absatz 1 lit. f wird explizit festgehalten, dass die Spitalgruppe nach unternehmerischen Ge-sichtspunkten und auf eigene Rechnung zu wirtschaften hat. Eine unternehmerische Tätigkeit ist trotz der öffentlichen Zwecksetzung nicht schädlich, so lange die Universitätsspital Nordwest AG darauf bedacht ist, die Wettbewerbsneutralität nicht zu verletzen.

In Absatz 2 wird festgehalten, dass ein Kanton aus regionalpolitischen Überlegungen zusätzliche medizinische Angebote für einen Standort bestellen kann, sofern diese medizinisch verantwortbar sind. In diesem Fall muss er aber auch für die entsprechenden Kosten aufkommen.

Im Entwurf der Statuten zur Universitätsspital Nordwest AG wird im Zweck festgehalten, dass zur Erfüllung dieser Aufgaben die Gesellschaft an den Standorten Basel, Liestal, Bottmingen (Bruder-holz) und Laufen Spitäler bzw. medizinische Einrichtungen wie zum Beispiel Permanenzen oder Ambulatorien betreibt. Die Änderung des Zwecks unterliegt dem Quorum von mindestens zwei Dritteln der vertretenen Stimmen an der GV.

§ 4 Gründung und Übertragung der bestehenden Spitalbetriebe

Eine AG wird errichtet, indem die Gründer in öffentlicher Urkunde erklären, eine Aktiengesellschaft zu gründen, darin die Statuten festlegen und die Organe bestellen. Die AG wird anschliessend an ihrem Sitz ins Handelsregister eingetragen.

Im vorliegenden Fall ist ein zweistufiges Gründungs- bzw. Fusionsverfahren vorgesehen, wobei die Universitätsspital Nordwest AG in einem ersten Schritt vor dem 1. Januar 2020 gegründet und in einem zweiten Schritt per 1. Januar 2020 operativ tätig wird, wobei auf diesen Zeitpunkt USB und KSBL durch eine (Absorptions-)Fusion in die Universitätsspital Nordwest AG überführt werden sollen.

Die AG soll bereits vor der Aufnahme der operativen Tätigkeit mit einem minimalen Aktienkapital gegründet werden, um Vorbereitungen treffen bzw. Grundlagen für die Aufnahme der operativen Tätigkeit schaffen zu können. Per Zeitpunkt der Aufnahme der operativen Tätigkeit erfolgt dann die eigentliche Fusion des USB und KSBL zur Universitätsspital Nordwest AG, welcher die Unterzeichnung des Fusionsvertrags zwischen den beiden Kantonen und den beiden Spitälern vorangeht. Bei der Fusion erfolgt eine Aktienkapitalerhöhung durch Übertragung der Aktiven und Passiven bzw. Rechte und Pflichten der bisherigen Spitäler USB und KSBL auf die Universitätsspital Nordwest AG. Dazu muss rechtzeitig vorher ein Zwischenabschluss durch die beiden Spitäler erstellt werden, um die Aktiven und Passiven bewerten und das Aktienkapital und dessen Verteilung auf die beiden Trägerkantone definitiv bestimmen zu können.

Der eigentliche Gründungsvorgang und die entsprechende Rolle der Regierungen sind in § 4 des Staatsvertrags festgehalten. Gemäss § 4 Abs. 1 des Staatsvertrags obliegt die Durchführung der Gründung der Universitätsspital Nordwest AG den Regierungen. Vorbereitende Handlungen können in Abstimmung mit den beiden Regierungen auch durch die Verwaltungsräte des USB und KSBL vorgenommen werden.

Die Regierungen genehmigen die Gründungsstatuten (Abs. 2), bezeichnen die Mitglieder und die Präsidentin oder den Präsidenten des ersten Verwaltungsrats (Abs. 3) und bezeichnen die erste Revisionsstelle (Abs. 4) durch gleichlautende Beschlüsse. Ist die AG einmal gegründet, sind die vorstehend genannten Befugnisse unübertragbar an die GV geknüpft (vgl. Art. 698 Abs. 2 OR). Gemäss Art. 698 Abs. 2 Ziff. 1 OR gehört auch die Festsetzung der Statuten (und damit die Festlegung des Zwecks) bereits zu den unübertragbaren Befugnissen der GV.

Gemäss Absatz 5 erstellen die Verwaltungsräte im Hinblick auf die Fusion den Fusionsvertrag sowie den Fusionsbericht, welcher über die Überführung der Aktiven und Passiven der Spitäler Rechenschaft abliefern. Der Fusionsvertrag und der Fusionsbericht sind durch die Revisionsstelle zu prüfen, welcher vorgängig von den Regierungen bezeichnet wurde.

§ 5 Beteiligung der Kantone

In Abs. 1 wird als Ergebnis der Verhandlungen über das Beteiligungsverhältnis festgehalten, dass der Anteil von BL mindestens 33.4% beträgt, derjenige von BS höchstens 66.6% (siehe Kapitel 5.4.3 Unternehmensbewertung und Beteiligungsverhältnis). Im Zeitpunkt der Gründung und Fusion werden sich 100% der Aktien im Eigentum der beiden Kantone befinden.

Im Rahmen der Verhandlungen über das Beteiligungsverhältnis haben sich BL und BS darüber geeinigt, dass BL im Hinblick auf das in Abs. 1 vereinbarte Beteiligungsverhältnis eine Einkaufssumme von 11.4 Mio. Franken an BS leistet (Abs. 2). Dieser Betrag wird bereits für die Unterzeichnung des Staatsvertrages fixiert und später nicht mehr angepasst.

Die beiden Kantone haben sich gemäss den Abs. 3 bis 5 darauf geeinigt, dass Anpassungsmassnahmen, sei es eine zusätzliche Einlage oder eine Anpassung des Beteiligungsverhältnisses erst bei Unterschreiten von definierten Minimal-Eigenkapitalwerten erfolgen sollen.

Die beiden Kantone BS und BL werden durch § 5 Abs. 6 des Staatsvertrags verpflichtet, in jedem Zeitpunkt mindestens zwei Drittel der Aktienstimmen und des Kapitals der Universitätsspital Nordwest AG zu halten. Diese Bestimmung ist eine Anlehnung an die bestehenden Regelungen in den Kantonen Solothurn und Aargau. § 11 Abs. 1 des Spitalgesetzes des Kantons Aargau vom 25. Februar 2003 sieht eine Mindestbeteiligung des Kantons in der Höhe von 70% des Aktienkapitals vor. Der Kanton Solothurn wird in § 17 Abs. 1 des Spitalgesetzes vom 12. Mai 2004 verpflichtet, mindestens 67% des Aktienkapitals und der Aktienstimmen der Aktiengesellschaft zu halten.

Durch diese Verpflichtung wird garantiert, dass das neu geschaffene Privatrechtssubjekt weiterhin in öffentlicher Hand bleibt und die beiden Kantone ihren verfassungsmässigen Aufträgen weiterhin gerecht werden können. Die Organisationsprivatisierung ermöglicht, dass sich auch gemeinnützig

ausgerichtete Private im definierten Umfang von maximal einem Drittel am Unternehmen beteiligen.

Das primäre Ziel der Universitätsspital Nordwest AG wird auch als Aktiengesellschaft die gemeinsame medizinische Versorgung der Region darstellen und nicht etwa die Erzielung resp. Abschöpfung eines möglichst hohen Gewinns.

§ 6 Aktionärsrechte der Kantone

Den Kantonen BS und BL stehen als Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG alle Rechte zu, welche ihnen gemäss OR zugesichert werden (Abs. 1). Diese grundlegenden Rechte der Aktionäre werden durch die Statuten und den Aktionärsbindungsvertrag detailliert an die Wünsche der Kantone als Aktionäre angepasst.

So ist neben der gemeinsamen Mindestbeteiligung von zwei Dritteln durch BS und BL für wichtige Beschlüsse der Generalversammlung ein Mindestquorum von ebenfalls zwei Dritteln der vertretenen Stimmen festgehalten (Abs. 2). Damit wird für wichtige Beschlüsse das in Art. 704 OR mindestens geforderte Zweidrittelquorum festgelegt. Auf diese Weise wird erreicht, dass wichtige Beschlüsse der Generalversammlung – vorausgesetzt BL verfügt über einen Drittel des Aktienkapitals – nur mit Zustimmung des Minderheitsaktionärs BL gefasst werden können.

Die Quorumsregelung sichert somit die paritätische Mitbestimmung des Minderheitsaktionärs Kanton BL in den wesentlichen strategischen Fragen, denn diese können, unter der Bedingung, dass BL einen Drittel des Aktienkapitals hält, nur mit Zustimmung von BL erfolgen.

§ 7 Beteiligungsstruktur und Veräusserung von Aktien

Gemäss § 7 Abs. 1 des Staatsvertrags besteht die Möglichkeit, dass sich weitere öffentlich-rechtliche Körperschaften, von ihnen beherrschte Dritte oder Dritte mit gemeinnütziger Ausrichtung an der Spitalgruppe AG beteiligen. Dies jedoch unter der Voraussetzung, dass die öffentlich-rechtlichen Eigner BS und BL zusammen mindestens zwei Drittel des gesamten Kapitals und der Stimmen halten. Die Beteiligung von Dritten erfolgt durch den Verkauf von Aktien oder durch eine Aktienkapitalerhöhung bei der Einbringung von Sacheinlagen (z.B. Spital eines Dritten). Auch im Anschluss an eine Aktienkapitalerhöhung müssen die Kantone BS und BL immer noch über zwei Drittel der Aktien verfügen. Dies kann, je nach Grösse des sich beteiligenden Dritten bzw. je nach Umfang der erforderlichen Aktienkapitalerhöhung, zu einer zusätzlichen Verpflichtung zum Kauf von Aktien führen. Sollte dies zu gegebener Zeit nicht erwünscht sein, müsste der Staatsvertrag in diesem Punkt abgeändert werden.

§ 7 Abs. 2 des Staatsvertrags bestimmt, dass beide Kantone ein gegenseitiges Vorkaufsrecht an den zu verkaufenden Aktien haben, sollten Aktien der Universitätsspital Nordwest AG verkauft werden: Verkauft ein Aktionär die von ihm gehaltenen Aktien ganz oder teilweise an eine Drittpartei oder beabsichtigt ein Aktionär einen solchen Verkauf, so steht in erster Priorität dem anderen Aktionär und in zweiter Priorität der Gesellschaft jeweils ein Vorkaufsrecht zu.

Gemäss Abs. 3 hat der Kanton BL zusätzlich zum gegenseitigen Vorkaufsrecht gegenüber dem Kanton BS ein Kaufrecht an denjenigen Anteilen des Kantons BS, welche die Hälfte des Aktienkapitals übersteigen. Der Kanton BL kann dieses Recht in einem oder mehreren Schritten ausüben. Nach Erhalt einer entsprechenden Ausübungserklärung seitens BL, muss BS die mit der Ausübung des Kaufrechts belasteten Aktien zum Unternehmenswert, mindestens zum Wert zum Zeitpunkt der Fusion, an BL verkaufen. Im Kanton Basel-Stadt unterliegt die Veräusserung von Aktien gemäss dem Gesetz über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz; SG 610.100) grundsätzlich der Genehmigung des Grossen Rates. Das in § 7 Abs. 3 des Staatsvertrags verankerte Kaufrecht von BL unterliegt jedoch nicht diesen Bestimmungen – der Staatsvertrag geht in diesem Punkt dem Finanzhaushaltgesetz als *lex specialis* resp. *lex posterior* vor.

Das Verfahren der Kaufrechtsausübung sowie die Methode der Kaufpreisberechnung werden im Aktionärbindungsvertrag (ABV) detailliert und verbindlich vereinbart. Dort wird festgelegt, dass sich die Parteien bemühen, sich auf einen Unternehmenswert der Gesellschaft zu einigen. Der Unternehmenswert muss dabei mindestens dem Wert der Gesellschaft zum Zeitpunkt des ursprünglichen Erwerbs der Aktien durch BS entsprechen. Können sich die Parteien nicht auf einen Unternehmenswert einigen, so kann jede Partei verlangen, dass zur Bestimmung des Unternehmenswertes und gegebenenfalls des Mindestwerts, eine Expertin oder ein Experte ernannt wird. Können sich die Parteien nicht auf eine Expertin oder einen Experten einigen, lehnt diese/r ihre/seine Ernennung ab oder ist sie/er zur Bestimmung des Unternehmenswertes und/oder gegebenenfalls des Mindestwerts offensichtlich nicht in der Lage, kann jede Partei von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Bundesgerichts verlangen, eine Expertin oder einen Experten zu ernennen. Die Bestimmung des Unternehmenswerts erfolgt dabei gestützt auf die Unternehmensbewertung der Gesellschaft nach ihrem Substanzwert, wobei der Unternehmenswert den Mindestwert nicht unterschreiten darf.

Der ABV stellt sicher, dass der Kaufpreis den wirtschaftlichen Wert der Aktien angemessen wiedergibt. Der ABV soll vorsehen, dass die Parteien die Methode der Kaufpreisberechnung alle vier Jahre überprüfen und gegebenenfalls an veränderte Umstände anpassen.

§ 8 Eigentümerstrategie

In der Eigentümerstrategie werden primär die Eigentümerziele der Trägerkantone, die Stossrichtung bezüglich Umgang mit der Beteiligung, die strategischen Vorgaben für die Universitätsspital Nordwest AG, Vorgaben bezüglich der Finanzen und die Vertretung der Eigentümerinteressen festgelegt.

Gemäss Abs. 2 können die Parlamente mit je einer Zweidrittelmehrheit die Eigentümerstrategie an die Regierungen zurückweisen. BL hat diese Bestimmung bereits auf kantonaler Ebene in ihrem Gesetz über die Beteiligungen (Public Corporate Governance, PCGG) verankert. Um hier eine einheitliche Handhabung zwischen den Kantonen BS und BL zu erreichen, wird diese Bestimmung auf Ebene Staatsvertrag verankert und gilt somit auch für den Kanton BS.

§ 9 Informationspflicht

§ 9 des Staatsvertrags verpflichtet die Regierungen, den Parlamenten Kenntnis über den Geschäftsbericht der Universitätsspital Nordwest AG mit Lagebericht, Konzernrechnung und Jahresrechnung zu geben. Ferner haben die Regierungen den Oberaufsichtsorganen der Parlamente Auskunft über die Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten als Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG zu erteilen (vgl. Kapitel 5.5.3).

§ 10 Interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission

Die Tätigkeit der Regierung und der Verwaltung unterliegen grundsätzlich der parlamentarischen Oberaufsicht. Somit untersteht auch eine „kantoneigene“ AG, welche zudem mit Aufgaben des Kantons betraut ist, der parlamentarischen Oberaufsicht. Die parlamentarische Oberaufsicht hat sich in solchen Fällen jedoch auf die Aufsicht der Regierung über die Universitätsspital Nordwest AG (und nicht auf die Tätigkeit der Universitätsspital Nordwest AG selbst zu konzentrieren.

Um ihre Oberaufsicht wahrnehmen zu können, setzen die Parlamente eine interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission (IGPK) ein, dies analog derjenigen für das Universitäts-Kinderspital Basel (UKBB) mit einzelnen der Rechtsform der Universitätsspital Nordwest AG entsprechenden Anpassungen. Die IGPK überprüft den Vollzug des Staatsvertrags und erstattet dem Parlament Bericht. Sie nimmt den Geschäfts- und den Revisionsbericht der Universitätsspital Nordwest AG zur Kenntnis und kann die Regierungen ersuchen, den Parlamenten der Trägerkantone Änderungen des Staatsvertrags oder besondere oberaufsichtsrechtliche Massnahmen zu beantragen.

§ 11 Arbeitsverhältnisse

Es ist vorgesehen, dass die neue Universitätsspital Nordwest AG mit dem Personal privatrechtliche Arbeitsverträge abschliesst. Gegenüber öffentlich-rechtlichen Anstellungsverhältnissen unterscheiden sich privatrechtliche Anstellungsverhältnisse primär im Verfahrensweg bei Streitigkeiten und punktuell in anderen Belangen, z.B. bei den Kündigungsregelungen. In einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) ist es – vorbehaltlich zwingender Regelungen – möglich und auch üblich, vom OR abweichende Regelungen zu vereinbaren.

Gemäss Abs. 2 schliesst der Verwaltungsrat im Einvernehmen mit den massgebenden Personalverbänden einen GAV ab. Sollte dieser per Aufnahme der operativen Tätigkeit der Universitätsspital Nordwest AG am 1. Januar 2020 noch nicht in Kraft sein, gelten die jeweiligen bisherigen Anstellungsbedingungen weiter (vgl. Abs. 3). Diese Bestimmung gelangte sinngemäss auch bei der Auslagerung der Spitäler aus der öffentlichen Verwaltung per 1. Januar 2012 zur Anwendung.

Gemäss Abs. 4 bleiben die durch Drittmittel finanzierten Anstellungsverhältnisse sowie vom Verwaltungsrat für spezielle Fälle erlassene besondere Anstellungs-, Entlohnungs- und Arbeitsbedingungen zur Sicherstellung der Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt vorbehalten und unterstehen somit nicht der GAV-Pflicht.

§ 12 Berufliche Vorsorge

Die berufliche Vorsorge der Universitätsspital Nordwest AG bei der PKBS soll im System der Teilkapitalisierung durchgeführt werden.

In einer ersten Gruppe von Bestimmungen wird die Bildung des gemeinsamen Vorsorgewerks für die Universitätsspital Nordwest AG geregelt. Dabei ist zunächst erforderlich, dass das bisherige Vorsorgewerk des USB bei der PKBS als Vorsorgewerk der Universitätsspital Nordwest AG bezeichnet wird (Abs. 1). Danach erfolgt die Integration des Vorsorgevermögens und der Verbindlichkeiten des Vorsorgewerks für die Mitarbeitenden des KSBL, welches bisher bei der BLPK angeschlossen waren, in das Vorsorgewerk des USB bzw. neu der Universitätsspital Nordwest AG (Abs. 2). Die Kündigung des bisherigen Anschlusses des Vorsorgewerks KSBL bei der BLPK obliegt der Vorsorgekommission dieses Anschlusses unter Berücksichtigung der relevanten Fristen. Falls die Deckungsgrade der beiden Versichertenbestände zum Zeitpunkt der Integration mehr als drei Prozentpunkte auseinander liegen sollten, wovon zur Zeit nicht ausgegangen wird, ist zur Vermeidung einer unterschiedlichen Ausgangslage durch die Spitalgruppe eine Einlage an die PKBS zum Ausgleich zu leisten, welche über einen Zeitraum von max. 10 Jahren amortisiert werden kann (Abs. 3).

In einer zweiten Gruppe von Bestimmungen (Abs. 4 und 5) werden technische Parameter angepasst, welche für Anschlüsse im System der Teilkapitalisierung erforderlich und im PKG Basel-Stadt festgelegt sind. Es gilt, die bisher unterschiedlichen Vorsorgepläne des KSBL und USB zu harmonisieren, da die heutigen Pläne vom USB und KSBL in Bezug auf Leistungen und Finanzierung weit auseinander liegen. Es empfiehlt sich eine Lösung, die sich an der (Gesundheits-) Branche orientiert. Angestrebt wird eine Lösung, die sowohl bei der Höhe der Altersleistungen als auch bei der Finanzierung zwischen den beiden heutigen Lösungen liegt. Vor diesem Hintergrund ist einerseits eine Anpassung der unüblichen Verzinsungsregel gemäss PKG erforderlich, in dem die bisherige Bindung der Verzinsung an den technischen Zinssatz der PKBS angepasst wird. Neu soll die Verzinsung der ordentlichen Vorsorgekapitalien um einen Prozentpunkt vermindert gegenüber dem technischen Zinssatz erfolgen, solange der Deckungsgrad unter 100% liegt (Abs. 4). Sobald der Deckungsgrad über 100% liegt, gelangen die Verzinsungsrichtlinien der PKBS zur Anwendung. Ebenso soll die bisherige Regelung bezüglich Stabilisierungsbeiträge angepasst werden. Neu sollen die Arbeitnehmenden der Universitätsspital Nordwest AG keine und die Arbeitgeberin noch 2% Stabilisierungsbeiträge leisten, bis ein Deckungsgrad von 100% erreicht ist, mindestens jedoch bis zum 31. Dezember 2024 (Abs. 5). Zudem werden keine Beiträge an einen Teuerungsfonds geleistet. Die Reduktion der Stabilisierungsbeiträge, welche bis zum Erreichen eines De-

ckungsgrades von 100% vorgesehen sind, entlasten sowohl Arbeitnehmende wie Arbeitgeberin. Der Deckungsgrad kann jedoch trotzdem stabilisiert werden, da die Verzinsung der ordentlichen Sparkapitalien weniger hoch angesetzt wird. Eine Reduktion des Zinssatzes um 1 Prozentpunkt trägt mit rund 3 Prozentpunkten zur Stabilisierung des Deckungsgrades bei.

Schliesslich werden in einer letzten Gruppe von Bestimmungen (Abs. 6 und 7) die für das System der Teilkapitalisierung erforderliche Staatsgarantie des Kantons Basel-Stadt sowie die Beteiligung des Kantons Basel-Landschaft daran im Garantiefall geregelt.

Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass Anpassungen in den Vorsorgelösungen (versicherungstechnische Parameter) aufgrund von Marktanpassungen unabhängig von der Spitalgruppenbildung notwendig sind.

Wie bisher soll es möglich sein, für einzelne Berufsgruppen (z.B. Assistenz- und Oberärztinnen und Assistenz- und Oberärzte) zusätzliche Vorsorgelösungen vorzusehen.

§ 13 Rechtsbeziehungen zu den Patientinnen und Patienten

Die Rechtsbeziehungen zwischen der Universitätsspital Nordwest AG und den Patientinnen und Patienten richtet sich nach dem öffentlichen Recht des Sitzkantons. Lässt sich eine Patientin oder ein Patient in einem öffentlichen Spital behandeln, untersteht seine Rechtsbeziehung zum Spital dem öffentlichen Recht des Sitzkantons. Mit dem behandelnden Arzt entsteht grundsätzlich kein direktes Rechtsverhältnis.

Es ist allgemein anerkannt, dass öffentliche Unternehmen in Privatrechtsform keine privat-autonome Handlungsfreiheit haben. Sie sind vielmehr allen rechtsstaatlichen Bindungen unterworfen, die für die öffentliche Verwaltung gelten: Sie unterstehen dem Legalitätsprinzip, haben eine öffentlich-rechtliche Aufnahmepflicht, es gelten die öffentlich-rechtlichen Grundsätze der Tarifgestaltung oder der verfassungsrechtliche Grundsatz der Gleichbehandlung.

Gemäss den Absätzen 2 – 4 werden die vom Verwaltungsrat als oberstem Organ gefällten Entscheide an das Verwaltungsgericht weitergezogen. Das Verfahrensrecht richtet sich nach dem Gesetz über die Verfassungs- und Verwaltungsrechtspflege (VRPG) vom 14. Juni 1928 (SG 270.100). Die Ausgestaltung des spitalinternen Instanzenzugs, insbesondere der erstinstanzlichen Entscheidbefugnis, ist vom Verwaltungsrat zu regeln. Bei erstinstanzlichen Verfügungen wird in verfahrensrechtlicher Hinsicht das Gesetz betreffend die Organisation des Regierungsrates und der Verwaltung des Kantons Basel-Stadt (Organisationsgesetz, OG) vom 22. April 1976 (SG 153.100) Anwendung finden.

§ 14 Haftung

Von der Frage nach der Rechtsbeziehung zwischen Patient und Spital ist die Frage nach der Haftung zu unterscheiden. Zwar folgt die Haftung in der Regel dem Rechtsverhältnis, dies ist aber nicht zwingend. So kann sich die Haftung aufgrund des anwendbaren kantonalen Rechts (im vorliegenden Fall aufgrund des Staatsvertrags) auch bei einem öffentlichen Spital nach Privatrecht richten und umgekehrt kann die Haftung bei einem Privatspital kantonalem Staatshaftungsrecht unterstehen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Universitätsspital Nordwest AG mindestens zu zwei Dritteln in öffentlichem Eigentum bleiben wird und eine wichtige Versorgungsfunktion der zwei Gründerkantone wahrnimmt, erscheint es als konsequent, wenn die Universitätsspital Nordwest AG auch nach öffentlichem Recht haftbar gemacht werden kann. Die Haftung der Universitätsspital Nordwest AG, ihrer Organe und ihres Personals richtet sich sinngemäss nach dem Gesetz über die Haftung des Staates und seines Personals (Haftungsgesetz, HG) vom 17. November 1999 des Kantons Basel-Stadt.

Absatz 3 hält fest, dass für privatrechtlich organisierte Tochtergesellschaften der Universitätsspital Nordwest AG ausschliesslich die Haftungsvorschriften des Obligationenrechts gelten.

§ 15 Datenschutzrecht und Zugang zu Informationen

Bei der Universitätsspital Nordwest AG handelt es sich um eine Aktiengesellschaft im Sinne des Obligationenrechts mit öffentlichem Zweck. Damit stellt diese eine juristische Person des Privatrechts dar und auf datenschutzrechtliche Fragestellungen ist grundsätzlich das Bundesdatenschutzgesetz anzuwenden (Art. 2 Abs. 1 lit. a DSG).

Die Universitätsspital Nordwest AG wird von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in grossem Umfang öffentlich-rechtliche Leistungsaufträge erhalten. Diesbezüglich handelt es sich bei der Universitätsspital Nordwest AG somit um „einen Privaten, dem der Staat die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe übertragen hat“ (§ 3 Abs. 1 lit. c IDG/BS und § 3 Abs. 1 lit. c IDG/BL). Private, denen der Staat die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe übertragen hat, gelten nach der kantonalen Datenschutzgesetzgebung als öffentliche Organe des Kantons und fallen entsprechend, im Rahmen der übertragenen Aufgabenwahrnehmung, unter das kantonale Informations- und Datenschutzgesetz (§ 2 Abs. 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 lit. c IDG/BS und § 2 Abs. 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 lit. c IDG/BL).

Im Rahmen der Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Leistungsaufträge wird daher das kantonale Informations- und Datenschutzgesetz und für alle anderen Belange das Eidgenössische Datenschutzrecht anwendbar sein.

Um zwischen den beiden Standortkantonen Klarheit zu schaffen, wird in § 15 des Staatsvertrags festgehalten, dass auf die Gesellschaft und die von ihr geführten Spitalbetriebe das kantonale Datenschutzrecht des Sitzkantons, somit das baselstädtische Datenschutzrecht, Anwendung findet.

In Absatz 1 werden die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regeln geregelt. Wenn nicht Bundesrecht anwendbar ist, ist das baselstädtische IDG einschlägig.

Absatz 2 regelt, wer für die Behandlung von Gesuchen um Zugang zu Informationen zuständig ist. Gemäss der Regelung sollen Gesuche beim zuständigen Departement resp. bei der zuständigen Direktion oder bei beiden Stellen eingereicht werden können. Für die Behandlung der Gesuche ist das jeweilige kantonale Informations- und Datenschutzgesetz massgebend.

§ 16 Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG

§ 16 Abs. 1 des Staatsvertrags hält fest, dass die Generalversammlung die Auflösung der Universitätsspital Nordwest AG mit zwei Dritteln der vertretenen Stimmen und der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte beschliessen kann. Diese Regelung entspricht der in Art. 704 OR festgehaltenen Mindestanforderung für wichtige Beschlüsse.

Unter dem Titel „Auflösung der Aktiengesellschaft“ sind in Art. 736 OR (Auflösung im Allgemeinen) die Auflösungsgründe aufgelistet: 1. Nach Massgabe der Statuten; 2. Öffentlich beurkundeter Beschluss der GV; 3. Konkurs; 4. Urteil; 5. Übrige vom Gesetz vorgesehene Fälle. Art. 738 OR hält sodann fest, dass die aufgelöste Gesellschaft in Liquidation tritt, unter Vorbehalt der Fälle der Fusion, der Aufspaltung und der Übertragung ihres Vermögens auf eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Die Auflösung einer AG hat somit normalerweise deren Liquidation zur Folge. Mit anderen Worten wird das ganze Kapital der AG nach den Vorgaben von Art. 739 ff. OR „liquidiert“. Nach Tilgung der Schulden wird das Vermögen an die Aktionäre verteilt. Nur in den im OR genannten Ausnahmefällen kann die Liquidation – und somit der Verkauf aller Aktiven – der Gesellschaft unterbleiben. In Bezug auf die Universitätsspital Nordwest AG soll eine Liquidation jedoch verhindert

werden können, denn eine Liquidation hätte den Wegfall von wichtigen Trägern der Gesundheitsversorgung zur Folge. Dies wiederum dürfte nur geschehen, wenn die medizinische Versorgung anderweitig sichergestellt würde.

Um eine Liquidation zu verhindern, wird in § 16 Abs. 2 des Staatsvertrags festgehalten, dass anstelle der Liquidation das Vermögen der Gesellschaft durch einen oder mehrere Kantone übernommen werden soll. Dies entspricht der Regelung des Art. 751 Abs. 1 OR. Diese Regelung steht unter der Annahme, dass Gläubiger bzw. Arbeitnehmer bei einer Übernahme der AG durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts keine Nachteile zu befürchten brauchen und sich daher den Schuldnerwechsel ohne spezielle Schutzbestimmungen gefallen lassen müssen. Die übernehmende öffentlich-rechtliche Körperschaft haftet mit ihrem ganzen Vermögen, nicht nur mit demjenigen der übernommenen AG.

In § 16 Abs. 3 des Staatsvertrags wird vereinbart, dass im Fall einer Auflösung der Gesellschaft ohne Liquidation jeder Kanton die von ihnen eingebrachten Spitalbetriebe und dazugehörigen Vermögenswerte zum Wert im Zeitpunkt der Übernahme mit Einschluss anteiliger Schulden gemäss Beteiligungsverhältnis im Zeitpunkt der Auflösung zurücknimmt. Übersteigen die übernommenen Netto-Vermögenswerte den Anteil des Kantons am Eigenkapital der Universitätsspital Nordwest AG, unterliegt dies dem Ausgleich unter den Kantonen.

Zum Gründungszeitpunkt werden die Aktiven und Passiven (Fremdkapital) in eine neue Unternehmung zusammengeführt, das Eigenkapital gemäss dem vereinbarten Beteiligungsverhältnis zwischen BS und BL aufgeteilt. Damit gehört das Netto-Vermögen (Aktiven minus Fremdkapital) der Spitalgruppe gemeinsam den Aktionären BS und BL, letztlich anteilmässig gemäss Beteiligungsverhältnis. Die einzelnen Standorte „gehören“ ab diesem Zeitpunkt damit in der Spitalgruppe immer anteilmässig beiden Aktionären. Im weiteren Verlauf finden unterschiedliche Entwicklungen an den Standorten statt, an denen über das Eigenkapital beide Aktionäre partizipieren.

Wenn nun bei einer Liquidation das Vermögen oder Vermögensteile von einem oder mehreren Kantonen übernommen werden kann, ist der Wert dieser Vermögenswerte zu bestimmen. Nicht direkt einem Standort zuordenbare Vermögensteile (z.B. liquide Mittel) und Schulden sollen gemäss dem Beteiligungsverhältnis im Zeitpunkt der Auflösung aufgeteilt werden. Damit ergeben sich Netto-Vermögenswerte für die zu übernehmenden Standorte (jeweils Aktiven minus Schulden). Gleichzeitig besitzen die Aktionäre BS und BL noch anteilig das Eigenkapital. Wenn die übernommenen Netto-Vermögenswerte höher sind als das anteilige Eigenkapital muss die Differenz der anderen Partei (ehemaliger Aktionär) bezahlt werden und umgekehrt.

§ 17 Streitigkeiten; Schiedsgericht

Primäres Ziel der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist es, allfällige Streitigkeiten möglichst gütlich beizulegen. Um gegebenenfalls von einer neutralen Instanz einen Entscheid fällen zu lassen, wurde eine Schiedsgerichtsklausel in den Vertrag aufgenommen, nach welcher jeder Kanton eine Schiedsrichterin oder einen Schiedsrichter bestimmt, welche in der Folge gemeinsam eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden bestimmen. Der oder dem Vorsitzenden obliegt bei Stimmgleichheit der Stichentscheid. Sollten sich die beiden Schiedsrichter nicht auf einen Vorsitzenden einigen können, so wird dieser von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Bundesgerichts bestimmt.

Neben dieser grundsätzlichen Regelung bestimmt sich das Verfahren nach den Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO). Für die Anordnung vorsorglicher Massnahmen ist ausschliesslich das Schiedsgericht zuständig.

Sitz des Schiedsgerichts ist Liestal.

§ 18 Vertragsdauer, Kündigung

Nach dem Ablauf einer Frist von zwölf Jahren ist eine Kündigung des Staatsvertrags möglich. Die blosser Kündigung des Staatsvertrags berührt das Bestehen der Universitätsspital Nordwest AG nicht direkt, denn die beiden Kantone bleiben auch im Fall einer Kündigung des Staatsvertrags weiterhin Aktionäre der Universitätsspital Nordwest AG. Und als solche haben sie die Regelungen der Statuten zu befolgen, welche nicht wie der Vertrag einseitig gekündigt werden können. Zudem sind die Aktionäre auch durch den Aktionärsbindungsvertrag weiterhin an ihre gegenseitigen Abmachungen gebunden. Ebenso bleiben die Verpflichtungen der beiden Kantone zur anteilmässigen Beteiligung an der Staatsgarantie betreffend die berufliche Vorsorge bestehen, so lange diese noch in Teilkapitalisierung bei der PKBS bestehen bleibt. Durch eine Kündigung des Staatsvertrages würden somit lediglich die vertraglich vereinbarten Rahmenbedingungen, welche vor allem die Gründungsphase der Universitätsspital Nordwest AG zum Inhalt haben, dahin fallen.

§ 19 Schlussbestimmung

Der Staatsvertrag tritt nach der Genehmigung durch die Parlamente der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und der Annahme in den Volksabstimmungen durch übereinstimmende Beschlüsse der Regierungen dieser Kantone in Kraft.

8. Gesetzlicher Anpassungsbedarf

8.1. Basel-Stadt

Neben dem neu zu erlassenden Regelwerk muss im Kanton Basel-Stadt das Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (Öffentliche Spitäler-Gesetz, ÖSpG) vom 16. Februar 2011 (SG 331.100) angepasst werden, indem das USB aus dem Geltungsbereich gestrichen wird.

Nicht angetastet werden muss für die Gründung der Universitätsspital Nordwest AG demgegenüber das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011 (SG 300.100). Dieses regelt nämlich unter Vorbehalt des höherrangigen Rechts ganz allgemein das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt, und nicht die Organisation der öffentlichen Spitäler.

8.2. Basel-Landschaft

Die Schaffung einer gemeinsamen Spitalgruppe bedingt eine Anpassung des basellandschaftlichen Spitalgesetzes. Vorgesehen ist, dass das geltende Gesetz in zwei neue Erlasse überführt wird. Zum einen ein *Spitalversorgungsgesetz* mit dem Ziel, der Kantonsbevölkerung eine bedarfsgerechte, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Spitalversorgung zu gewährleisten. Zum anderen ist ein *Spitalbeteiligungsgesetz* vorgesehen, in welchem die Beteiligungen des Kantons Basel-Landschaft an seinen Spitätern auf- und ausgeführt werden. Im Wesentlichen wird sich dieses Gesetz auf die Regelung der Psychiatrie Baselland beschränken. Das UKBB und die neue Universitätsspital Nordwest AG werden darin lediglich vollständigheitshalber aufgeführt sein, da sich deren Konstituierung aus übergeordneten Staatsverträgen ergibt. Im Spitalbeteiligungsgesetz soll zudem die Veräusserung von Aktien durch den Kanton Basel-Landschaft der Genehmigung des Landrats unterliegen, soweit der Anteil des Kantons unter ein Drittel des Aktienkapitals fallen würde.

9. Weiteres Vorgehen

9.1. Referendum

Gemäss dem Gesetz betreffend Initiative und Referendum (IRG) vom 16. Januar 1991 (SG 131.100) des Kantons Basel-Stadt unterliegt der „Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG“ dem fakultativen Referendum.

Gemäss der Terminologie der basellandschaftlichen Verfassung handelt es sich beim vorliegenden Vertrag um einen sogenannten „gesetzeswesentlichen Staatsvertrag“. Dieser untersteht dem obligatorischen Referendum, wenn ihn der Landrat mit weniger als 4/5 der anwesenden Mitglieder beschliesst oder wenn er durch separaten Landratsbeschluss der obligatorischen Volksabstimmung unterstellt wird (§ 30 Absatz 1 Buchstabe b KV BL). Soweit das obligatorische Referendum nicht zum Tragen kommt, kann der Staatsvertrag auf Begehren von 1500 Stimmberechtigten mit dem fakultativen Referendum der Volksabstimmung unterbreitet werden (§ 31 Absatz 1 Buchstabe c KV BL).

Um eine einheitliche Handhabung und die zeitliche Koordination zwischen den beiden Kantonen zu erreichen, werden beide Regierungen bei ihren Parlamenten beantragen, den Staatsvertrag per Beschluss der beiden Parlamente dem obligatorischen Referendum zu unterstellen. Je nach Abschluss der Beratung in den Parlamenten, soll die Abstimmung im November 2018 oder Februar 2019 stattfinden.

Wirksamkeit

Bei einer erfolgreich durchgeführten Referendumsabstimmung, bestimmen die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft durch übereinstimmende Beschlüsse nach Eintritt der Rechtskraft den Zeitpunkt der Wirksamkeit. Es ist vorgesehen, den Staatsvertrag per 1. Januar 2019 in Kraft zu setzen.

9.2. Regulierungsfolgeabschätzung

Mit der Regulierungsfolgeabschätzung sind die wirtschaftlichen Auswirkungen insbesondere mit Bezug auf die KMU-Betriebe aufzuzeigen. Bei der Zusammenführung des USB und des KSBL zu einer gemeinsamen Spitalgruppe ist keine erhebliche KMU-Relevanz erkennbar. Die Stärkung der Ertragskraft der Spitalgruppe kommt grundsätzlich auch deren Zulieferbetrieben zu Gute.

10. Fazit

Aus Sicht der beiden Regierungen BS und BL sowie der Verwaltungsräte KSBL und USB ist ein Zusammenschluss zur Universitätsspital Nordwest AG mit einer **strategische Positionierung „Vier Standorte – ein System“** und mit klaren Schwerpunkten innerhalb der Gruppe durch (geographische) Bündelung der Leistungen nachvollziehbar bzw. zwingend für den unternehmerischen Erfolg. Die klare strategische Ausrichtung unterstützt besser als im jeweiligen Alleingang die medizinische Versorgung der Bevölkerung im gemeinsamen Gesundheitsraum und stärkt die Wirtschaftlichkeit der Spitäler, der Steuer- und Prämienzahler und bildet die Basis für eine Stärkung der Hochschulmedizin in der Region. Die Absicht, den (inter-) nationalen Trend zur Ambulantisierung aufgrund des medizinischen Fortschritts und des zunehmenden Kostendrucks wie auch der Patientenbedürfnisse aufzunehmen und sich frühzeitig strategisch zu positionieren, wird für richtig befunden.

Die Universitätsspital Nordwest AG erfüllt die von den beiden Regierungen festgelegten übergeordneten strategischen Zielsetzungen indem sie

- längerfristig und gesamtheitlich betrachtet mit klar definierten und pro Standort gebündelten Angeboten zu einer optimierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung der beiden Kantone BS und BL bzw. insgesamt für die Bevölkerung des Jura-Nordbogens führt;
- aus betriebswirtschaftlicher Sicht grosse Vorteile und Chancen bietet, da sie über Synergiegewinne die Selbstfinanzierungs- und Investitionskraft der Spitalgruppe und letztlich auch die kantonalen Finanzhaushalte von BL und BS stärkt;
- aus volkswirtschaftlicher Sicht mittel- bis längerfristig über den Abbau von stationären Überkapazitäten (Notfallstationen, Betten) und die Ablösung von stationären Angeboten durch ambulante zu einer finanziellen Entlastung der beiden Kantone BS und BL sowie der Versicherer und damit der Steuer- und Prämienzahlenden beiträgt;
- längerfristig über die Bündelung der relevanten Fallzahlen und Patientenkollektive die Hochschul- bzw. Spitzenmedizin in Nordwestschweiz stärkt und damit einen wesentlichen Beitrag zur Wertschöpfung am Life-Sciences-Standort Region Basel leistet.

Patientinnen und Patienten profitieren

- von einer optimierten wohnortsnahen medizinischen Grundversorgung auch im Notfall und mit klaren Profilen an den einzelnen Standorten;
- von einem Notfallkonzept mit bedarfs- und ressourcengerechtem Einsatz von Notfallstationen und Notfall-Permanenzen;
- von der klaren Trennung von stationärem und ambulantes Angebot durch eine auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Behandlung, weniger lange Hospitalisationen und entsprechend tieferem Risiko für nosokomiale (spitalerworbenen) Infekte;
- von schlankeren Prozessen mit kürzeren Wartezeiten;
- vom Zugang zur hochspezialisierten Medizin und komplexen universitären Leistungen in der Region.

Steuer- und Prämienzahlende profitieren

- von einer Dämpfung des Kostenwachstums durch den Abbau von Spitalinfrastruktur, Bündelung der Investitionen und Verzicht auf teure Doppelspurigkeiten und aufgeblähte Infrastrukturen durch gegenseitiges Wettrüsten;
- von einer Konzentration der operativen und interventionellen Eingriffe in einer speziellen Tagesklinik mit tieferen Gesamtkosten und weniger langen Arbeitsunfähigkeiten;
- von einer Stärkung der Werthaltigkeit der Spitalbeteiligung, welche von den Kantonen getragen wird;
- von einer Stärkung der universitären Medizin, der Lehre und Forschung, der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und damit einhergehend von einer starken Life Science Region.

Mitarbeitende profitieren

- von der Stärke der Spitalgruppe, attraktiven Entwicklungsmöglichkeiten und einer höheren Arbeitsplatzsicherheit;
- von der Möglichkeit neuer Betriebsmodelle mit innovativen Ansätze zur Leistungserbringung wie beispielsweise eHealth;
- von interessanten Karrieremöglichkeiten in Akademie, Dienstleistung und Management;
- da die Spitalgruppe das Potential für Forschung und universitäre Lehre erhöht, wodurch die Attraktivität als Arbeitgeber für die verschiedenen Berufsgruppen deutlich erhöht und die gezielte Nachwuchsförderung vereinfacht wird.

Forschende profitieren

- von einer zusammen mit der medizinischen Fakultät zu erreichenden Stärkung der universitären Medizin, Forschung und Lehre inkl. HSM dank Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen;
- von einer Attraktivitätssteigerung dank mehr bzw. grösseren Patientenkollektiven.

Zuweisende Ärztinnen und Ärzte profitieren

- von einer klaren Positionierung der Standorte und Profile;
- von der Bündelung von Fallzahlen und der damit einhergehenden Zuweisungsmöglichkeit in der Region
- vom jederzeitigen Zugang auf ein System mit einem durchgängigen elektronischen Patientendossier (E-Dossier).

Medizinstudierende profitieren

- von einer nachhaltig gesicherten theoretischen und praktischen Aus- und Weiterbildung auf höchstem Niveau aufgrund der Sicherung bzw. Stärkung der Hochschulmedizin in der Region.

Nur ein **hoch integriertes Modell durch vollständige Fusion** erlaubt es der Universitätsspital Nordwest AG, die übergeordneten Projektzielsetzungen zu erreichen, die strategische Positionierung umzusetzen sowie die Synergiepotentiale zu realisieren (u.a. gemeinsame angebotsstrategische Ausrichtung, optimaler Einsatz von Ressourcen, standortübergreifende abgestimmte Prozesse, Austausch von Personal, Daten und Patienten, einheitliches Erscheinungsbild).

Die **Rechtsform einer AG** mit öffentlichem Zweck ist für das geplante Universitätsspital Nordwest die zweckmässigste Organisationsform. Diese ermöglicht es am besten, auf die zukünftigen Herausforderungen adäquat reagieren zu können. Auch aus Governance-Sicht hat die AG wichtige Vorteile: Im Unterschied zur selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt und zur spezialgesetzlichen AG führt die (einseitige) Kündigung des Staatsvertrags nicht zum Entzug der notwendigen Rechtsgrundlage und zur automatischen Auflösung des Unternehmens. Die stärkere politische Exponierung der Spitalgruppe in der Form einer selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt oder einer spezialgesetzlichen AG würde in diesen beiden Konstrukten wie ein Damoklesschwert über dem Unternehmen hängen, das sich zugleich im Wettbewerb mit anderen Unternehmen in einer dynamischen Branche befindet, in der das Patientenvertrauen ein hohes Gut darstellt. Nicht ohne Grund machen von dieser Rechtsform inzwischen immer mehr Kantone mit öffentlichen Spitälern (z.B. Thurgau, Aargau, Solothurn und Bern) Gebrauch.

Der lange **Umsetzungsfahrplan** ist in erster Linie der rund zweijährigen Umsetzungszeit auf politischer Ebene geschuldet. Die Spitäler werden gefordert sein, sich bestmöglich auf die Zeit nach der politischen Entscheidungsfindung vorzubereiten. Genauso wichtig ist es, dass im Projekt ein klar kommuniziertes Ende für die Umsetzung definiert ist (2026).

Aus Beteiligungs- bzw. Eignersicht sowie aus Versorgungssicht bietet ein Zusammenschluss der beiden Spitäler sowohl aus medizinischer wie aus betriebswirtschaftlicher Sicht grosse Vorteile. Es ist die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen.

Anhang:

- Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe (Projekt STAB) vom 18. August 2016 des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Baselland, mit Fortschrittsberichten zur „Transformationsphase A“ per 31. Dezember 2017.

Grundlagenbericht für eine gemeinsame Spitalgruppe

Projekt STAB



**Kantonsspital
Baselland**

 **Universitätsspital
Basel**

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

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

Durch den Steuerungsausschuss vom 18.12.2017 im Grundsatz freigegeben.

Inhalt

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 Führung- und Organisationsstruktur (Kapitel 4).....	11
0.5 Personal (Kapitel 5)	11
0.6 Recht (Kapitel 6).....	11
0.7 Finanzielle Synergien (Kapitel 7)	12
0.8 Finanzieller Businessplan (Kapitel 8)	12
0.9 Projektrisiken (Kapitel 9)	12
0.10 Umsetzungsfahrplan (Kapitel 10).....	13
0.11 Fazit und Anträge (Kapitel 11)	13
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	<i>Bruderholz – Innovative Neuausrichtung mit ambulantem Gesundheitscampus (TOP) und elektiver Orthopädie</i>	32
3.4.4	<i>Laufen – Gesundheitszentrum</i>	35
3.4.5	<i>Gemeinsame Spitalgruppe</i>	35
3.5	Weitere angebotsrelevante Themen	36
3.5.1	<i>Notfall- und wohnortnahe Grundversorgung der Spitalgruppe</i>	36
3.5.2	<i>Forschung – Verhältnis zur Universität</i>	37
3.6	Schlussfolgerungen „Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung“	37
4	Führungs- und Organisationsstruktur	46
4.1	Prinzipien für die Gestaltung der Führungs- und Organisationsstruktur	46
4.2	Präferiertes Organisationsmodell.....	46
4.3	Schlussfolgerungen „Führungs- und Organisationsstruktur“	47
5	Personal	48
5.1	Attraktiver Arbeitgeber	48
5.2	Weiterbildungs- und Forschungsangebot.....	48
5.3	Werte / Kultur.....	48
5.4	Privatrechtliche Regelung der Arbeitsverhältnisse	48
5.5	Lohnsystem	48
5.6	Pensionskasse.....	49
5.7	Schlussfolgerungen „Personal“	49
6	Recht	59
6.1	Anforderungen an das rechtliche Modell	59
6.2	Wahl der Rechtsform	59
7	Finanzielle Synergien	64
7.1	Übersicht	64
7.2	Medizinisches Kerngeschäft	65
7.3	Medizinische Querschnittsfunktionen.....	65
7.4	Nicht-medizinische Querschnittsfunktionen.....	66
7.5	Dyssynergien.....	66
7.6	Transformationskosten	66
7.7	Beurteilung der Zielerreichung	67
7.8	Schlussfolgerungen „Finanzielle Synergien“	67
8	Finanzieller Businessplan	68
8.1	Konzeption des Finanzmodells	68
8.2	Übersicht und wesentliche Planungsannahmen.....	69
8.3	Planerfolgsrechnungen aus Sicht Base Case	70
8.4	Potentiale.....	71
8.5	Beurteilung der Zielerreichung – Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe	72
8.6	Basisfallpreise (Baserate)	73
8.7	Investitionsrechnung.....	73
8.8	Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen	74

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

Abbildungsverzeichnis

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

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

Tabellenverzeichnis

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

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

0 Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Grundlagenbericht wird nachfolgend Kapitel für Kapitel summarisch dargestellt.

0.1 Ausgangslage des Projekts (Kapitel 1)

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

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

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

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

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

0.2 Ausgangslage der Spitäler (Kapitel 2)

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

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

Das KSBL und das USB können in der heutigen Struktur mittel- bis langfristig nicht den 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:

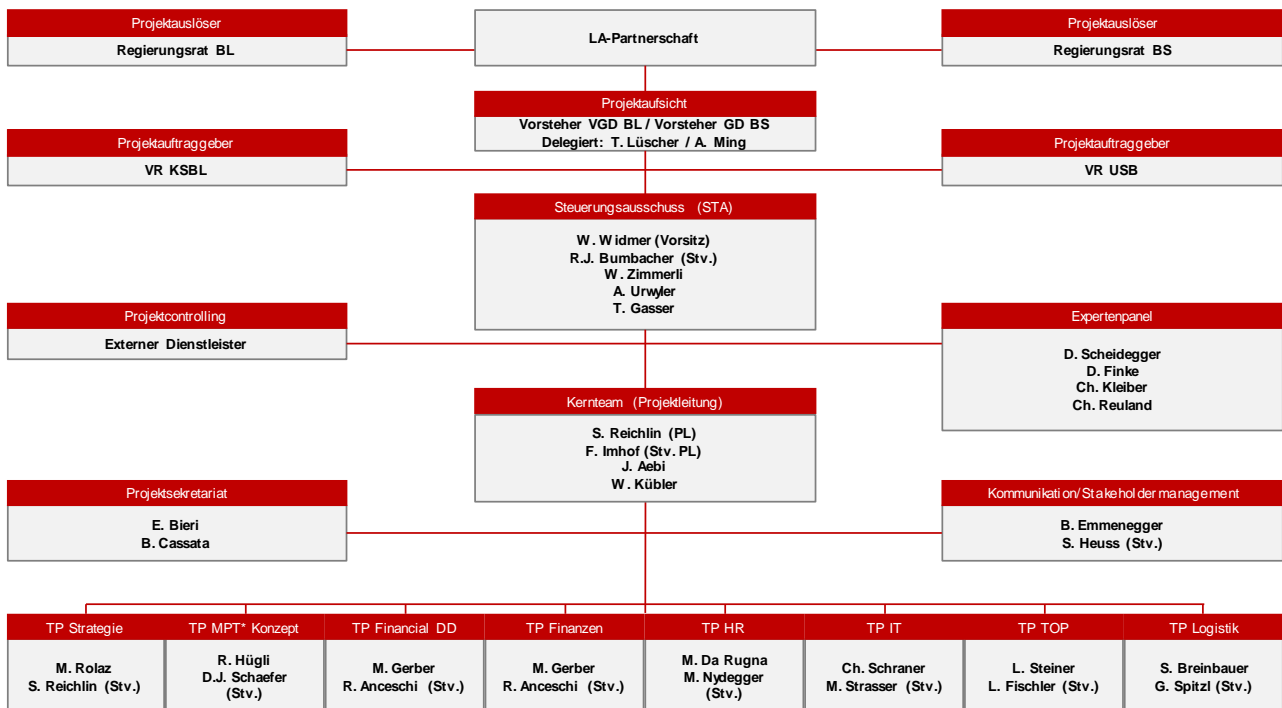
1. Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
2. Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich;
3. Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

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“ Spitallfinanzierung 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.

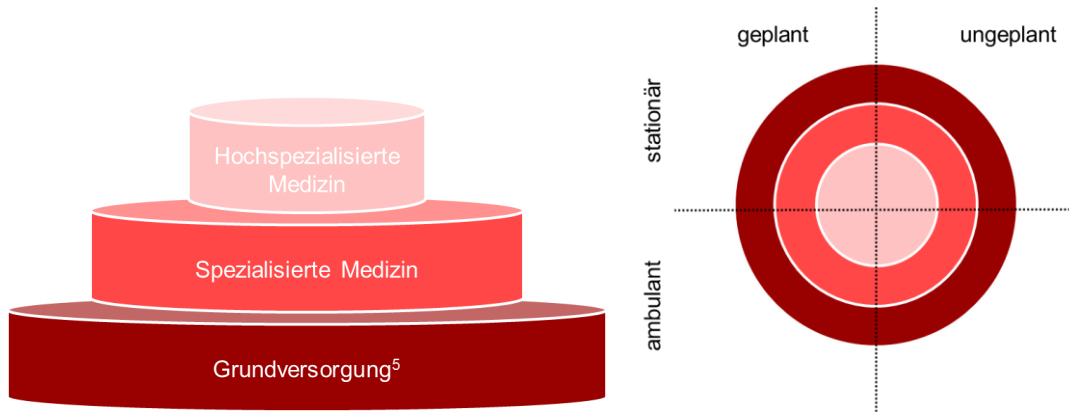


Abbildung 5: Übersicht zu Leistungsangeboten

Überregionale Wettbewerbssituation

Die gemeinsame Spitalgruppe hat eine nationale und internationale Ausstrahlung und steht im Wettbewerb zu anderen Universitätsspitälern 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 Spitälern 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.

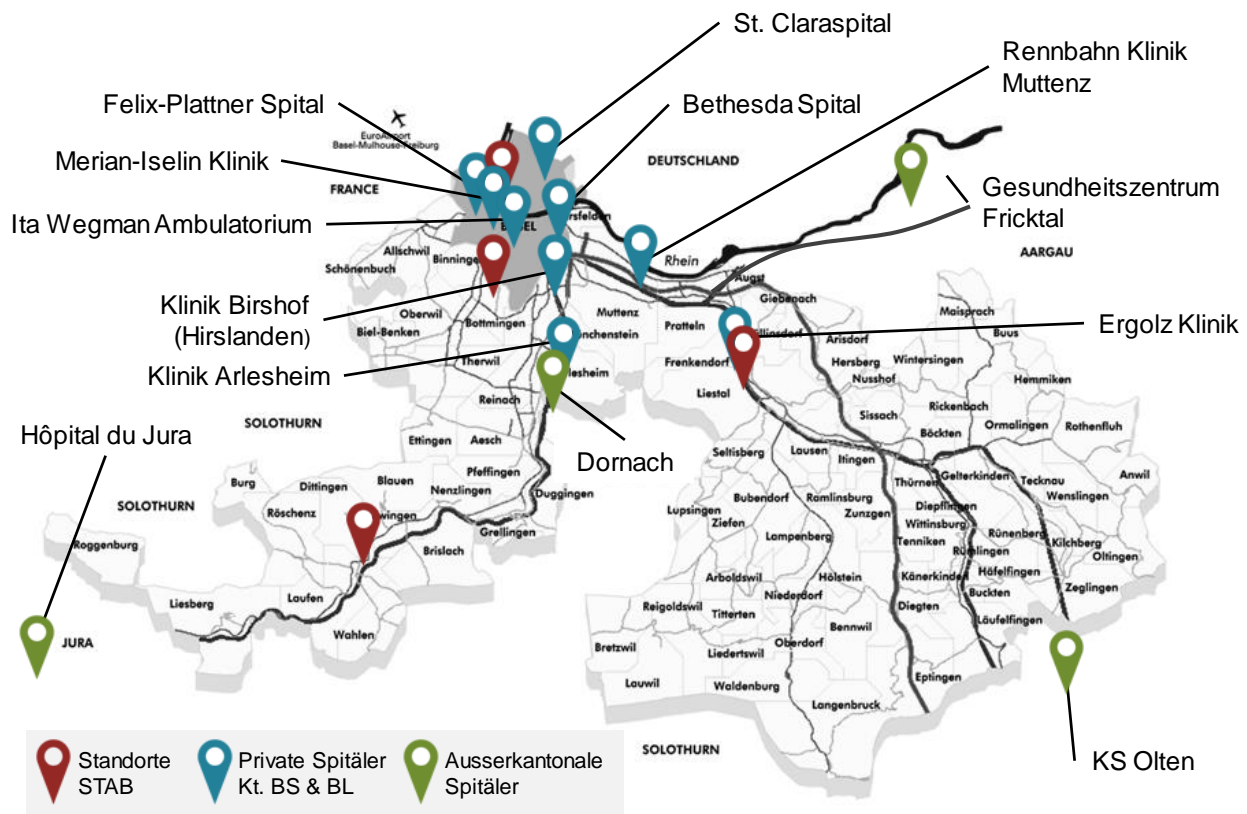


Abbildung 6: Regionale Wettbewerbssituation

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, widerspräche 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 Spitälern regional wie international kann mit Alleingängen nicht begegnet werden. Zahlreiche Faktoren sowohl seitens der Spitälern (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 Spitälern 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.

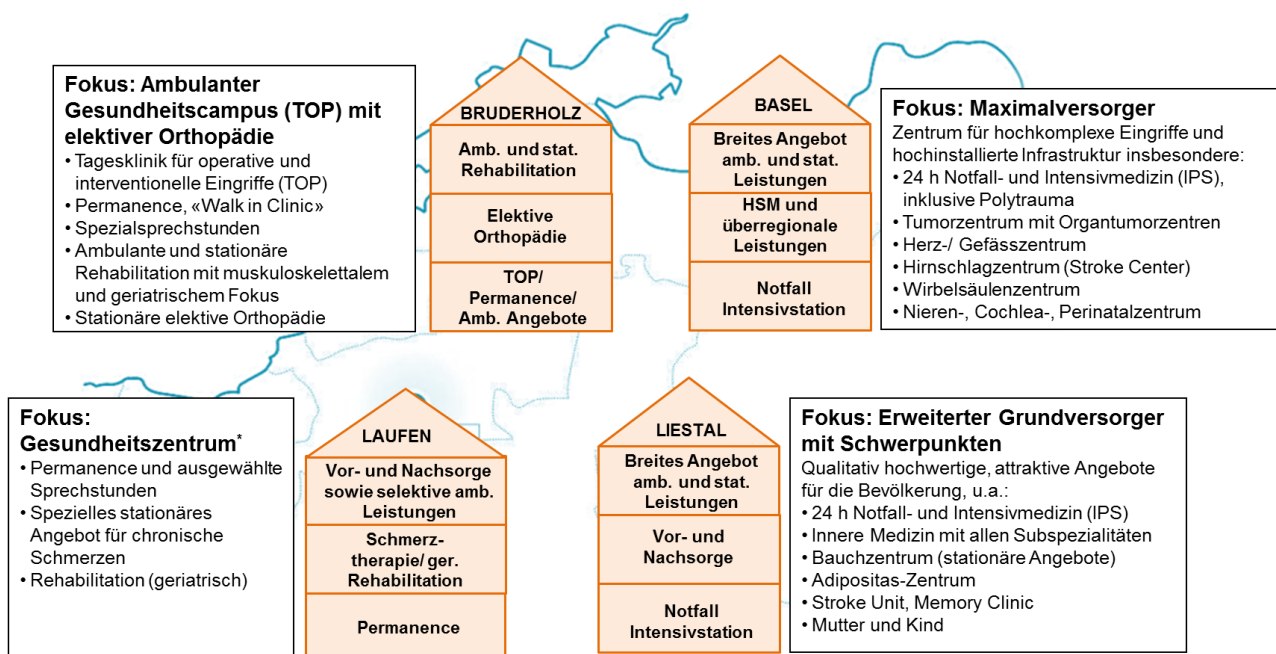
Die Standorte erhalten ein klares Profil

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

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

¹¹ Eine Fortführung des Leistungsangebot gemäss Laufentalvertrag ist nur möglich bei einer Entschädigung über GWL

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.

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

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

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

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

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

Exkurs: Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)

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

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

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

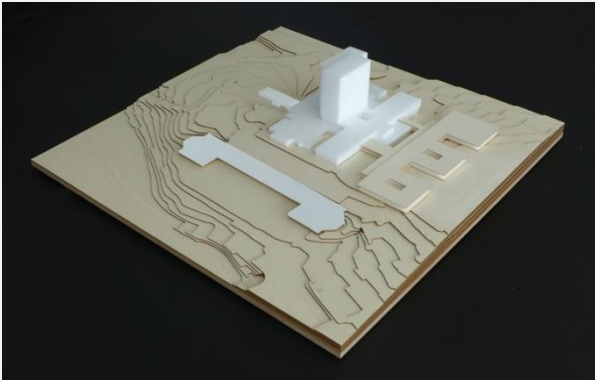
Leistungsangebot

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

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

Auf dem Bruderholz werden daher keine 24h-Notfallstation und keine IPS, dafür aber eine 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

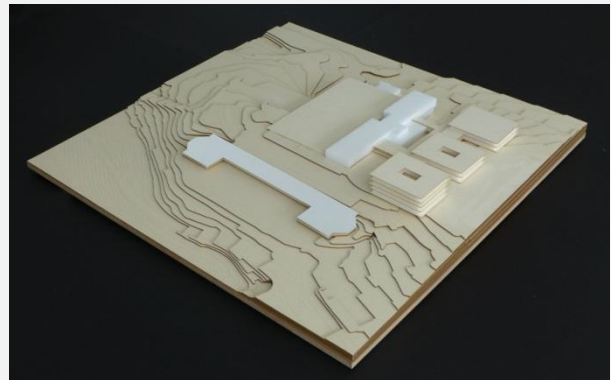


Abbildung 10: Visualisierung der Transformation des Standort Bruderholz (Machbarkeitsstudie mit modularer Dimensionierung)¹⁶

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

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

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

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

Rehabilitation

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

Permanence

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

Exkurs: Elektive 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

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.

Ergänzung um einen Innovationscampus ermöglichen könnte.

Ein wichtiges Erfolgsmerkmal für den ambulanten Gesundheitscampus ist eine Infrastruktur, die optimal auf Bedarf und Prozesse abgestimmt und mit guten Parkmöglichkeiten, guter Verkehrsanbindung durch ÖV zwischen den 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,

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).

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

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

3.5 Weitere angebotsrelevante Themen

3.5.1 Notfall- und wohnortnahe Grundversorgung der Spitalgruppe

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

Konkret sollen die Standorte daher schrittweise angepasst werden:

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

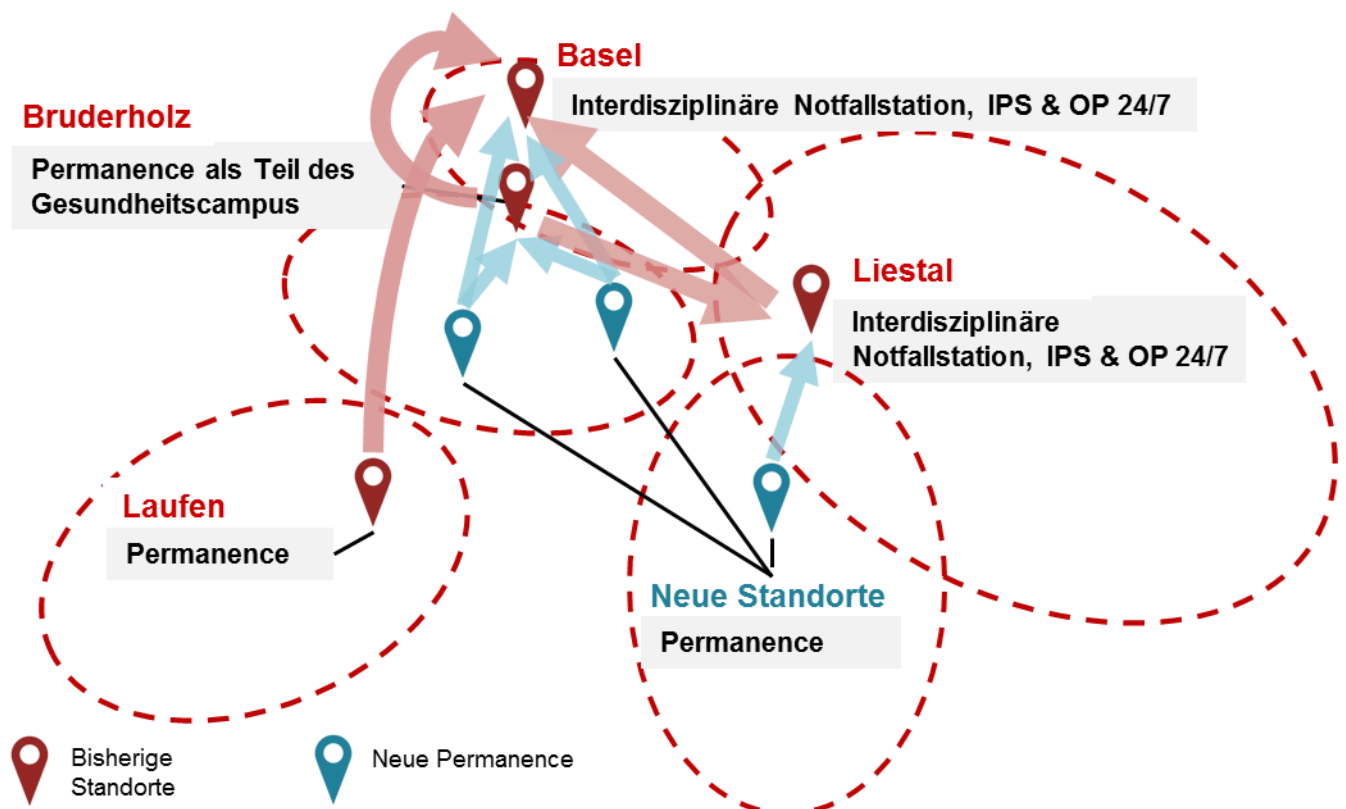


Abbildung 11: Regionales Konzept für Notfallversorgung ergänzt um Permanenzen (neue Standorte in Evaluation)

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

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

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

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

3.5.2 Forschung – Verhältnis zur Universität

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

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

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

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

3.6 Schlussfolgerungen „Leitlinien, Zielbild und strategische Positionierung“

Zielbild und strategische Positionierung

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

Die Spitalgruppe bietet innovativste medizinische Dienstleistungen in der Versorgungsregion an.

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

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

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

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

Angebotsstrategie und Standortkonzept

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

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

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

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

Basel – Maximalversorger

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

Liestal – Umfassender Grundversorger mit Schwerpunkten

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

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

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

Laufen – Gesundheitszentrum

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

Gemeinsame Spitalgruppe

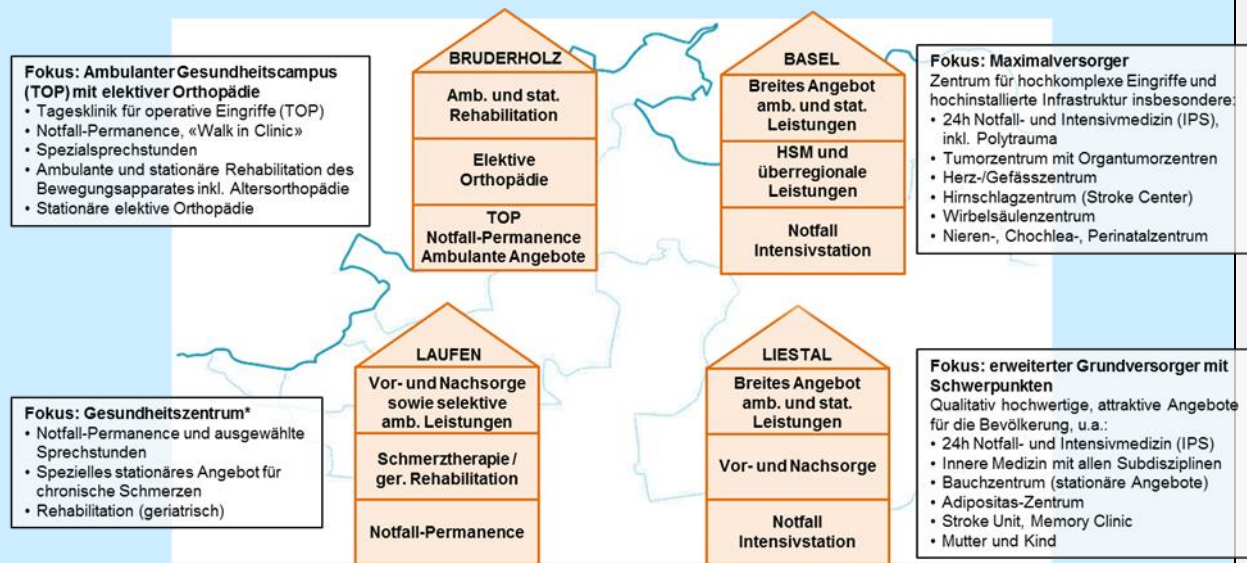
Dem Standortkonzept liegt ein systemischer Ansatz mit abgestuften Versorgungsmodell zugrunde, welches sich an den Patientenbedürfnissen, den regionalen Patientenströmen und den bestehenden Stärken der Standorte ausrichtet. Kernelemente des Modells sind die innovative Neuausrichtung der Standorte Bruderholz 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.

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

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

erarbeitet und soll bis spätestens Ende 2018 definiert sein.



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

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

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

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

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

A) Tagesklinik TOP

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

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

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

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

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

B) Kompetenzzentrum Orthopädie

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

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

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

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

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

C) REHA

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

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

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

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

D) Notfall-Permanence

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

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

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

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

E) Grundversorgung

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

F) Auswirkungen des Zielbildes Bruderholz

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

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

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

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

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

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

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

werden).

G) Transformation des Standortes Bruderholz

Zwischenschritt

Zielbild



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

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

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

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

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

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

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

H) Fazit Spitalgruppe

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

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

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

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

4 Führungs- und Organisationsstruktur

4.1 Prinzipien für die Gestaltung der Führungs- und Organisationsstruktur

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



Abbildung 12: Qualitätskriterien für das Organisationsmodell der Spitalgruppe:

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

4.2 Präferiertes Organisationsmodell

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

„Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

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



Abbildung 13: Künftiges Organisationsmodell der Spitalgruppe

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

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

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

4.3 Schlussfolgerungen „Führungs- und Organisationsstruktur“

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

5 Personal

5.1 Attraktiver Arbeitgeber

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

5.2 Weiterbildungs- und Forschungsangebot

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

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

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

5.3 Werte / Kultur

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

5.4 Privatrechtliche Regelung der Arbeitsverhältnisse

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

5.5 Lohnsystem

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

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

5.6 Pensionskasse

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

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

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

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

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

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

5.7 Schlussfolgerungen „Personal“

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

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

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

Mitarbeitenden gerecht wird.

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

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

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

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

A) Grundsätzliches – Total Compensation

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

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

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

B) Anstellungsbedingungen

Die heute geltenden öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen mit einem

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

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

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

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

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

C) Lohn-/Vergütungssystem

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

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

harmonisieren.

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

D) Pensionskasse

Einleitung

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

Organisation der Vorsorgeeinrichtungen heute

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

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

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

Kennziffern per 31. Dezember 2016

Nachstehend werden die wichtigsten Kennziffern der beiden Vorsorgewerke miteinander verglichen.

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

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

– **Vorsorgevermögen**

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

– **Wertschwankungsreserve**

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

– **Anteil Vorsorgekapitalien aktiv Versicherte**

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

– **Versicherter Lohn / Massgebender Lohn**

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

– **Kapital aktiv Versicherte / versicherter Lohn**

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

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

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

Vorsorgeplan und Finanzierung

Die wesentlichsten Unterschiede sind die Folgenden:

– Altersleistungen

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

– Finanzierung

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

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

– Risikoleistungen Invalidität und Tod

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

Invalidenrente beträgt, ist diese ebenfalls entsprechend unterschiedlich hoch.

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

Verzinsungsgrundsätze

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

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

Vorsorgeträger

Übersicht:

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

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

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

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

Träger	Kapitalisierung
Eigene Stiftung	Vollkapitalisierung
PKBS	Teilkapitalisierung
PKBS	Vollkapitalisierung
BLPK	Vollkapitalisierung

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

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

Teilkapitalisierung bei der PKBS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Künftiger Vorsorgeplan

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

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

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

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

6 Recht

6.1 Anforderungen an das rechtliche Modell

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

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

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

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

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

6.2 Wahl der Rechtsform

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

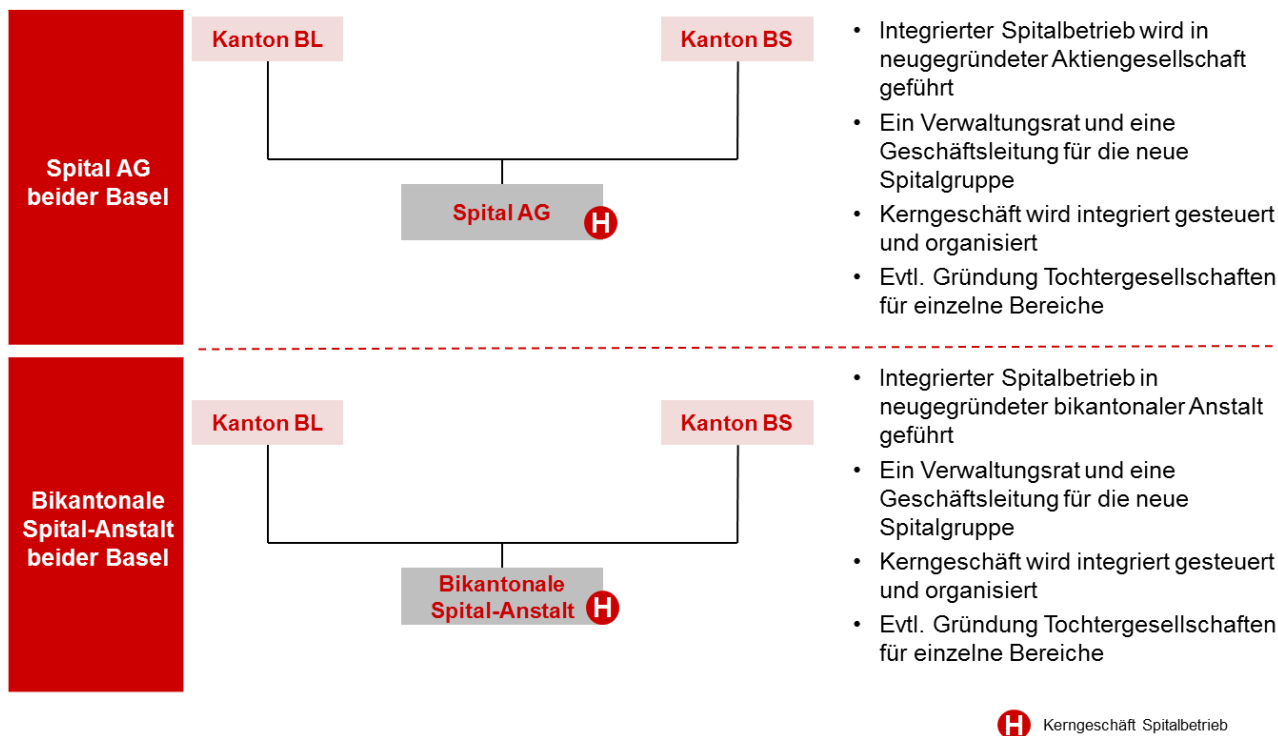


Abbildung 14: Darstellung der hochintegrierten rechtlichen Integrationsmodelle

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

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

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

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

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

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

A) Das Rechtsmodell der Spitalgruppe

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

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

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

Das Konzept respektive der Fusions-Vertragsentwurf wurden durch das Handelsregister einer Vorprüfung unterworfen und positiv beurteilt.

B) WEKO-Verfahren

Die wettbewerbsrechtlichen Vorabklärungen im 2016 haben ergeben, dass

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Wortmarke / Firma

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

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

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

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

Die Merkmale des neuen Namens und der Wortmarke sind:

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

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

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

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

7 Finanzielle Synergien

7.1 Übersicht

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

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

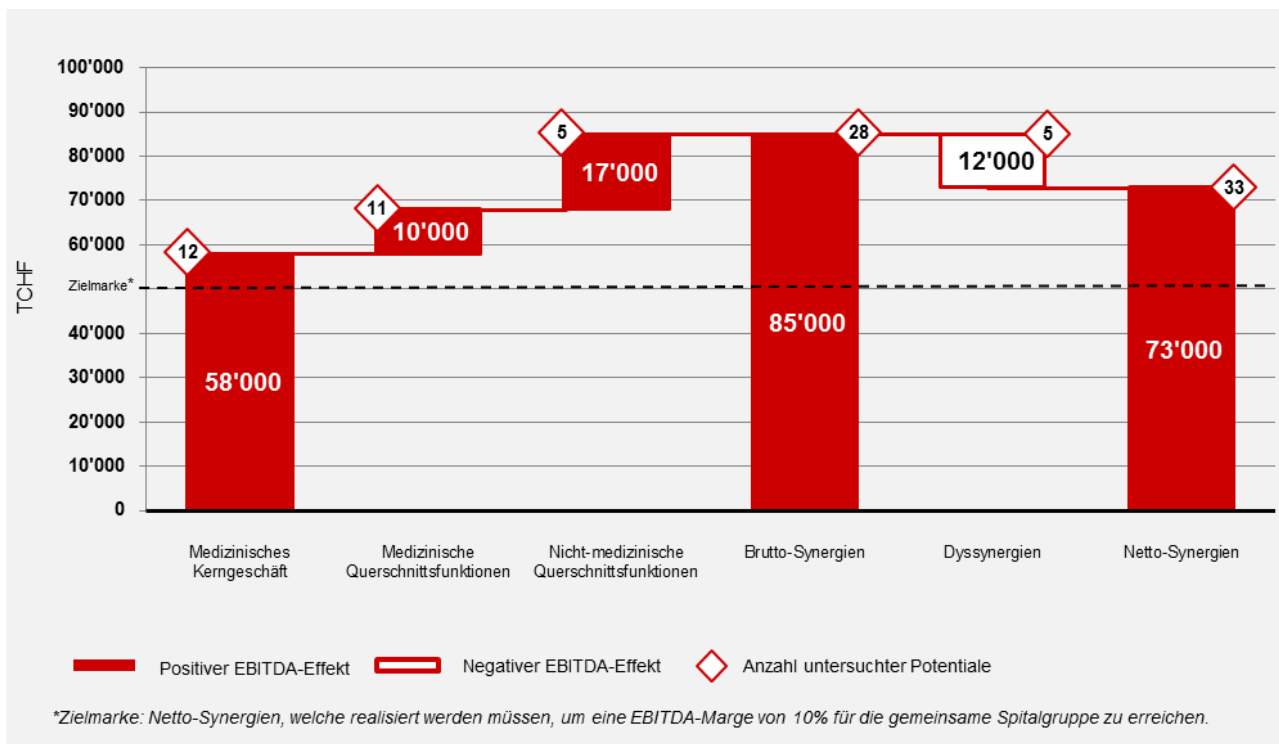


Abbildung 15: Darstellung der Synergiepotentiale nach Bereichen im Zieljahr 2026

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 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.

Der Zusammenschluss ist daher aus betrieblicher und finanzieller Hinsicht sinnvoll.

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

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

8 Finanzieller Businessplan

8.1 Konzeption des Finanzmodells

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

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

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

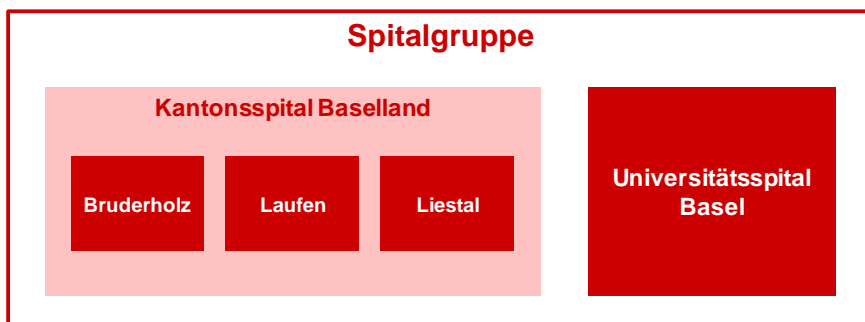
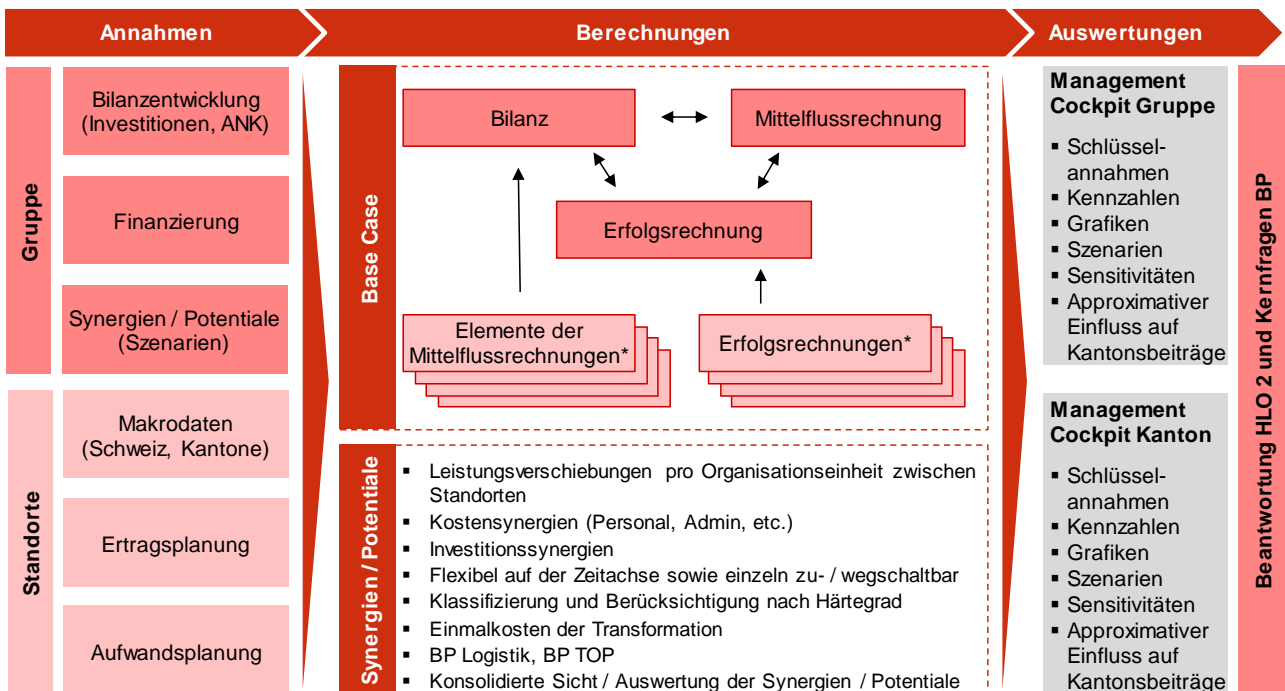


Abbildung 16: Zusammensetzung der Spitalgruppe

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



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

Abbildung 17: Aufbau der Finanzplanung der Spitalgruppe

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

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

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

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

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

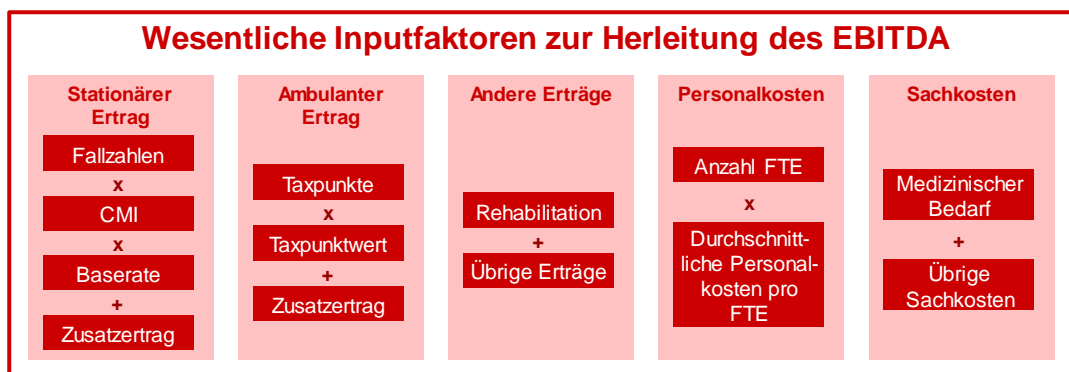


Abbildung 18: Inputfaktoren zur Herleitung des EBITDA

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

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

8.2 Übersicht und wesentliche Planungsannahmen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

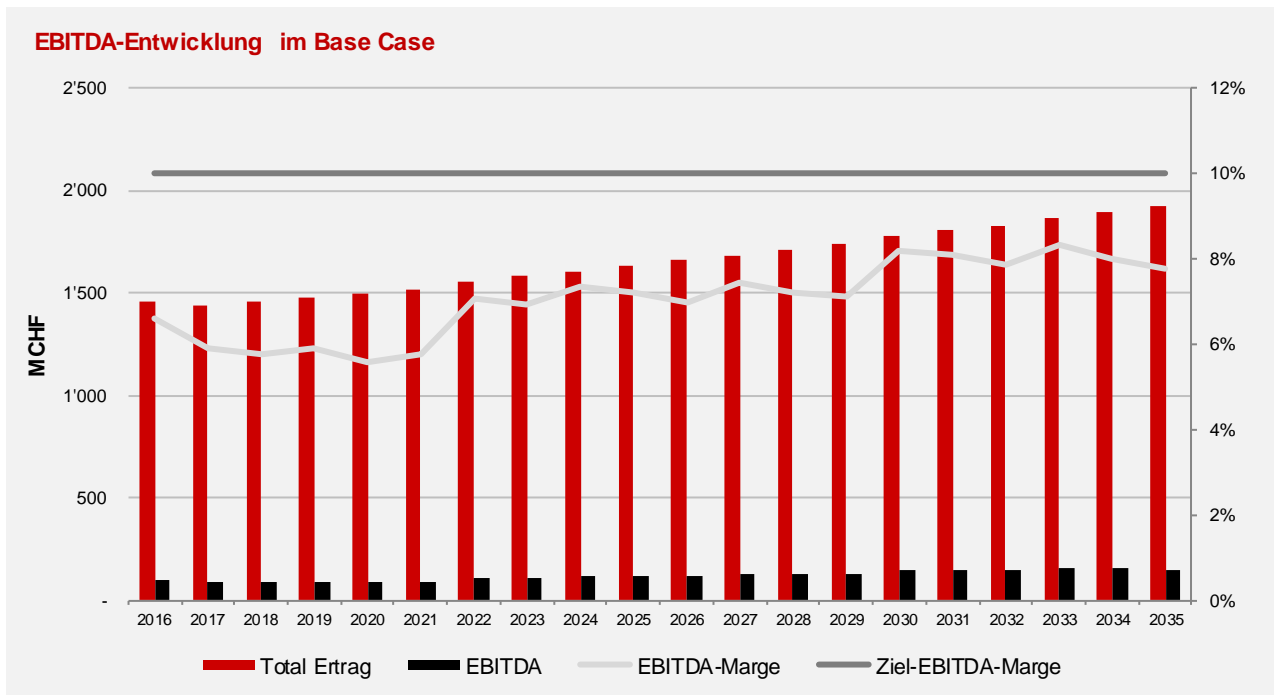


Abbildung 19: EBITDA-Entwicklung im Base Case

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.

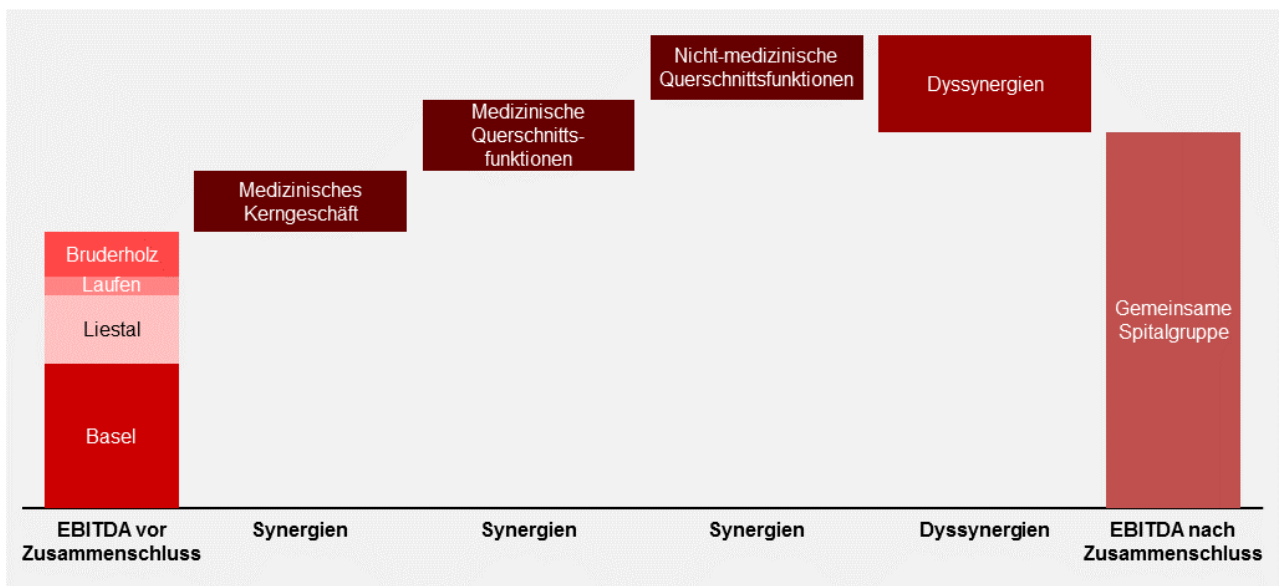


Abbildung 20: Schematische Darstellung der EBITDA-Veränderung

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.

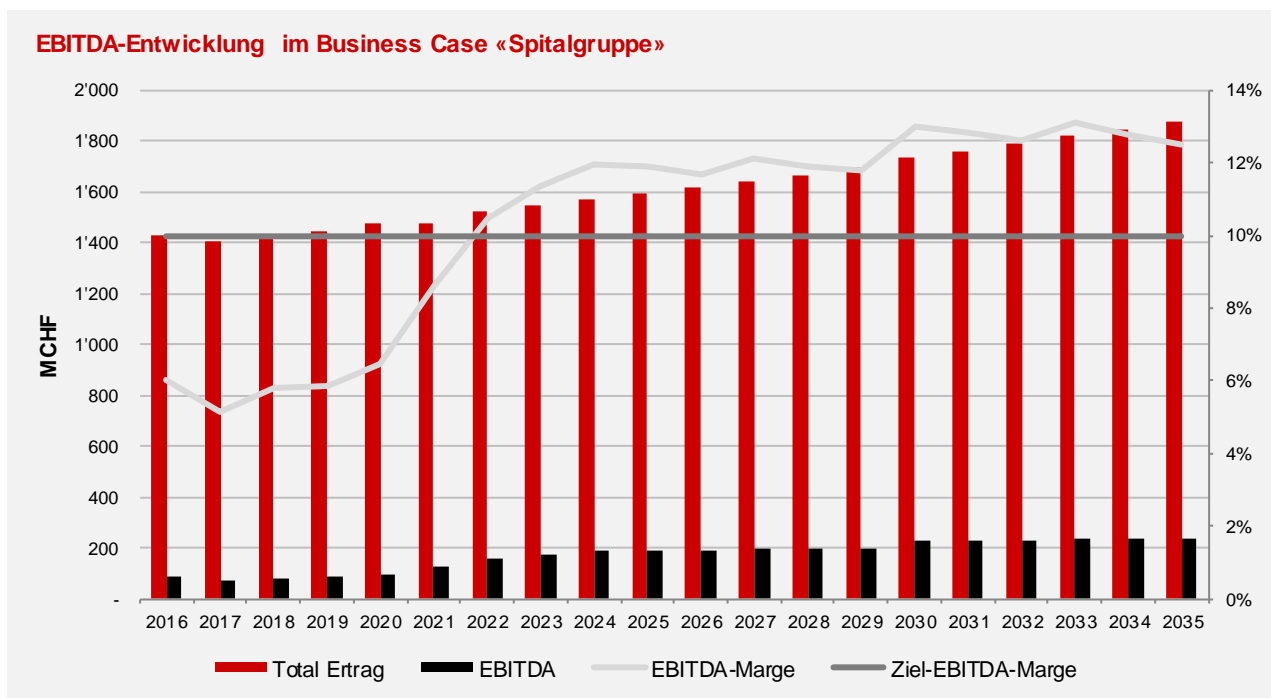


Abbildung 21: EBITDA-Entwicklung im Business Case "Spitalgruppe"

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 Spitälern 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.

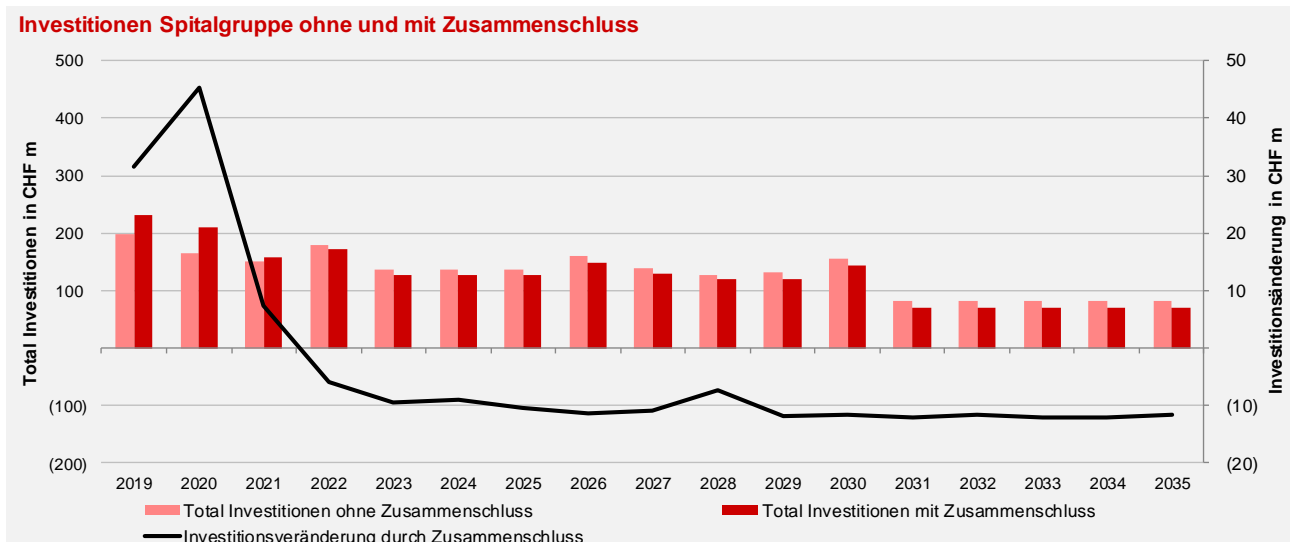


Abbildung 22: Modellierung der Investitionen der Spitalgruppe

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.

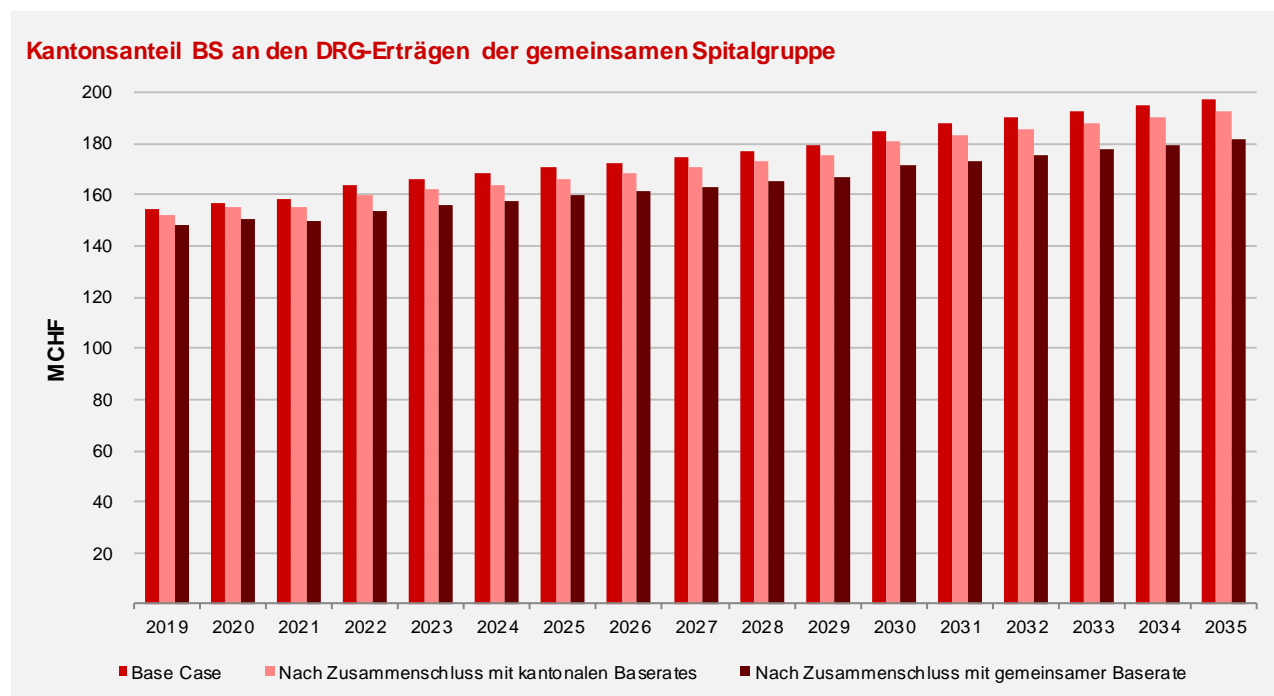


Abbildung 23: Kantonsanteil Basel-Stadt

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.

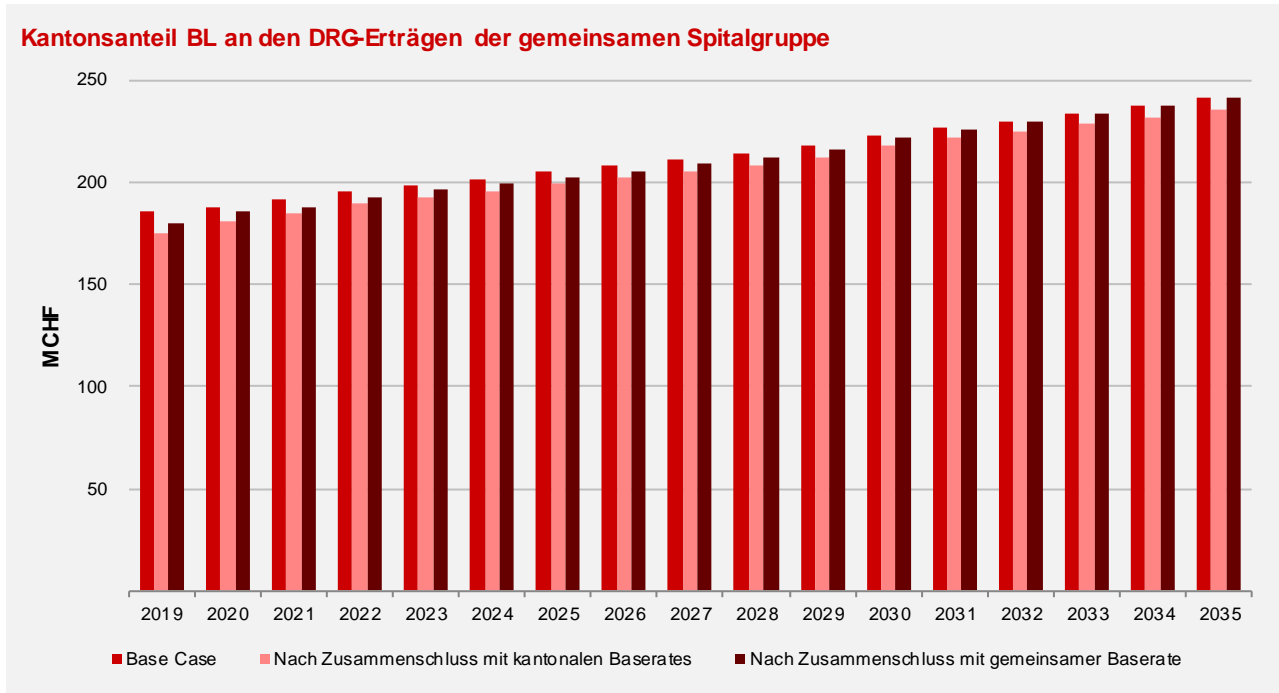


Abbildung 24: Kantonsanteil Basel-Landschaft

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.

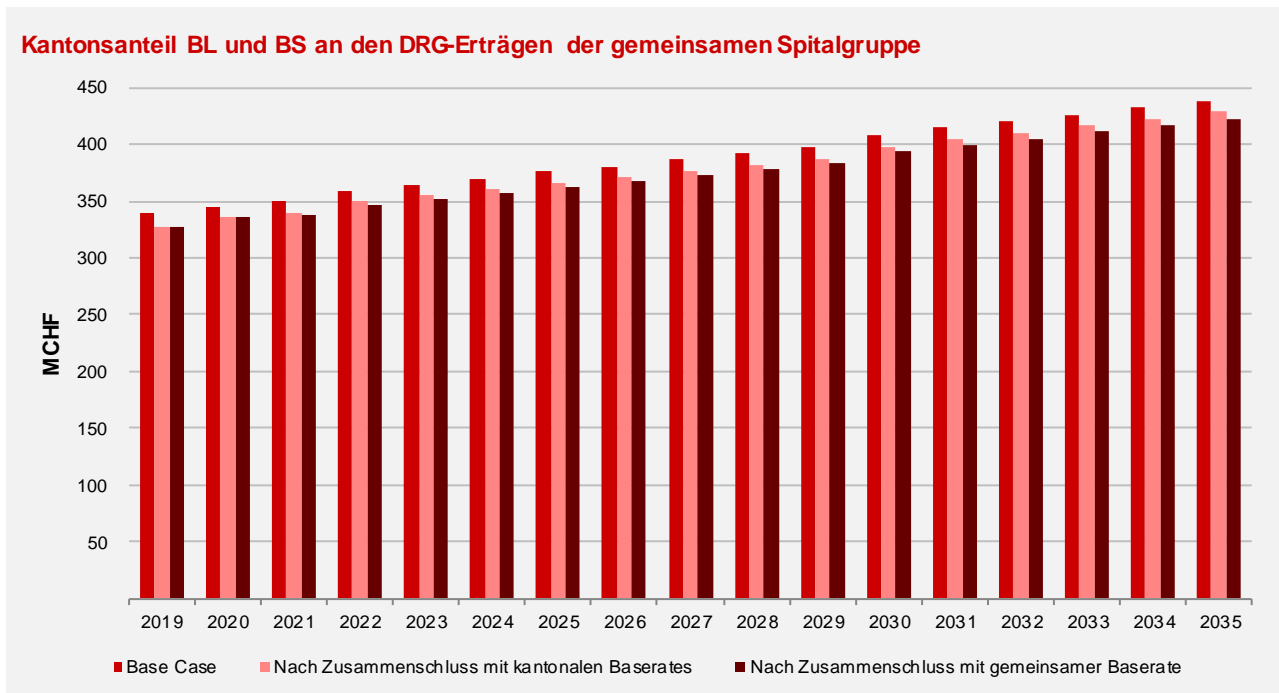


Abbildung 25: Konsolidierte Kantonsanteile

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.

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

A) Konzeption des Finanzmodells

Das Finanzmodell des Grundlagenberichts wurde in ein anwenderfreundlicheres Modell

überführt und die Annahmen aktualisiert.

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

B) Übersicht und wesentliche Annahmen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Potentiale

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

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

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

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

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

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

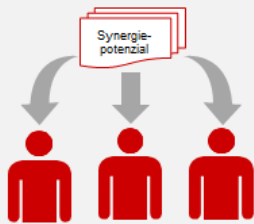
²² Die Planungsannahmen entsprechen einem angestrebten, aber keinem verhandelten Resultat.

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

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

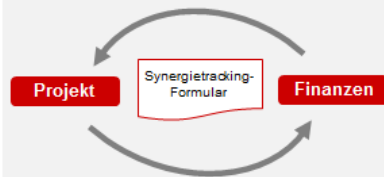
In Initialisierungsworkshops Q1 2017

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



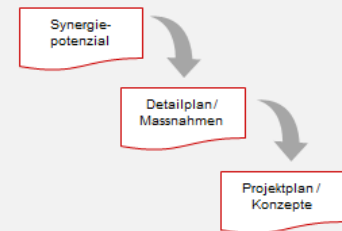
Ende 2017 – Anfang 2018

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



Anfang 2018 in den Projekten

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



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

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

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

D) Finanzieller Businessplan der Spitalgruppe

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

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

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

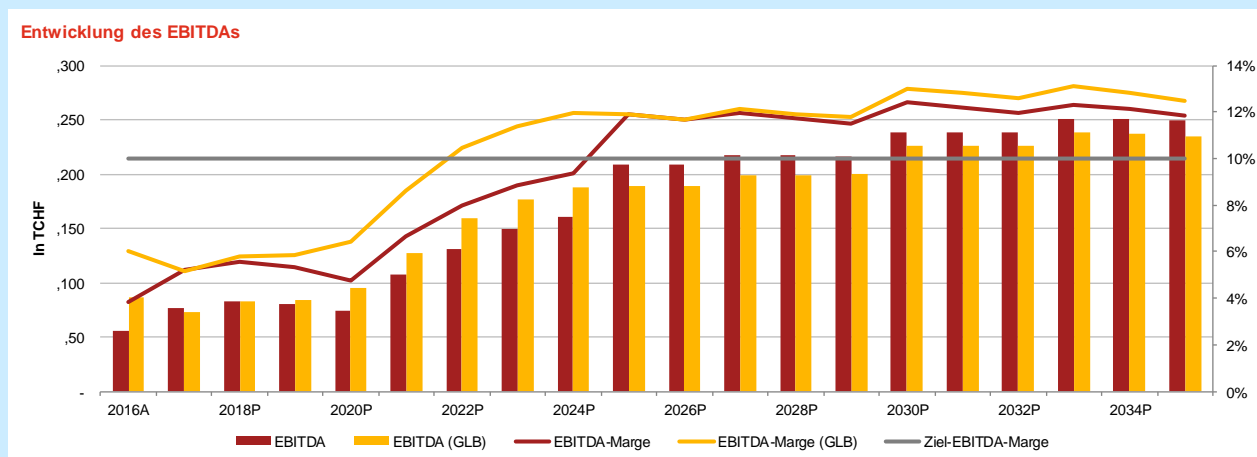


Abbildung 26: EBITDA-Entwicklung im Realistic Case Case "Spitalgruppe"

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

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

E) Investitionsrechnung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F) Unternehmensbewertung und Verwendung der Businesspläne

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

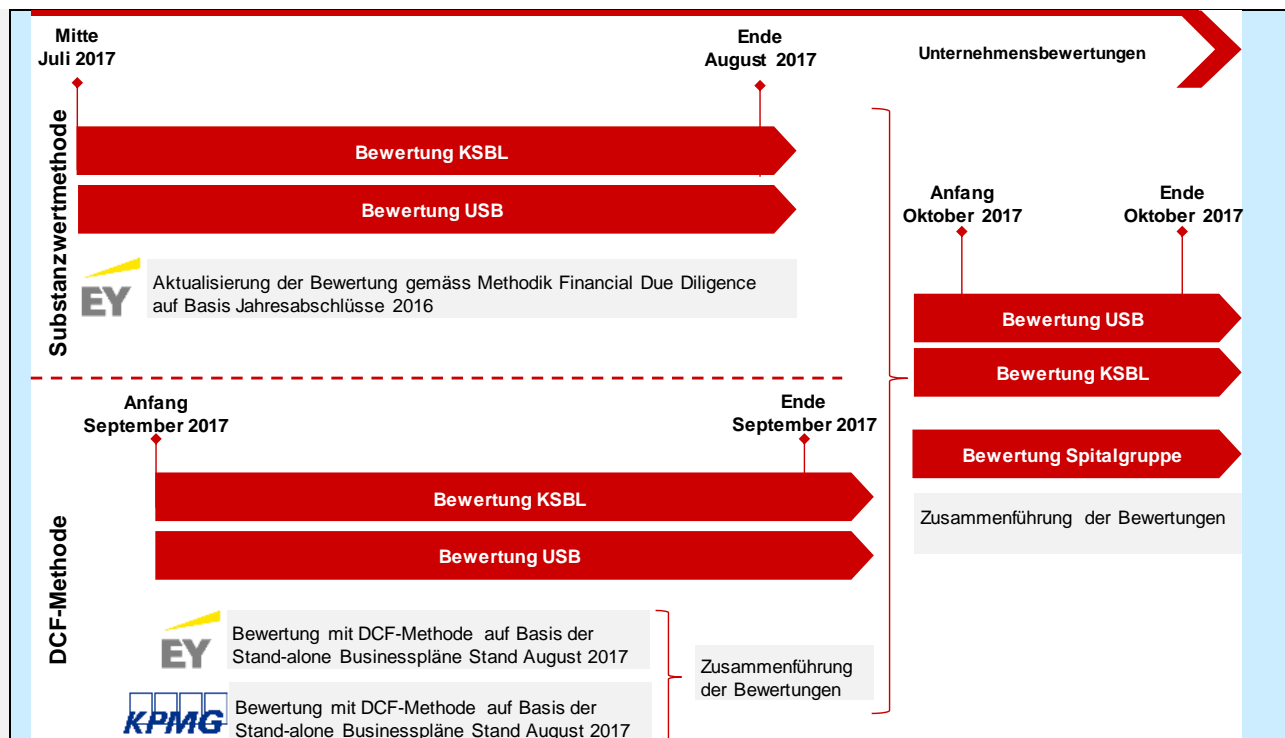


Abbildung 27: Unternehmensbewertung

Substanzwertmethode

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

DCF-Methode

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

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

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

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

9 Projektrisiken

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

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

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

Nr.	Risiko	Massnahmen
1	Abbruch des Vorhabens durch Ablehnung von Politik oder Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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"> ▪ Zuweisungsgerechte 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 Entscheidungen schaffen
12	Abweichung vom Zielbild in der Transformationsphase durch opportunistische Entscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transparente Kommunikation und Change Management (z.B. Q&A) ▪ Konsequente Information der Schlüsselpersonen
13	Verlust von Schlüsselpersonen	

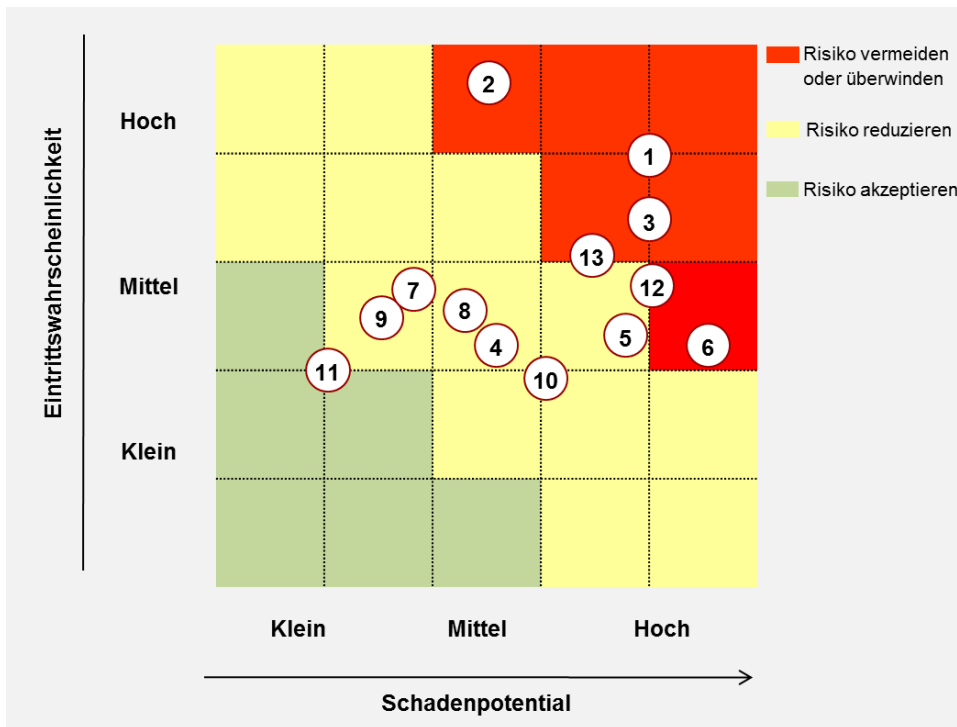


Abbildung 28: Risikobeurteilung

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 vertrauens-bildende Massnahme, die das mehrjährige Change-Klima prägt. Sie wird den berechtigten Interessen der Mitarbeitenden und der Allgemeinheit gerecht. Gleichzeitig vermeidet sie Indiskretionen aus einem vielstufigen Prozess mit zahlreichen Beteiligten und erlaubt es den Projektverantwortlichen, die Deutungshoheit in der eigenen Hand zu behalten.

9.1 Schlussfolgerungen „Projektrisiken“

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

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

9.2 Schlussfolgerungen „Projektrisiken“

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

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

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

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

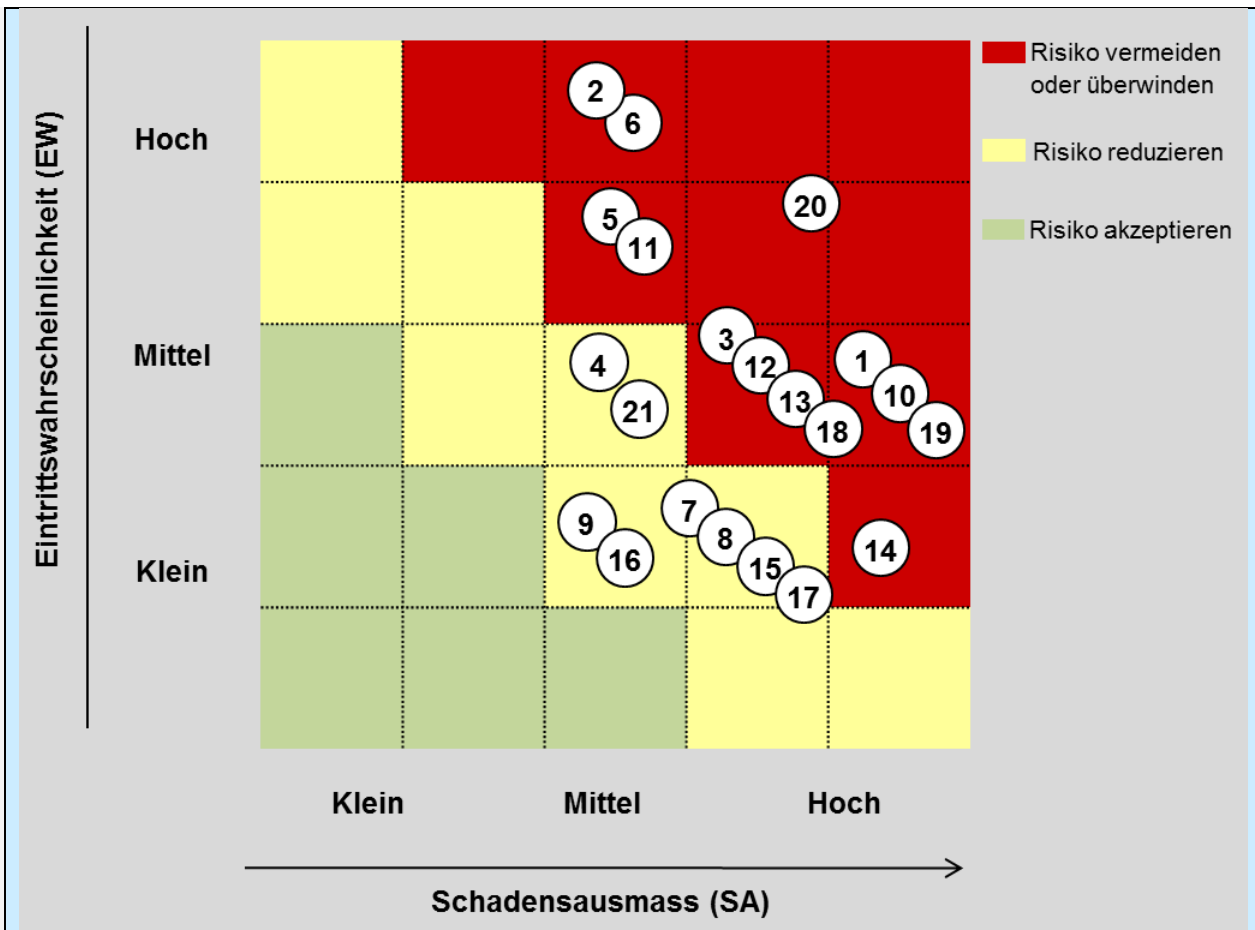
Im Februar 2017 wurden die Projektrisiken spezifisch für die Transformationsphase A aktualisiert. Im Fokus stehen die 23 wichtigsten Risiken, die dem Projekt in der Transformationsphase A und darüber hinaus gegenüberstehen.

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

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

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

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



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

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

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

10 Umsetzungsfahrplan

10.1 Projektphasen

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

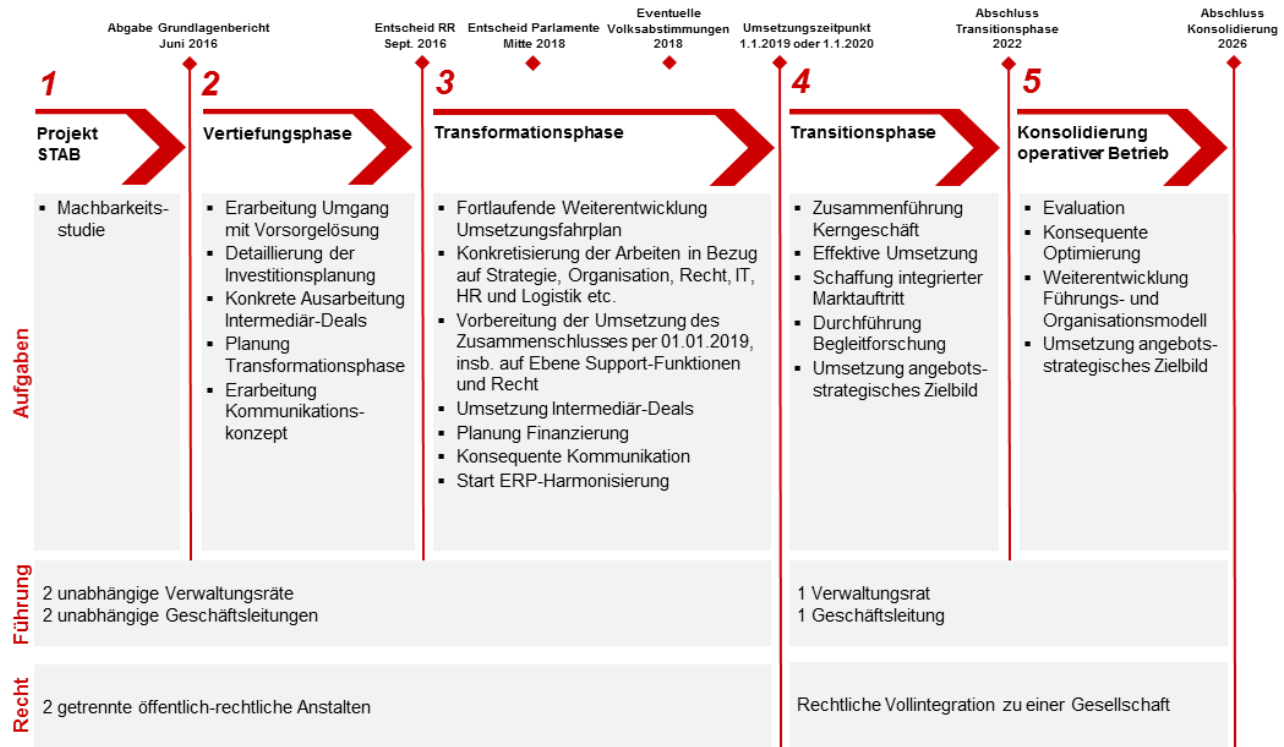


Abbildung 29: Umsetzungsfahrplan

Phase 1: Vorprojekt STAB bis Juni 2016

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

Phase 2: Vertiefungsphase von Juni bis September 2016

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

Phase 3: Transformationsphase bis 2019/2020

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

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

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

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

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

Phase 4: Transitionsphase ab 2019/2020

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

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

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

Phase 5: Konsolidierung operativer Betrieb

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

10.2 Projektorganisation

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

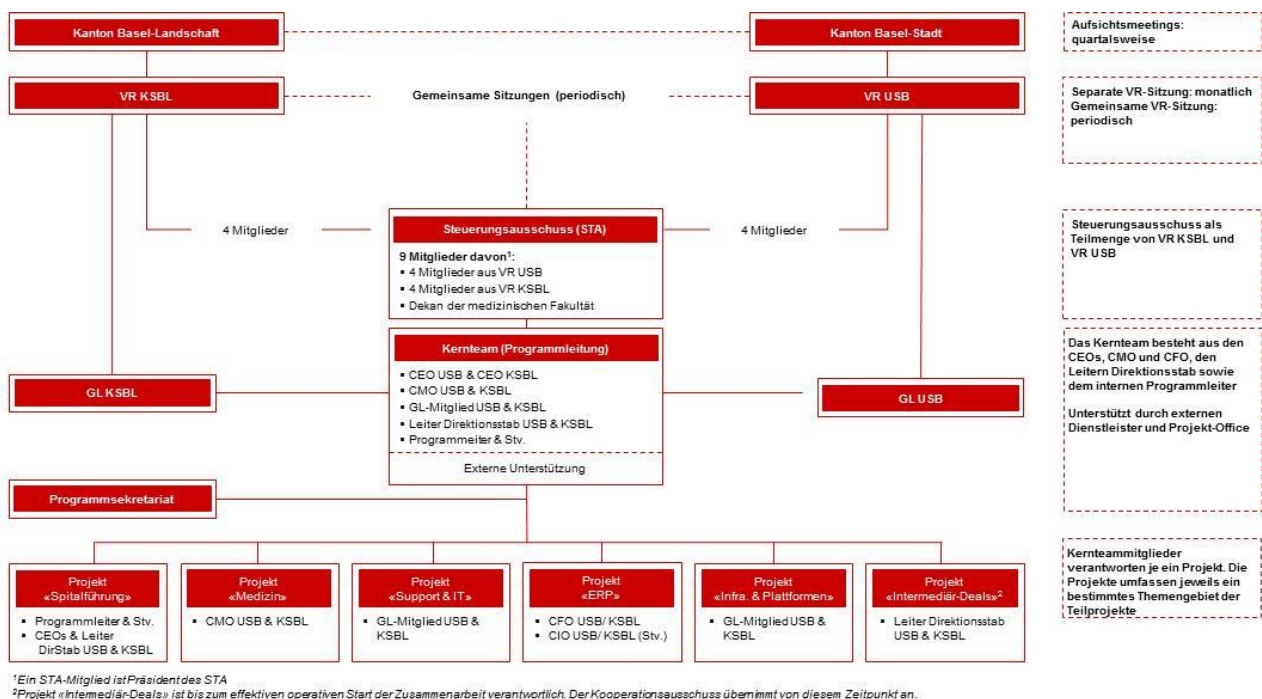


Abbildung 30: Projektorganisation ab Phase 3 (vgl. Abbildung 27)

10.3 Rückfallszenario

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

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

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

10.4 Schlussfolgerungen „Umsetzungsfahrplan“

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

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

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

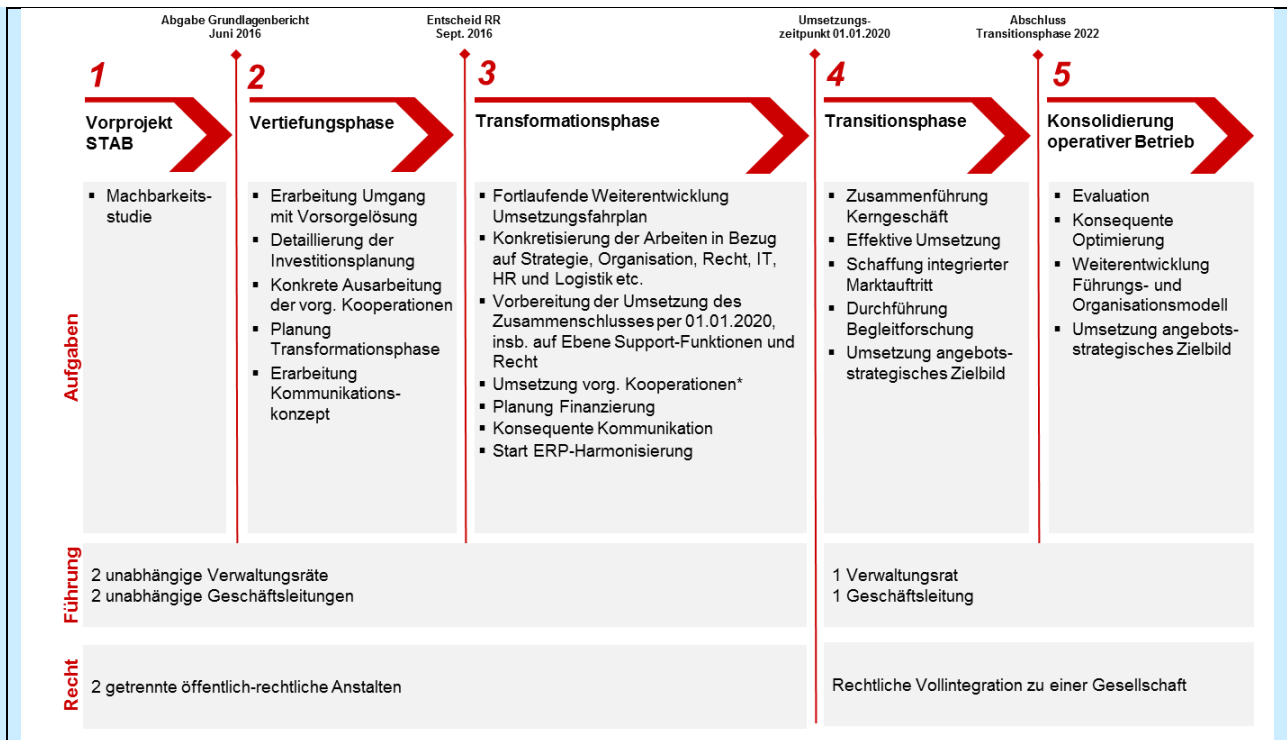
Bis zum erfolgreichen Zusammenschluss bestehen weiterhin zwei getrennte Verwaltungsräte und Geschäftsleitungen. Ein aus je vier Mitgliedern der Verwaltungsräte des KSBL und des USB sowie dem Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Basel zusammengesetzter Steuerungsausschuss führt das Transformationsprojekt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

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

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

A) Projektphasen

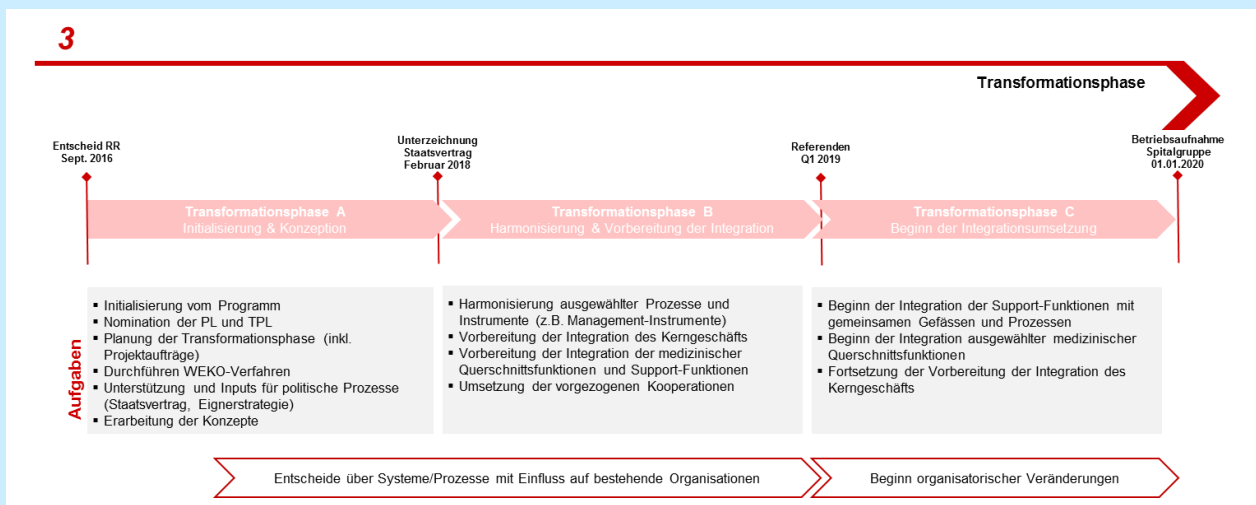
Der Umsetzungsfahrplan sieht nach Abschluss des Vorprojekts STAB und der Vertiefungsphase drei weitere Phasen vor. Die folgende Abbildung des Umsetzungsfahrplans stellt dies dar.



Phase 3: Transformationsphase bis 2020

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

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



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

rechtlich selbständige Entitäten mit zwei getrennten Verwaltungsräten und Geschäftsleitungen.

Phase 4: Transitionsphase ab 2020

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

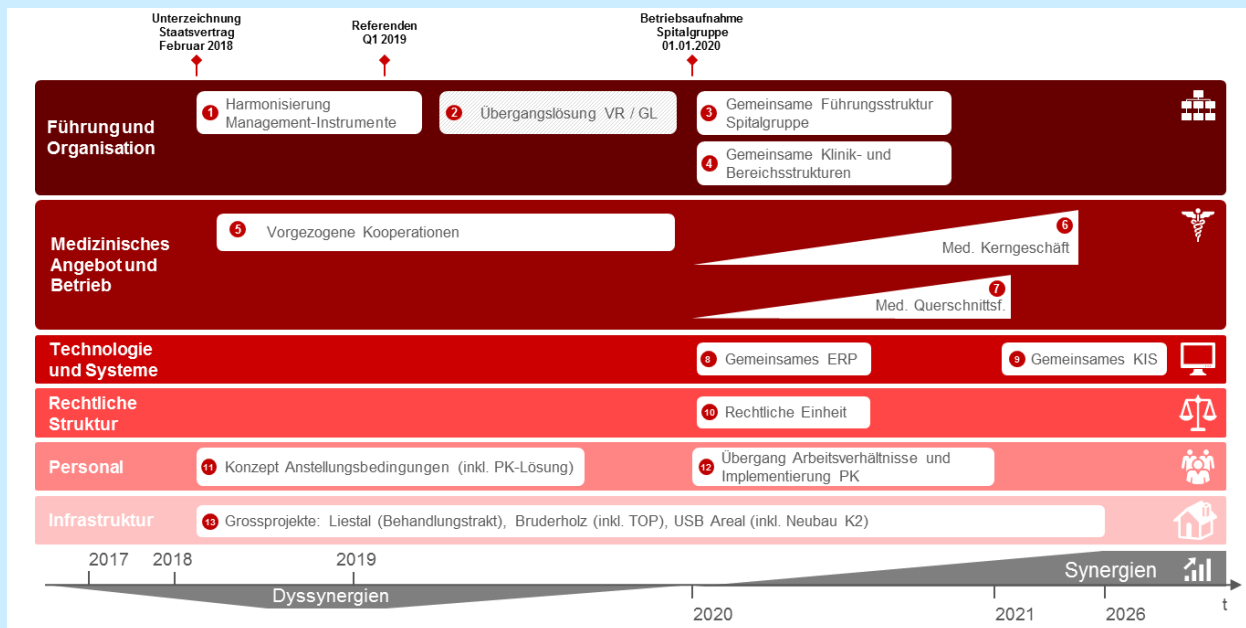
Ab dieser Phase wird es nur noch einen Verwaltungsrat und eine Geschäftsleitung für die gemeinsame Spitalgruppe geben, da diese nun auch eine voll integrierte rechtliche Entität ist.

Phase 5: Konsolidierung operativer Betrieb

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

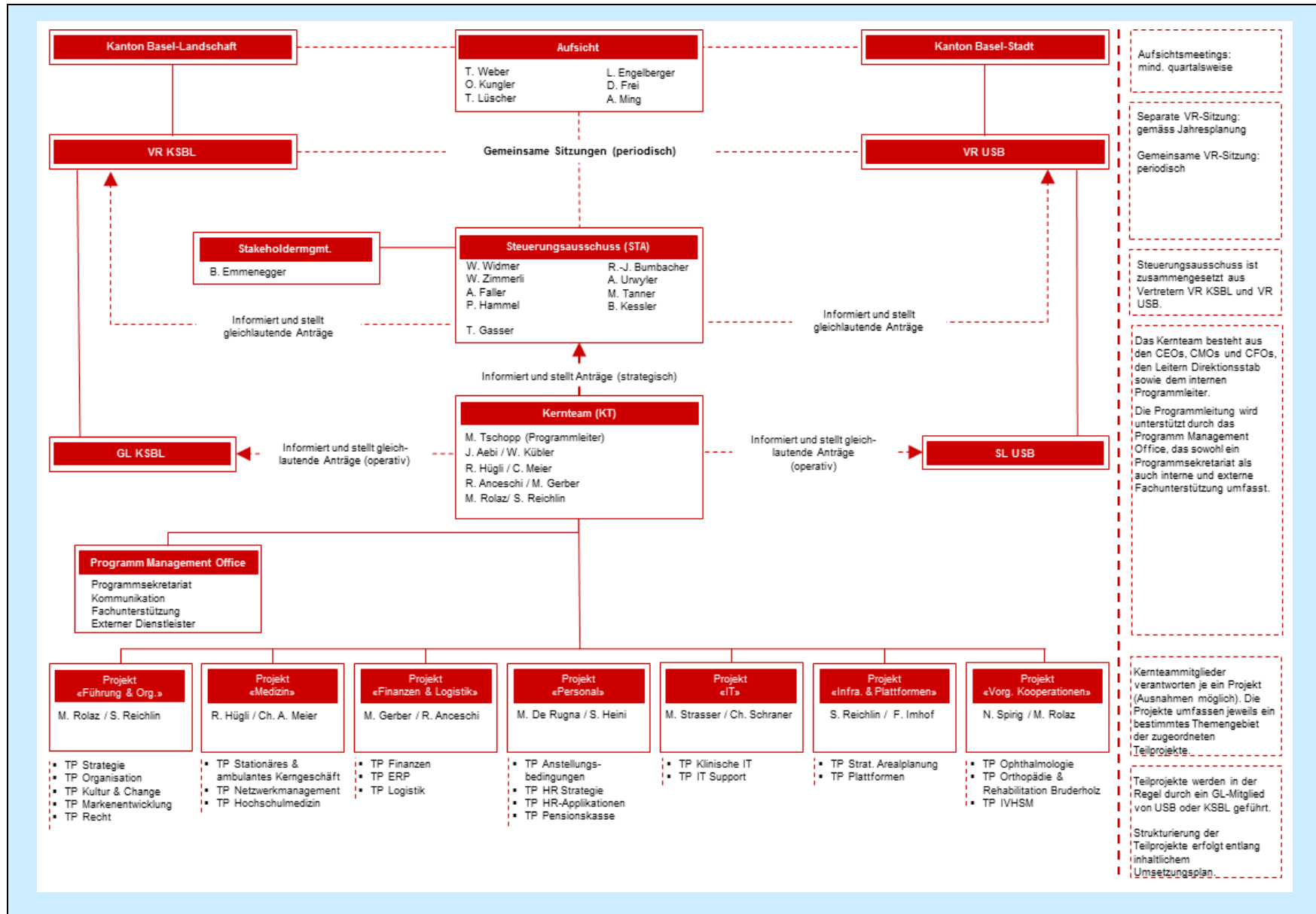
Integrationsfahrplan

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



B) Projektorganisation

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



11 Fazit und Anträge

11.1 Fazit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2 Anträge

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

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

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

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

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

12 Glossar

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
	die regionalen Stroke Units in einem Netzwerk (sog. Hub and Spoke-System).
Stroke Unit	Eine Spitalabteilung oder ein Teil einer Spitalabteilung, welche ausschliesslich Hirnschlagpatienten behandelt. Die Ärzte- und Pflorgeteams sowie der multidisziplinäre Ansatz der Behandlung sind charakterisierend.
SwissDRG	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. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft.
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz. Hergeleitet aus tarif médical (franz. für Ärztetarif).

13 Abkürzungsverzeichnis

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

Anhang

Projekt STAB



**Kantonsspital
Baselland**

**Universitätsspital
Basel**

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

Variante „Status Quo“

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



Abbildung 31: Beschreibung der Variante „Status Quo“

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

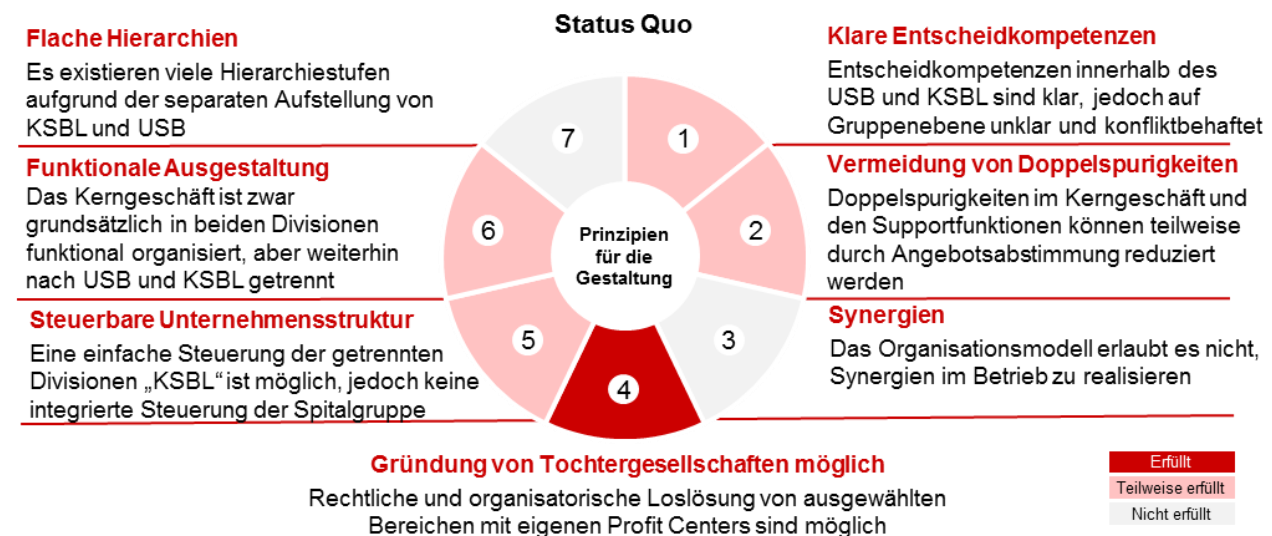


Abbildung 32: Erfüllung der Kriterien durch Variante „Status Quo“

Variante „Funktionale Organisation“

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

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

2 Funktionale Organisation

- Ergebnisverantwortliche Unternehmenseinheit: Funktionen (z.B. Med. Bereiche)
- Alle Medizinbereiche haben eigene Querschnittsfunktionen (Pflege, etc.)

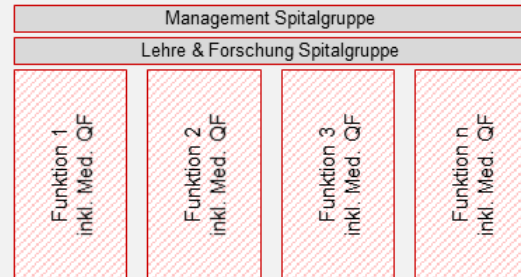


Abbildung 33: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation“

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



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

Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

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

3 Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen

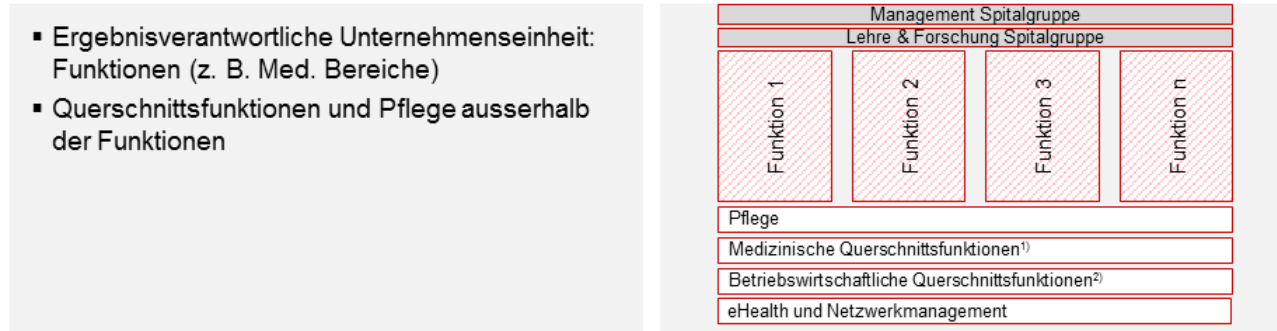


Abbildung 35: Beschreibung der Variante „Funktionale Organisation mit Querschnittsfunktionen“

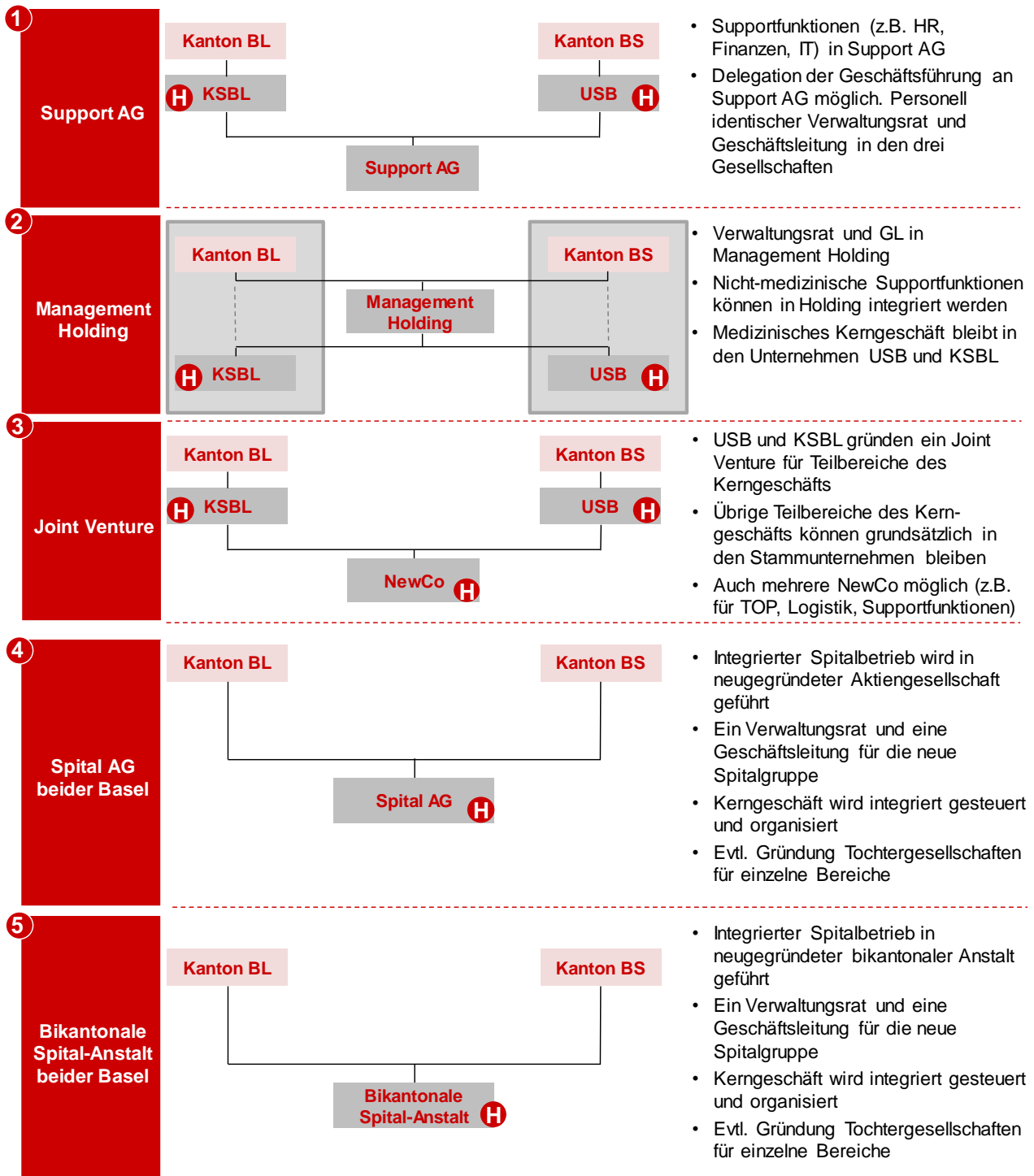
Durch diese Zentralisierung lassen sich sowohl im medizinischen Kerngeschäft als auch in den Querschnittsfunktionen Synergien realisieren und Kompetenzen bündeln. Gleichzeitig werden Hierarchien flach gehalten und schnelle Entscheidungswege geschaffen. Zwar erhöht diese Variante tendenziell die Komplexität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



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

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

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



 Kerngeschäft Spitalbetrieb

Abbildung 37: Darstellung der rechtlichen Integrationsmodelle

A.3 Vergleich von AG und bikantonaler 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.

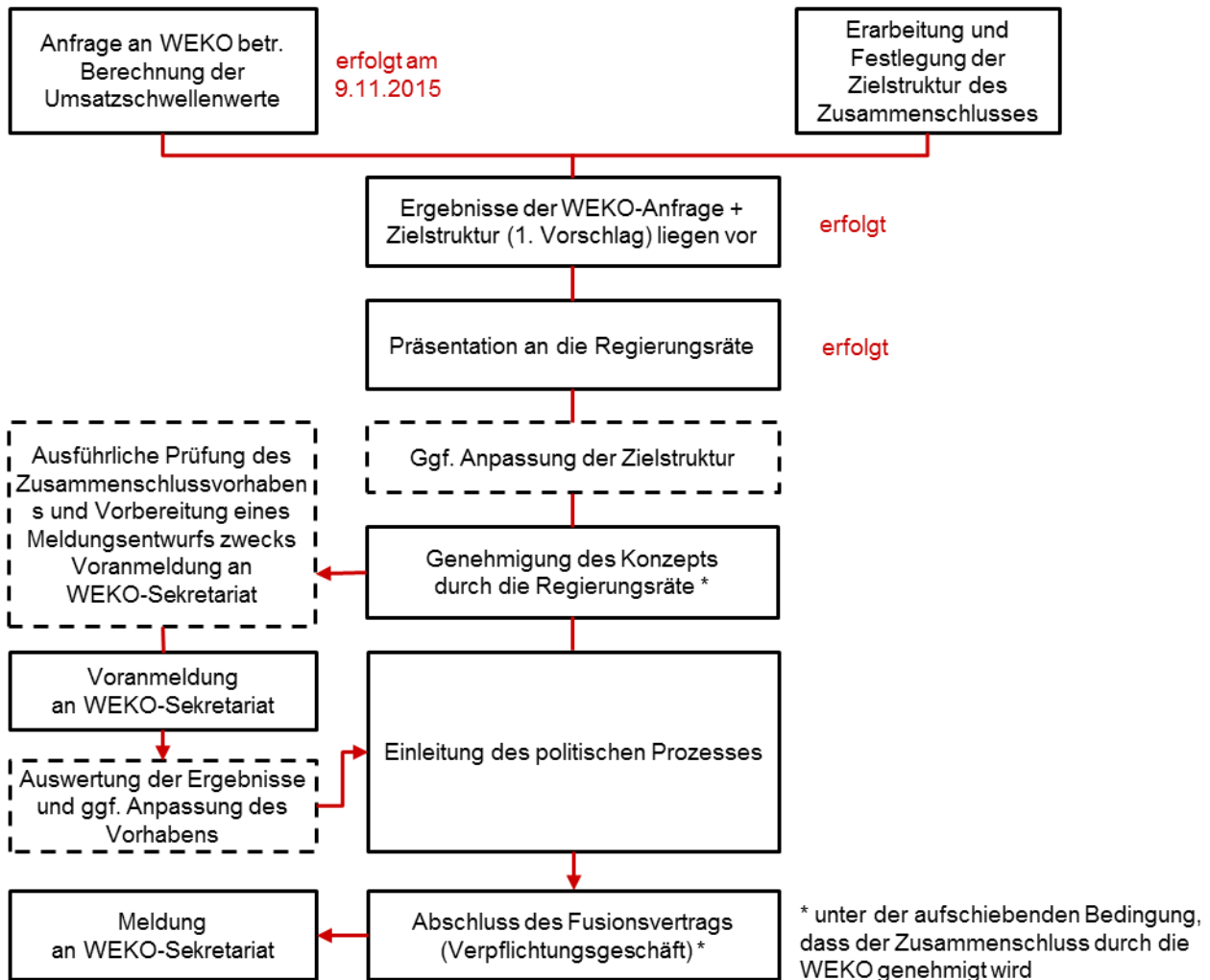


Abbildung 38: Wettbewerbsrechtlicher Prozess

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

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

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

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

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



STATUTEN

der

Universitätsspital Nordwest AG

I. Firma, Sitz und Zweck

Artikel 1 Firma, Sitz

Unter der Firma

Universitätsspital Nordwest AG

besteht eine Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck mit Sitz in Basel gemäss den vorliegenden Statuten und den Bestimmungen der Artikel 620 ff. des Schweizerischen Obligationsrechts.

Artikel 2 Zweck

Die Gesellschaft erbringt medizinische Dienstleistungen und dient der kantonalen, regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung insbesondere im Rahmen der Leistungsaufträge gemäss Sozialversicherungsrecht. Die Universitätsspital Nordwest AG leistet einen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten. Dabei gewährleistet sie die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, um einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung zu erreichen. Sie trägt im Rahmen einer Partnerschaft mit der Universität Basel sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Hochschulen und geeigneten Partnerorganisationen Partnern aus Wissenschaft und Industrie zur Ausbildung von universitären und nichtuniversitären Berufen, zur Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin bei. Sie erbringt im Rahmen von Leistungsaufträgen gemeinwirtschaftliche Leistungen. Soweit dadurch die Erfüllung der Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird, kann sie auch weitere Leistungen erbringen.

Das medizinische Angebot an den verschiedenen Spitalstandorten soll sich entlang des Bedarfs der Bevölkerung entwickeln. Es soll wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden. Allfällige Kosten für regionalpolitisch begründete medizinische Angebote an einzelnen Standorten sind durch den jeweiligen Standortkanton abzugelten.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben betreibt die Gesellschaft an den Standorten Basel, Liestal, Bottmingen (Bruderholz) und Laufen Spitäler bzw. medizinische Einrichtungen wie zum Beispiel Permanenzen oder Ambulatorien.

Die Gesellschaft kann Finanzierungs- und Sicherungsgeschäfte sowie Managementaufgaben vornehmen, auch zu Gunsten oder im Interesse von nahestehenden Unternehmungen sowie Anlagen anderer Art tätigen.

Die Gesellschaft kann durch Beschluss des Verwaltungsrates Zweigniederlassungen im In- und Ausland errichten.

Die Gesellschaft kann Immaterialgüterrechte und Grundstücke im In- und Ausland erwerben, belasten und veräussern.

Sie kann sich an anderen Unternehmungen des In- und Auslandes beteiligen, gleichartige oder verwandte Unternehmungen erwerben oder errichten sowie alle Geschäfte eingehen und Verträge abschliessen, die geeignet sind, den Zweck der Gesellschaft zu fördern, oder die direkt oder indirekt damit im Zusammenhang stehen.

Die Gesellschaft wirtschaftet nach unternehmerischen Gesichtspunkten auf eigene Rechnung.

II. Aktienkapital, Aktien

Artikel 3 Aktienkapital

Das Aktienkapital der Gesellschaft beträgt

CHF [650'000'000].-

Es ist eingeteilt in [650'000] Namenaktien von nominell je CHF [1'000].- und ist voll liberiert.

Artikel 4 Aktien, Zertifikate, Umwandlung

Die Gesellschaft gibt ihre Aktien in der Regel in Form von Wertrechten (im Sinne des Obligationenrechts) aus. Der Aktionär kann von der Gesellschaft jederzeit die Ausstellung einer Bescheinigung über die in seinem Eigentum stehenden Aktien verlangen. Der Aktionär hat jedoch keinen Anspruch auf Druck und Auslieferung von Aktienurkunden. Die Gesellschaft kann demgegenüber jederzeit anstelle von Wertrechten Aktienurkunden (Einzelurkunden, Zertifikate oder Globalurkunden) drucken und ausliefern und ausgegebene Urkunden, die bei ihr eingeliefert werden, ersatzlos annullieren und durch eine andere Urkundenart oder Wertrechte ersetzen.

Urkunden tragen die faksimilierte Unterschrift des Präsidenten bzw. der Präsidentin des Verwaltungsrates.

Über die als Bucheffekten geführten Wertrechte kann ausschliesslich nach Massgabe des Bucheffektengesetzes verfügt werden. Wertrechte, die nicht als Bucheffekten qualifizieren,

können nur durch Zession übertragen werden; die Zession bedarf zu ihrer Gültigkeit der Anzeige an die Gesellschaft.

Die Übertragungsbeschränkungen gemäss diesen Statuten gelten unabhängig von der Ausgestaltung und der Art der buchmässigen Führung der Namenaktien sowie der auf die Übertragung anwendbaren Bestimmungen.

Artikel 5 Aktienbuch

Die Aktionäre sind mit Namen und Adresse in das Aktienbuch der Gesellschaft einzutragen. Das gleiche gilt für die Nutzniesser von Aktien.

Im Verhältnis zur Gesellschaft wird nur als Aktionär oder Nutzniesser betrachtet, wer im Aktienbuch eingetragen ist. Alle Rechte (Mitgliedschafts- und Vermögensrechte) aus den Aktien können gegenüber der Gesellschaft somit nur von den eingetragenen Personen geltend gemacht werden.

Artikel 6 Aktienübertragung, Vinkulierung

Zur rechtsgültigen Übertragung von Namenaktien und aller daraus fließenden Rechte an einen Aktionär oder einen Dritten sowie zur Begründung von Nutzniessungs- und Pfandrechten bedarf es der Zustimmung der Generalversammlung.

Die Zustimmung kann in folgenden Fällen verweigert werden:

1. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, weil durch die Person des Erwerbers die Erfüllung des Gesellschaftszweckes oder die wirtschaftliche Selbständigkeit der Gesellschaft gefährdet werden könnte, das heisst, wenn
 - a. der Erwerber nicht auf dem Gebiete des Gesellschaftszwecks tätig ist;
 - b. der Erwerber weder eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, noch ein von einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft beherrschter Dritter oder ein Dritter ist, der einen gemeinnützigen Zweck verfolgt;
 - c. die Gesellschaft nach dem beabsichtigten Erwerb nicht mehr von Basel-Landschaft und Basel-Stadt als Hauptaktionäre mit zwei Drittel des Aktienkapitals und der Stimmen beherrscht würde;
 - d. der Erwerber nach dem beabsichtigten Erwerb mehr als 5% des Aktienkapitals auf sich vereinigen würde;
 - e. der Erwerber oder ihm nahestehende Personen oder mit ihm verbundene Unternehmen ein zum Gesellschaftszweck in Konkurrenz stehendes Unternehmen betreiben, daran beteiligt oder dort angestellt sind.

2. Wenn der Erwerber nicht ausdrücklich erklärt, dass er die Aktien in eigenem Namen und auf eigene Rechnung erwirbt.
3. Ohne Angabe von Gründen, wenn die Gesellschaft dem Veräusserer anbietet, die Aktien auf eigene Rechnung, für Rechnung anderer Aktionäre oder für Rechnung Dritter zum wirklichen Wert zu übernehmen.

Artikel 7 Bezugsrecht

Bei Ausgabe neuer Aktien hat jeder Aktionär ein Bezugsrecht nach Massgabe seines bisherigen Aktienbesitzes.

Die Generalversammlung kann jedoch das Bezugsrecht aus wichtigen Gründen ausschliessen, insbesondere um die Übernahme von Unternehmen, Unternehmensteilen oder Beteiligungen sowie die Beteiligung von Arbeitnehmern an der Gesellschaft zu ermöglichen.

III. Organisation der Gesellschaft

Artikel 8 Organe

Die Organe der Gesellschaft sind:

1. Die Generalversammlung;
2. Der Verwaltungsrat;
3. Die Revisionsstelle.

A. Die Generalversammlung

Artikel 9 Unübertragbare Befugnisse

Die Generalversammlung der Aktionäre ist das oberste Organ der Gesellschaft. Sie hat folgende unübertragbare Befugnisse:

1. die Festsetzung und Änderung der Statuten;
2. die Wahl und Abberufung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Revisionsstelle;
3. die Genehmigung des Lageberichtes und der Konzernrechnung;

4. die Genehmigung der Jahresrechnung sowie die Beschlussfassung über die Verwendung des Bilanzgewinnes, insbesondere die Festsetzung der Dividende und der Tantieme;
5. die Entlastung der Mitglieder des Verwaltungsrates;
6. die Abstimmung über die Vergütung des Verwaltungsrats;
7. die Beschlussfassung über weitere Gegenstände, die ihr durch das Gesetz oder die Statuten vorbehalten sind.

Die Revisionsstelle muss an der Generalversammlung anwesend sein, sofern die Generalversammlung nicht durch einstimmigen Beschluss darauf verzichtet.

Artikel 10 Ordentliche und ausserordentliche Generalversammlung

Die ordentliche Generalversammlung findet alljährlich innerhalb von sechs Monaten nach Schluss des Geschäftsjahres statt; ausserordentliche Generalversammlungen werden nach Bedürfnis einberufen.

Artikel 11 Einberufung

Die Generalversammlung ist spätestens 20 Tage vor dem Versammlungstag durch Brief an die im Aktienbuch eingetragenen Aktionäre und Nutzniesser einzuberufen. Der Versand an die letzte dem Verwaltungsrat bekanntgegebene Adresse gilt als rechtsgenügende Zustellung. Die Einberufung erfolgt durch den Verwaltungsrat, nötigenfalls durch die Revisionsstelle. Das Einberufungsrecht steht auch den Liquidatoren und den Vertretern der Anleihensgläubiger zu.

Die Einberufung einer Generalversammlung kann auch von einem oder mehreren Aktionären, die zusammen mindestens 10 Prozent des Aktienkapitals vertreten, verlangt werden. Aktionäre, die Aktien im Nennwerte von 1 Million Franken vertreten, können die Traktandierung eines Verhandlungsgegenstandes verlangen. Einberufung und Traktandierung werden schriftlich unter Angabe des Verhandlungsgegenstandes und der Anträge angebeht.

In der Einberufung sind die Verhandlungsgegenstände sowie die Anträge des Verwaltungsrates und der Aktionäre bekanntzugeben, welche die Durchführung einer Generalversammlung oder die Traktandierung eines Verhandlungsgegenstandes verlangt haben.

Über Gegenstände, die nicht in der Einladung angekündigt worden sind, können Beschlüsse nicht gefasst werden, ausser über Anträge auf Einberufung einer ausserordentlichen Generalversammlung, auf Durchführung einer Sonderprüfung und auf Wahl einer Revisionsstelle infolge eines Begehrens eines Aktionärs.

Zur Stellung von Anträgen im Rahmen der Verhandlungsgegenstände und zu Verhandlungen ohne Beschlussfassung bedarf es keiner vorgängigen Ankündigung.

Spätestens 20 Tage vor der ordentlichen Generalversammlung sind der Geschäftsbericht und der Revisionsbericht den Aktionären am Gesellschaftssitz zur Einsicht aufzulegen. Jeder Aktionär kann verlangen, dass ihm unverzüglich eine Ausfertigung dieser Unterlagen zugestellt wird. Die Aktionäre sind hierüber auf dem für die Einladung zur Generalversammlung geltenden Weg zu unterrichten.

Artikel 12 Universalversammlung

Die Eigentümer oder Vertreter sämtlicher Aktien können, falls kein Widerspruch erhoben wird, eine Generalversammlung ohne Einhaltung der für die Einberufung vorgeschriebenen Formvorschriften abhalten.

In dieser Versammlung kann über alle in den Geschäftskreis der Generalversammlung fallenden Gegenstände gültig verhandelt und Beschluss gefasst werden, solange die Eigentümer oder Vertreter sämtlicher Aktien anwesend sind.

Artikel 13 Stimmrecht und Höchststimmrecht

Jede Aktie hat eine Stimme.

Stimmberechtigt ist, wer durch den Eintrag im Aktienbuch am Tage der Spedition der Einladung ausgewiesen ist.

Artikel 14 Vertretung

Jeder Aktionär kann sich von einem anderen Aktionär oder einem Dritten gestützt auf eine schriftliche Vollmacht vertreten lassen. Gesetzliche Vertreter benötigen keine schriftliche Vollmacht.

Über die Anerkennung der Vollmachten entscheiden die anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates.

Artikel 15 Konstituierung, Protokoll

Den Vorsitz führt die Präsidentin oder der Präsident oder in ihrer bzw. seiner Abwesenheit ein Mitglied des Verwaltungsrates. Steht kein solches zur Verfügung, so wählt die Versammlung unter Vorsitz des Vertreters der grössten Stimmenzahl eine Tagespräsidentin oder einen Tagespräsidenten.

Die Vorsitzende oder der Vorsitzende bezeichnet eine Protokollführerin oder einen Protokollführer und nötigenfalls einen oder mehrere Stimmzählerinnen oder Stimmzähler, die alle nicht Aktionärinnen oder Aktionäre zu sein brauchen.

Das Protokoll hat folgendes festzuhalten:

1. Anzahl, Art, Nennwert und Kategorie der Aktien, die von den Aktionärinnen oder Aktionären, von den Organen, von unabhängigen Stimmrechtsvertreterinnen oder Stimmrechtsvertretern und von Depotvertreterinnen oder Depotvertretern vertreten werden;
2. Die Beschlüsse und die Wahlergebnisse;
3. Die Begehren um Auskunft und die darauf erteilten Antworten;
4. Die von den Aktionärinnen oder Aktionären zu Protokoll gegebenen Erklärungen.

Das Protokoll ist von der Vorsitzenden oder vom Vorsitzenden und von der Protokollführerin oder vom Protokollführer zu unterzeichnen.

Artikel 16 Beschlussfassung

Die Generalversammlung fasst ihre Beschlüsse und vollzieht ihre Wahlen, soweit das Gesetz oder diese Statuten es nicht in zwingender Weise anders bestimmen, mit der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktienstimmen. Bei der Berechnung des Mehrs werden Stimmenthaltungen und leer eingelegte Stimmen nicht berücksichtigt.

Der oder dem Vorsitzenden kommt kein Stichentscheid zu.

Bei Beschlüssen über die Entlastung des Verwaltungsrates haben Personen, die in irgendeiner Weise an der Geschäftsführung teilgenommen haben, kein Stimmrecht.

Ein Beschluss der Generalversammlung, der mindestens zwei Drittel der vertretenen Stimmen und die absolute Mehrheit der vertretenen Aktiennennwerte auf sich vereinigt, ist erforderlich für:

1. Wahl des Präsidiums und der Mitglieder des Verwaltungsrats;
2. die Änderung des Gesellschaftszweckes;
3. die Einführung von Stimmrechts- oder Vorzugsaktien;
4. die Änderung der Beschränkung der Übertragbarkeit von Namenaktien (Vinkulierungsbestimmungen);
5. eine genehmigte oder eine bedingte Kapitalerhöhung;

6. die Kapitalerhöhung aus Eigenkapital, gegen Sacheinlage oder zwecks Sachübernahme und die Gewährung von besonderen Vorteilen;
7. die Einschränkung oder Aufhebung des Bezugsrechtes;
8. die Verlegung des Sitzes der Gesellschaft;
9. die Auflösung der Gesellschaft;
10. eine Veränderung des Quorums, soweit es sich nicht um zwingende Beschlüsse gemäss Art. 704 OR handelt;
11. die Auflösung des Anschlussvertrages bei der Pensionskasse Basel-Stadt, sofern sich das Vorsorgewerk der Gesellschaft in Unterdeckung befindet;
12. die Errichtung oder der Erwerb einer Tochtergesellschaft oder Zweigniederlassung im Ausland;
13. sämtliche übrigen Statutenänderungen.

B. Der Verwaltungsrat

Artikel 17 Zusammensetzung/Amtsdauer

Der Verwaltungsrat besteht aus sieben bis neun Mitgliedern, die von der Generalversammlung auf die Dauer von drei Jahren gewählt werden, wobei die Zeit von einer ordentlichen Generalversammlung zur nächsten als ein Jahr gerechnet wird. Wiederwahl ist zulässig. Bei Ersatzwahlen treten die Gewählten in die Amtsperiode ihrer Vorgänger ein. Wer ununterbrochen während vier Amtsperioden Mitglied des Verwaltungsrates war, ist für die nächste Amtsperiode nicht wählbar. Angebrochene Amtsperioden werden vollen Amtsperioden gleichgestellt.

Als Mitglied des Verwaltungsrats kann in der Regel nur gewählt werden, wer während der Amtsperiode das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben wird.

Frauen und Männer sind zu mindestens je einem Drittel im Verwaltungsrat vertreten.

Artikel 18 Konstituierung

Die Präsidentin oder der Präsident des Verwaltungsrates wird von der Generalversammlung auf die Dauer von drei Jahren gewählt. Im Übrigen konstituiert sich der Verwaltungsrat selbst. Insbesondere ernennt er für eine bestimmte Zeit oder für einzelne Sitzungen einen Sekretär, der nicht Mitglied des Verwaltungsrates zu sein braucht.

Artikel 19 Sitzungen, Protokoll

Der Verwaltungsrat versammelt sich auf Einladung des Präsidenten oder bei dessen Verhinderung eines seiner Mitglieder so oft es die Geschäfte erfordern, jedoch mindestens viermal im Jahr.

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates kann unter Angabe von Gründen vom Präsidenten die unverzügliche Einberufung einer Sitzung verlangen.

Über die Verhandlungen und Beschlüsse ist ein Protokoll zu führen, das vom Vorsitzenden und vom Sekretär unterzeichnet wird.

Artikel 20 Aufgaben

Der Verwaltungsrat kann in allen Angelegenheiten Beschluss fassen, die nicht nach Gesetz oder Statuten der Generalversammlung zugeteilt sind.

Der Verwaltungsrat führt die Geschäfte der Gesellschaft, soweit er die Geschäftsführung nicht übertragen hat.

Der Verwaltungsrat hat folgende unübertragbare und unentziehbare Aufgaben:

1. Die Oberleitung der Gesellschaft und die Erteilung der nötigen Weisungen;
2. Die Festlegung der Organisation;
3. Die Ausgestaltung des Rechnungswesens, der Finanzkontrolle sowie der Finanzplanung, sofern diese für die Führung der Gesellschaft notwendig ist;
4. Die Ernennung und Abberufung der mit der Geschäftsführung und der Vertretung betrauten Personen;
5. Die Oberaufsicht über die mit der Geschäftsführung betrauten Personen, namentlich im Hinblick auf die Befolgung der Gesetze, Statuten, Reglemente und Weisungen;
6. Die Erstellung des Geschäftsberichtes, d.h. der Jahresrechnung, gegebenenfalls des Lageberichtes und der Konzernrechnung, sowie die Vorbereitung der Generalversammlung und die Ausführung ihrer Beschlüsse;
7. Die Benachrichtigung des Richters im Falle der Überschuldung.

Der Verwaltungsrat kann die Vorbereitung und die Ausführung seiner Beschlüsse oder die Überwachung von Geschäften Ausschüssen oder einzelnen Mitgliedern zuweisen. Er hat für eine angemessene Berichterstattung an seine Mitglieder zu sorgen.

Artikel 21 Beschlussfassung

Der Verwaltungsrat ist bei Anwesenheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder beschlussfähig. Für öffentlich zu beurkundende Beschlüsse (insbesondere Feststellungs- und Durchführungsbeschlüsse im Zusammenhang mit einer Nachliberierung oder Kapitalerhöhung sowie der diesbezüglichen Änderung der Statuten gemäss Art. 634a, 651 Abs. 4, 651a, 652e, 652g und 653g OR) genügt die Anwesenheit eines Mitgliedes.

Die Beschlüsse des Verwaltungsrates können, soweit das Gesetz es nicht in zwingender Weise anders bestimmt, auch schriftlich, durch Telefax, E-Mail oder in einer anderen Form der Übermittlung, die den Nachweis des Beschlusses durch Text ermöglicht, gefasst werden, sofern nicht ein Mitglied die mündliche Beratung verlangt. Diese Zirkulationsbeschlüsse sind anlässlich der nächsten Sitzung ins Protokoll aufzunehmen.

Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

Bei Stimmengleichheit hat der Vorsitzende den Stichentscheid.

Artikel 22 Geschäftsführung

Der Verwaltungsrat ist ermächtigt, die Geschäftsführung nach Massgabe eines Organisationsreglements ganz oder zum Teil an einzelne seiner Mitglieder (Delegierte) oder an Dritte (Geschäftsleitung) zu übertragen.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie Dritte, die mit der Geschäftsführung befasst sind, müssen ihre Aufgaben mit aller Sorgfalt erfüllen und die Interessen der Gesellschaft in guten Treuen wahren.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates und alle mit der Geschäftsführung befassten Personen sind sowohl der Gesellschaft als auch den einzelnen Aktionären und Gesellschaftsgläubigern für den Schaden verantwortlich, den sie durch absichtliche oder fahrlässige Verletzung ihrer Pflichten verursachen.

Artikel 23 Zeichnungsberechtigung

Der Verwaltungsrat vertritt die Gesellschaft nach aussen.

Vorbehaltlich eines anders lautenden Verwaltungsratsbeschlusses zeichnen die Verwaltungsräte kollektiv zu zweien.

Der Verwaltungsrat regelt die Zeichnungsberechtigung allfälliger weiterer Personen.

Artikel 24 Entschädigung

Die Generalversammlung setzt für die dem Verwaltungsrat durch Gesetz und Statuten überbundenen Pflichten und Verantwortlichkeiten und für dessen allgemeine Verwaltungstätigkeit zu Lasten der betrieblichen Aufwendungen eine vom Jahres- und Bilanzgewinn unabhängige Entschädigung fest. Die Entschädigung ist in der Regel fix und nicht variabel.

C. Revisionsstelle

Artikel 25 Wahl, Amtsdauer, Aufgaben

Die Generalversammlung wählt eine Revisionsstelle.

Die Gesellschaft ist zur ordentlichen Revision verpflichtet. Als Revisionsstelle wird ein staatlich beaufsichtigtes Revisionsunternehmen nach den Vorschriften des Revisionsaufsichtsgesetzes vom 16. Dezember 2005 gewählt.

Die Revisionsstelle muss ihren Sitz oder eine eingetragene Zweigniederlassung in der Schweiz haben. Hat die Gesellschaft mehrere Revisionsstellen, so muss zumindest eine diese Voraussetzungen erfüllen.

Die Revisionsstelle muss nach Art. 728 OR unabhängig sein.

Die Revisionsstelle wird für ein Geschäftsjahr gewählt. Ihr Amt endet mit der Abnahme der letzten Jahresrechnung. Eine Wiederwahl ist möglich. Eine Abberufung ist jederzeit und fristlos möglich.

IV. Jahresrechnung, Gewinnverwendung, Reserven

Artikel 26 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr der Gesellschaft wie auch dessen erster Abschluss werden durch den Verwaltungsrat festgesetzt.

Artikel 27 Geschäftsbericht, Jahresrechnung, Lagebericht

Der Verwaltungsrat erstellt für jedes Geschäftsjahr einen Geschäftsbericht. Dieser enthält die Jahresrechnung und, sofern gesetzlich vorgeschrieben einen Lagebericht und eine Konzernrechnung. Die Jahresrechnung besteht aus der Erfolgsrechnung, der Bilanz und dem Anhang sowie, falls gesetzlich vorgeschrieben, einer Geldflussrechnung.

Artikel 28 Verwendung des Bilanzgewinnes

Aus dem Jahresgewinn ist jährlich mindestens ein Betrag von 5% der allgemeinen Reserve zuzuweisen, bis diese 20% des einbezahlten Aktienkapitals erreicht hat.

Diese allgemeine Reserve ist gemäss Art. 671 Abs. 3 OR zu verwenden.

Über den verbleibenden Bilanzgewinn beschliesst die Generalversammlung auf Antrag des Verwaltungsrates, wobei die Bestimmungen von Art. 671 Abs. 2 OR zu beachten sind. Die Dividende darf höchstens 6% des einbezahlten Aktienkapitals betragen. Es werden keine Tantiemen an Mitglieder des Verwaltungsrates ausgerichtet.

Die Generalversammlung kann neben den gesetzlichen Reserven auch freie Reserven anlegen.

V. Auflösung, Liquidation

Artikel 29 Beschluss, Durchführung, Vermögensverteilung

Die Generalversammlung kann jederzeit die Auflösung der Gesellschaft nach Massgabe der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften beschliessen.

Im Falle der Auflösung der Gesellschaft wird das Vermögen der Gesellschaft gemäss Art. 751 OR von den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt, sowie gegebenenfalls von weiteren Gemeinwesen oder gemeinnützigen Organisationen, welche den Spitalbetrieb zum Zweck haben, übernommen. Dabei übernimmt jeder Aktionär die von ihm eingebrachten Spitalbetriebe und dazugehörigen Vermögenswerte zum Wert im Zeitpunkt der Auflösung mit Einschluss anteiliger Schulden gemäss Beteiligungsverhältnis im Zeitpunkt der Auflösung. Übersteigen die von einem Aktionär bei der Auflösung übernommenen Netto-Vermögenswerte dessen Anteil an der Gesellschaft, unterliegt dies dem Ausgleich unter den Aktionären.

VI. Mitteilungen, Bekanntmachungen

Artikel 30 Mitteilungen

Die Mitteilungen der Gesellschaft an die Aktionäre erfolgen durch Briefe, Fax oder E-Mail an die im Aktienbuch eingetragenen Aktionäre.

Artikel 31 Bekanntmachungen

Publikationsorgan für die Bekanntmachungen der Gesellschaft ist das Schweizerische Handelsamtsblatt. Der Verwaltungsrat ist ermächtigt, weitere Publikationsorgane zu bezeichnen.

VII. Vorübergehende Bestimmungen

[soweit notwendig]



Aktionärbindungsvertrag

vom [Datum]

zwischen

Kanton Basel-Landschaft

[Rathausstrasse 2
4010 Liestal]

(nachfolgend „**BL**“)

und

Kanton Basel-Stadt

[Marktplatz 9
4001 Basel]

(nachfolgend „**BS**“)

(je einzeln eine „**Partei**“ und zusammen die „**Parteien**“)

betreffend Universitätsspital Nordwest AG (nachfolgend „**Gesellschaft**“)

INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL.....	4
1. GELTUNGSBEREICH.....	5
2. GRUNDSÄTZLICHE VERPFLICHTUNGEN.....	5
3. BETEILIGUNGSSTRUKTUR.....	5
4. GRUNDLAGEN.....	5
4.1 Statuten.....	5
4.2 Eigentümerstrategie	5
4.3 Verhältnis des Aktionärsbindungsvertrags zum Staatsvertrag, zur Eigentümerstrategie, den Statuten und zum Organisationsreglement	6
5. GENERALVERSAMMLUNG	6
5.1 Allgemeines	6
5.2 Ausübung der Stimmrechte in der Generalversammlung	6
6. VERWALTUNGSRAT	6
6.1 Befugnisse	6
6.2 Vertretung und Zusammensetzung des Verwaltungsrats	6
6.3 Wahl.....	7
6.4 Organisation des Verwaltungsrats.....	7
6.5 Entschädigung	7
7. REVISIONSSTELLE UND RECHNUNGSLEGUNG	7
7.1 Revisionsstelle	7
7.2 Rechnungslegung und Geschäftsjahr.....	8
8. BERICHTERSTATTUNG	8
9. VERÄUSSERUNGSBESCHRÄNKUNGEN	8
9.1 Generell	8
9.2 Ausnahmen.....	8
9.3 Keine Belastung.....	8
9.4 Vorhand- und Vorkaufsrecht.....	9
9.5 Allgemeines Kaufrecht	10
9.5.1 Auslösende Ereignisse.....	10
9.5.2 Ausübung des Kaufrechts.....	11
9.6 Kaufrecht von BL.....	12
9.6.1 Kaufrecht zur Erreichung der Parität.....	12
9.6.2 Ausübung des Kaufrechts.....	12
10. AKTIEN UND AKTIENBUCH	13
11. BEITRITT UND ENTBINDUNG.....	13
12. DAUER.....	13

13.	REGELUNG DER BEENDIGUNG	14
14.	AUFLÖSUNG DER GESELLSCHAFT	14
15.	VERSCHIEDENES	15
15.1	Art der Pflichten und Rechte der Parteien	15
15.2	Geheimhaltung.....	15
15.3	Kosten und Gebühren	16
15.4	Mitteilungen.....	16
15.5	Abschliessende Vereinbarung.....	16
15.6	Salvatorische Klausel.....	16
15.7	Änderungen und Ergänzungen.....	17
15.8	Kein Verzicht.....	17
16.	ANWENDBARES RECHT UND GERICHTSSTAND.....	17
16.1	Anwendbares Recht.....	17
16.2	Schiedsgericht.....	17
	ANHÄNGE	20

PRÄAMBEL

- A. Am [Datum] wurde der Staatsvertrag [genaue Bezeichnung einfügen] (der „**Staatsvertrag**“), mit dem die Errichtung und Organisation der gemeinsamen Spitalgruppe der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft geregelt wird, von den Regierungsräten der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt unterzeichnet. Am [Datum] wurde der Staatsvertrag vom Landrat des Kantons Basel-Landschaft und am [Datum] vom Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt genehmigt.
- B. Gestützt auf den Staatsvertrag haben die Parteien die Gesellschaft gegründet.
- C. Die Gesellschaft ist eine Schweizer Aktiengesellschaft (AG) mit Sitz in Basel und ist im Handelsregister des Kantons Basel-Stadt unter der Firmennummer CHE-[...] eingetragen. Sie erbringt medizinische Dienstleistungen und dient der kantonalen, regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung insbesondere im Rahmen der Leistungsaufträge gemäss Sozialversicherungsrecht. Die Gesellschaft leistet einen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten. Dabei gewährleistet sie die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, um einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung zu erreichen. Sie trägt im Rahmen einer Partnerschaft mit der Universität Basel sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Hochschulen und geeigneten Partnern aus Wissenschaft und Industrie zur Ausbildung von universitären und nichtuniversitären Berufen, zur Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin bei. Sie erbringt im Rahmen von Leistungsaufträgen gemeinwirtschaftliche Leistungen. Soweit dadurch die Erfüllung der Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird, kann sie auch weitere Leistungen erbringen. Die Gesellschaft wirtschaftet nach unternehmerischen Gesichtspunkten auf eigene Rechnung. Das medizinische Angebot an den verschiedenen Spitalstandorten soll sich entlang des Bedarfs der Bevölkerung entwickeln. Es soll wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden. Allfällige Kosten für regionalpolitisch begründete medizinische Angebote an einzelnen Standorten sind durch den jeweiligen Standortkanton abzugelten.
- D. Die Gesellschaft verfügt über ein Aktienkapital von CHF [650'000'000], aufgeteilt in [650'000] Namenaktien zu nominal je CHF [1'000] (die „**Aktien**“), welches vollständig liberiert ist.
- E. Um ihr gegenseitiges Verhältnis als Aktionäre der [Spitalgruppe] AG untereinander näher zu regeln, beabsichtigen die Parteien, den vorliegenden Aktionärbindungsvertrag abzuschliessen. Dritte können aus diesem Vertrag keine Rechte ableiten.
- F. [weitere Bestimmungen]

Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Parteien was folgt:

1. GELTUNGSBEREICH

Dieser Aktionärbindungsvertrag erstreckt sich auf sämtliche von den Parteien gehaltenen Aktien oder anderweitigen Beteiligungspapiere der Gesellschaft sowie sämtliche Rechte zum Bezug solcher Aktien bzw. Beteiligungspapiere. Namentlich miterfasst sind auch inskünftig erworbene Aktien bzw. Beteiligungspapiere (z.B. aufgrund von Bezugsrechten, Gratiszuteilungen, Vorkaufsrechten, Mitverkaufsrechten und Mitverkaufspflichten etc.) und solche, die an die Stelle von bestehenden Aktien treten (wie z.B. bei einem Aktiensplit).

2. GRUNDSÄTZLICHE VERPFLICHTUNGEN

Die Parteien verpflichten sich, mit gemeinsamen Kräften und Mitteln die Ziele dieses Vertrags, der jeweiligen Aktionäre und der Gesellschaft bestmöglich zu erfüllen.

Jede Partei verpflichtet sich hiermit gegenüber den anderen Parteien (i) ihre Befugnisse und Stimmrechte als Aktionär der Gesellschaft im Rahmen des Zulässigen auszuüben und (ii) dafür zu sorgen, dass die gemäss Ziffer 6.2 vorgeschlagenen Mitglieder des Verwaltungsrats der Gesellschaft (die **“VR-Mitglieder”**) ihre Befugnisse und Stimmrechte im Verwaltungsrat im Rahmen des Zulässigen und im Einklang mit ihrer Treuepflicht gemäss den Bestimmungen dieses Vertrags ausüben.

Jede Partei kann selbständig die Einhaltung dieses Vertrags von jeder anderen Partei verlangen; dies gilt auch im Hinblick auf Nebenpflichten. Jede Partei ist einzeln und unabhängig von den anderen Parteien dazu berechtigt, ihre Rechte aus diesem Vertrag gegen die anderen Parteien beim zuständigen Schiedsgericht geltend zu machen.

3. BETEILIGUNGSSTRUKTUR

Nach Eintragung der Gründung der Gesellschaft im Handelsregister werden die Parteien gemäss **Anhang 3** an der Gesellschaft beteiligt sein.

4. GRUNDLAGEN

4.1 Statuten

Nach Eintragung der Gründung der Gesellschaft im Handelsregister gelten die Statuten gemäss **Anhang 4.1**. Die Statuten können jederzeit im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und unter Beachtung dieses Vertrags abgeändert werden.

4.2 Eigentümerstrategie

Die Eigentümerstrategie von BL und BS für die Gesellschaft (die **„Eigentümerstrategie“**) richtet sich an deren Verwaltungsrat.

Die Eigentümerstrategie beschreibt den normativen Rahmen für die Unternehmensstrategie. Dazu werden die Eigentümerziele und die strategischen Vorgaben seitens BS und BL festgelegt.

4.3 Verhältnis des Aktionärsbindungsvertrags zum Staatsvertrag, zur Eigentümerstrategie, den Statuten und zum Organisationsreglement

Die Rechte und Pflichten der Aktionäre der Gesellschaft, die Organisation der Gesellschaft, die Organisation des Verwaltungsrats und die Aufgaben der Geschäftsführung werden massgeblich im Staatsvertrag, diesem Vertrag, der Eigentümerstrategie, den Statuten und dem Organisationsreglement geregelt (die „**Massgeblichen Dokumente**“).

Sollten einzelne Regelungen in den Massgeblichen Dokumente voneinander abweichen oder sich widersprechen, so sollen die Massgeblichen Dokumente unter den Parteien in folgender Priorität massgebend sein: Der Staatsvertrag soll diesem Vertrag und dieser Vertrag der Eigentümerstrategie und den jeweiligen Statuten vorgehen. Bei einer Abweichung oder einem Widerspruch zwischen der Eigentümerstrategie und den jeweiligen Statuten, gehen die Statuten vor. Die Parteien wirken darauf hin, dass existierende Widersprüche zwischen den Massgeblichen Dokumenten nach Massgabe der genannten Priorität bereinigt werden, jeweils soweit dies rechtlich möglich ist.

5. GENERALVERSAMMLUNG

5.1 Allgemeines

Die Befugnisse, die Beschlussfähigkeit und –fassung der Generalversammlung sowie deren Einberufung richten sich nach dem Gesetz und den Statuten.

5.2 Ausübung der Stimmrechte in der Generalversammlung

Die Parteien tauschen sich jeweils bis spätestens [5] Tage vor jeder ordentlichen oder ausserordentlichen Generalversammlung über ihre Stimmabgabe an der Generalversammlung aus. Sie streben dabei eine übereinstimmende Stimmabgabe an der Generalversammlung an.

6. VERWALTUNGSRAT

6.1 Befugnisse

Die Befugnisse des Verwaltungsrats richten sich nach dem Gesetz, insbesondere nach Art. 716 sowie 716a OR, den Statuten und dem Organisationsreglement.

6.2 Vertretung und Zusammensetzung des Verwaltungsrats

Die Parteien einigen sich vor der Gründung der Gesellschaft und danach vor jeder anstehenden Neu- und Wiederwahl auf die zu wählenden VR-Mitglieder. Für Neuwahlen schreiben sie die Verwaltungsratsmandate öffentlich aus. Der/die Vorsteher/in des Gesundheitsdepartements BS und der/die Vorsteher/in der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL schlagen gemeinsam die zu wählenden Personen zuhanden der Gesamtregerungsräte der Kantone BS und BL vor.

Bei der Auswahl der vorgeschlagenen Personen achten die Vorsteher/innen darauf, dass diese wirtschaftliche Zusammenhänge kennen, unternehmerisch denken und über spezifische Kenntnisse des Gesundheitswesens oder andere für die Gesellschaft wichtige Kompetenzen verfügen.

Die Gesamtregierungsräte der Kantone BS und BL nominieren die Präsidentin / den Präsidenten sowie die Mitglieder des Verwaltungsrats auf Antrag der beiden Vorsteher/innen zu Händen der Generalversammlung durch einen gleichlautenden Beschluss.

Jedem Aktionär, der kein Gründer ist, und mindestens [15]% der ausgegebenen Aktien der Gesellschaft hält (ein „**Minderheitsaktionär**“), steht das Recht zu, eine Person zur Wahl in den Verwaltungsrat vorzuschlagen. Diese Person muss den im zweiten Absatz dieser Ziff. 6.2 erwähnten Auswahlkriterien entsprechen.

6.3 Wahl

Die Parteien verpflichten sich, ihr Stimmrecht an der entsprechenden Generalversammlung zugunsten der nach Massgabe von Ziffer 6.2 nominierten Person(en) auszuüben.

6.4 Organisation des Verwaltungsrats

Die anfängliche Präsidentin / der anfängliche Präsident des Verwaltungsrates ist [Name]. Die übrigen anfänglichen Mitglieder des Verwaltungsrates sind [Name], [Name] und [Name].

6.5 Entschädigung

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten eine von der Generalversammlung festgesetzte Entschädigung für die dem Verwaltungsrat durch Gesetz und Statuten überbundenen Pflichten und Verantwortlichkeiten sowie für dessen allgemeine Verwaltungstätigkeit. Die Entschädigung erfolgt zu Lasten der betrieblichen Aufwendungen der Gesellschaft und wird unabhängig vom Jahres- und Bilanzgewinn festgelegt.

7. REVISIONSSTELLE UND RECHNUNGSLEGUNG

7.1 Revisionsstelle

Die Parteien einigen sich vor der Gründung der Gesellschaft und danach vor jeder anstehenden Neu- und Wiederwahl auf die Revisionsstelle, bei der es sich um ein renommiertes staatlich beaufsichtigtes Revisionsunternehmen nach den Vorschriften des Revisionsaufsichtsgesetzes vom 16. Dezember 2005 handeln muss. Die anfängliche Revisionsstelle ist [Name]. Die Parteien verpflichten sich, ihr Stimmrecht an der entsprechenden Generalversammlung zugunsten der nach Massgabe dieser Ziffer 7.1 nominierten Revisionsstelle auszuüben.

7.2 Rechnungslegung und Geschäftsjahr

Die Jahresrechnung der Gesellschaft (und ggf. aller ihrer Tochter- und Konzerngesellschaften) wird gemäss den Vorschriften des Schweizerischen Obligationenrechts, insbesondere der Art. 958 ff. OR, sowie nach den allgemein anerkannten kaufmännischen und branchenüblichen Grundsätzen aufgestellt.

Die Gesellschaft führt ihre Rechnung nach Swiss GAAP FER.

Sofern der Verwaltungsrat nichts anderes bestimmt, beginnt das Geschäftsjahr am 1. Januar und endet am 31. Dezember.

8. BERICHTERSTATTUNG

Während der Dauer dieses Vertrags werden die Aktionäre seitens der Gesellschaft gemäss den Vorgaben der Eigentümerstrategie zum darin jeweils diesbezüglich definierten Zeitpunkt informiert.

9. VERÄUSSERUNGSBESCHRÄNKUNGEN

9.1 Generell

Aktien bzw. Beteiligungspapiere der Gesellschaft dürfen nur in Übereinstimmung mit dieser Ziffer 9 übertragen werden.

9.2 Ausnahmen

Ausgenommen von den Veräusserungsbeschränkungen gemäss Ziffer 9.4 und 9.5 sind folgende Übertragungen:

- a) Übertragungen aller Aktien eines Aktionärs auf eine von ihm direkt gehaltene bzw. kontrollierte Tochtergesellschaft, vorausgesetzt, dass (i) diese Tochtergesellschaft diesem Vertrag mit allen Rechten und Pflichten beitrifft, (ii) der ursprüngliche Aktionär der wirtschaftlich Berechtigte von sämtlichen übertragenen Aktien bleibt und für die Einhaltung sämtlicher Pflichten der Tochtergesellschaft sorgt bzw. solidarisch haftet und (iii) der ursprüngliche Aktionär die betreffenden Aktien an sich rückübertragen lässt, sobald die Tochtergesellschaft nicht mehr von ihm kontrolliert wird; und
- b) Übertragungen aller Aktien eines Aktionärs auf eine Person/Rechtseinheit, welche direkt oder indirekt durch eine oder mehrere Zwischenstufen diesen Aktionär kontrolliert, vorausgesetzt, dass, diese Person/Rechtseinheit diesem Vertrag mit allen Rechten und Pflichten beitrifft.

9.3 Keine Belastung

Die Aktien der Gesellschaft dürfen nicht verpfändet werden, oder mit beschränkten dinglichen Rechten und anderen Sicherungsrechten sowie Rechten von Dritten behaftet werden.

9.4 Vorhand- und Vorkaufsrecht

Verkauft ein Aktionär (der „**Verkäufer**“) die von ihm gehaltenen Aktien ganz oder teilweise an eine Drittpartei (einschliesslich an andere Parteien dieses Vertrages) oder beabsichtigt ein Verkäufer einen solchen Verkauf (die zu verkaufenden Aktien, die „**Vorkaufsaktien**“), so steht in erster Priorität den übrigen Aktionären und in zweiter Priorität der Gesellschaft jeweils ein Vorhand- bzw. Vorkaufsrecht (das „**Vorkaufsrecht**“) auf die Vorkaufsaktien gemäss den Bestimmungen dieser Ziffer 9.4 zu.

Der Verkäufer hat den beabsichtigten Verkauf seiner Aktien den übrigen Aktionären und der Gesellschaft umgehend unter Nennung des Kaufpreises, der Bedingungen der Veräusserung sowie gegebenenfalls der Identität des Käufers schriftlich anzuzeigen (die „**Vorkaufs-Mitteilung**“).

Der Kaufpreis bei Ausübung des Vorkaufsrechts entspricht entweder dem gutgläubigen (bona fide) Kaufpreisangebot der Drittpartei oder, bei Fehlen einer solchen Drittpartei, den Konditionen des Verkäufers.

Die an einem Vorkauf interessierten Aktionäre haben der Gesellschaft sowie dem Verkäufer innerhalb von 60 Tagen ab Versand der Vorkaufs-Mitteilung durch den Verkäufer der Gesellschaft sowie dem Verkäufer schriftlich ihre Absicht zu erklären, ihr Vorkaufsrecht ganz oder teilweise ausüben zu wollen (die „**Erste Mitteilungsfrist**“) (ein zum Vorkaufsrecht berechtigter Aktionär, der „**Vorkaufsberechtigte**“).

Vorkaufsberechtigte, die nicht innert der Ersten Mitteilungsfrist ihre Ausübungsabsicht erklären, verwirken ihr Vorkaufsrecht. Geht innert der Ersten Mitteilungsfrist eine entsprechende Absichtserklärung ein, informiert der Verkäufer innert 5 Tagen nach Ablauf der ersten Mitteilungsfrist sämtliche Aktionäre über die Anzahl der eingegangenen Absichtserklärungen und den Zeitpunkt des Ablaufs der einjährigen Frist ab Versand der Vorkaufs-Mitteilung (die „**Zweite Mitteilungsfrist**“).

Jeder Vorkaufsberechtigte, der innert der Ersten Mitteilungsfrist seine Absicht zur Ausübung des Vorkaufsrechts erklärt hat, ist berechtigt, innerhalb der Zweiten Mitteilungsfrist die Ausübung seines Vorkaufsrechts dem Verkäufer und der Gesellschaft schriftlich und verbindlich zu erklären (der sein Vorkaufsrecht ausübende Vorkaufsberechtigte, der „**Angemeldete Käufer**“).

Der Verkäufer informiert sämtliche Aktionäre spätestens 5 Tage nach Ablauf der Zweiten Mitteilungsfrist über die Anzahl der Angemeldeten Käufer. Haben einer oder mehrere Angemeldete Käufer ihr Recht nur für einen Teil der Vorkaufsaktien ausgeübt, setzt der Verkäufer eine nachfolgend beschriebene dritte Frist von 60 Tagen ab Versand der Information über die Anzahl der Angemeldeten Käufer an (die „**Dritte Mitteilungsfrist**“) und informiert darüber sämtliche Aktionäre.

Jeder Angemeldete Käufer hat das Recht, dem Verkäufer und der Gesellschaft innerhalb der Dritten Mitteilungsfrist verbindlich zu erklären, ob er sein Vorkaufsrecht auch mit Bezug auf die Vorkaufsaktien ausübt, für welche noch kein Vorkaufsrecht ausgeübt worden ist.

Falls die ausgeübten Vorkaufsrechte die Anzahl der Vorkaufsaktien erreichen oder übersteigen, veräussert der Verkäufer die Vorkaufsaktien umgehend nach Ablauf der Dritten Mitteilungsfrist an die Angemeldeten Käufer nach Massgabe ihrer bisherigen Aktienbeteiligung.

Der Verkäufer informiert sämtliche Aktionäre spätestens 5 Tage nach Ablauf der Dritten Mitteilungsfrist über die Anzahl der durch die Angemeldeten Käufer verbindlich ausgeübten Vorkaufsrechte.

Wurde das Vorkaufsrecht innerhalb der Dritten Mitteilungsfrist nicht für alle Vorkaufsaktien ausgeübt, hat die Gesellschaft das Recht, innerhalb von 30 Tagen nach Ablauf der Dritten Mitteilungsfrist ihr eigenes Vorkaufsrecht an diesen Vorkaufsaktien zu erklären (die „**Vierte Mitteilungsfrist**“).

Der Verkäufer informiert sämtliche Aktionäre innert 5 Tagen nach Ablauf der Vierten Mitteilungsfrist über die Anzahl der durch die Aktionäre sowie durch die Gesellschaft verbindlich ausgeübten Vorkaufsrechte.

Wurde auch nach Ablauf der Vierten Mitteilungsfrist das Vorkaufsrecht nicht für alle Vorkaufsaktien ausgeübt, gelten die entsprechenden Vorkaufsrechte als nicht ausgeübt.

Die Übertragung der Vorkaufsaktien ist innerhalb von 480 Tagen ab Versand der Vorkaufsmitteilung zu vollziehen (die „**Vollzugsfrist**“). Die Vollzugsfrist verlängert sich entsprechend, falls das bona fide-Kaufangebot der Drittpartei eine längere Frist als die Vollzugsfrist vorgesehen hat. Sofern nichts anders vereinbart wurde, erfolgt die Bezahlung Zug um Zug durch einen unwiderruflichen Zahlungsauftrag gegen rechtsgültige Übertragung der Vorkaufsaktien und Eintragung des erwerbenden Aktionärs im Aktienbuch der Gesellschaft.

Werden die Vorkaufsrechte nicht bezüglich aller Vorkaufsaktien ausgeübt, kann der Verkäufer vorbehaltlich der Ziffer 9.5 die Vorkaufsaktien an die Drittpartei verkaufen. Der Verkauf an die Drittpartei darf nicht zu vorteilhafteren Bedingungen vorgenommen werden als denjenigen gemäss Vorkaufs-Mitteilung und muss innert 2 Jahren nach Versand der Vorkaufs-Mitteilung gemäss dieser Ziffer 9.4 erfolgen. Anschliessend ist der Prozess gemäss dieser Ziffer 9.4 vor jeder weiteren Übertragung von Aktien zu wiederholen.

9.5 Allgemeines Kaufrecht

9.5.1 Auslösende Ereignisse

Mit dem Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse steht,

- a) in erster Priorität den übrigen Aktionären; und

b) in zweiter Priorität der Gesellschaft,

ein Kaufrecht an den Aktien der anderen Aktionäre nach Massgabe ihrer Beteiligung an der Gesellschaft zu.

Ein Ereignis, welches ein Kaufrecht auslöst, liegt vor, wenn eine Partei in schwerwiegender Weise oder wiederholt gegen das Gesetz, die Statuten oder Gesellschafterbeschlüsse sowie den vorliegenden Vertrag verstösst, und eine andere Partei dieser Partei sowie den übrigen Aktionären und der Gesellschaft dieses Fehlverhalten schriftlich angezeigt hat (die „**Notifikation**“), es sei denn, der Verstoss und seine Auswirkungen werden innerhalb von 60 Tagen seit Versand der Notifikation vollständig behoben.

9.5.2 Ausübung des Kaufrechts

Beabsichtigt ein Aktionär, sein Kaufrecht auszuüben, so hat er die Gesellschaft und alle übrigen Aktionäre innert 90 Tagen seit Versand der Notifikation darüber in Kenntnis zu setzen.

Nach Erhalt einer Notifikation oder sobald die Gesellschaft und alle übrigen Aktionäre über den Versand der Notifikation Kenntnis erlangt haben, können alle übrigen Aktionäre alle oder einzelne der mit dem Ausübung des Kaufrechts belasteten Aktien zum Unternehmenswert erwerben (wobei die anderen ihnen zustehenden Rechte sowie Rechtsmittel dadurch nicht beeinträchtigt werden).

Können sich die Parteien nicht innert 180 Tagen seit Eintreten des auslösenden Ereignisses auf einen Unternehmenswert einigen, so kann jede Partei verlangen, dass zur Bestimmung des Unternehmenswertes ein von den Parteien gemeinsam bezeichneter Wirtschaftsprüfer im Sinne eines unabhängigen Sachverständigen gemäss Art. 189 ZPO ernannt wird. Können sich die Parteien nicht innert 240 Tagen seit Eintreten des auslösenden Ereignisses auf einen Wirtschaftsprüfer einigen, lehnt dieser seine Ernennung ab oder ist er zur Bestimmung des Unternehmenswertes offensichtlich nicht in der Lage, kann jede Partei von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Bundesgerichts verlangen, eine erfahrene Wirtschaftsprüferin oder einen erfahrenen Wirtschaftsprüfer zur Bestimmung des Unternehmenswertes zu ernennen (der ernannte Wirtschaftsprüfer, der „**Experte**“).

Die Bestimmung des Unternehmenswerts erfolgt dabei gestützt auf die Unternehmensbewertung der Gesellschaft nach ihrem Substanzwert gemäss den nachfolgenden Ausführungen (das „**Wertbestimmungsverfahren**“). Die Ermittlung des Substanzwertes erfolgt basierend auf der revidierten Bilanz des vorangehenden, abgeschlossenen Geschäftsjahres. Der Substanzwert entspricht dem Eigenkapital, bereinigt um die stillen Reserven unter Berücksichtigung der entsprechenden latenten Steuern. Jede Bilanzposition wird einzeln bewertet, wobei die betrieblich notwendigen Positionen zum Fortführungswert und die nicht betriebsnotwendigen Positionen zum Liquidationswert angesetzt werden. Der durch den Experten festgelegte Unternehmenswert ist für die Parteien bindend und endgültig, es sei denn, er beruht auf Rechenfehlern. In

letzteren Fällen ist der von der Expertin / vom Experten korrigierte Unternehmenswert bindend. Die Kosten des Experten werden von allen Parteien zu gleichen Teilen getragen.

Die Gesellschaft teilt den unter den Parteien vereinbarten oder den vom Experten bestimmten Unternehmenswert den Aktionären mit.

Die Ausübung und der Vollzug der Kaufrechte gemäss dieser Ziffer 9.5 erfolgen im Verfahren gemäss Ziffer 9.4 dieses Vertrags, wobei die Erste Mitteilungsfrist entfällt.

9.6 Kaufrecht von BL

9.6.1 Kaufrecht zur Erreichung der Parität

BL hat gegenüber BS ein Kaufrecht zu einem angemessenen Preis an denjenigen Anteilen des Kantons Basel-Stadt an der Gesellschaft, welche die Hälfte des Aktienkapitals übersteigen. BL kann dieses Recht in einem oder mehreren Schritten ausüben.

9.6.2 Ausübung des Kaufrechts

Beabsichtigt BL sein Kaufrecht gegenüber BS ganz oder teilweise auszuüben, muss BL seine Absicht gegenüber BS durch schriftliche Anzeige erklären (die „**Absichtserklärung**“), unter Angabe der Anzahl Aktien, für die BL das Kaufrecht ausüben möchte. Gleichzeitig informiert BL die Gesellschaft über die beabsichtigte Ausübung des Kaufrechts.

Nach Erhalt der Absichtserklärung durch BS bemühen sich die Parteien, sich auf einen Unternehmenswert der Gesellschaft zu einigen. Der Unternehmenswert muss dabei mindestens dem Wert der Gesellschaft zum Zeitpunkt des ursprünglichen Erwerbs der Aktien durch BS (der „**Mindestwert**“), entsprechen.

Können sich die Parteien nicht innert 180 Tagen seit Erhalt der Absichtserklärung durch BS auf einen Unternehmenswert einigen, so kann jede Partei verlangen, dass zur Bestimmung des Unternehmenswertes und ggf. des Mindestwerts, eine Expertin oder ein Experte ernannt wird. Können sich die Parteien nicht innert 240 Tagen seit Erhalt der Ausübungserklärung durch BS auf eine Expertin / einen Experten einigen, lehnt diese/r ihre / seine Ernennung ab oder ist sie/er zur Bestimmung des Unternehmenswertes und/oder ggf. des Mindestwerts offensichtlich nicht in der Lage, kann jede Partei von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Bundesgerichts verlangen, eine Expertin oder einen Experten zu ernennen. Die Bestimmung des Unternehmenswerts erfolgt dabei gestützt auf die Unternehmensbewertung der Gesellschaft nach dem Wertbestimmungsverfahren gemäss Ziffer 9.5.2, wobei der Unternehmenswert den Mindestwert nicht unterschreiten darf. Die Kosten des Experten werden von BL getragen.

Innert 90 Tagen seit (i) der schriftlichen Einigung der Parteien auf einen Unternehmenswert oder (ii) der Bestimmung des Unternehmenswerts durch die Expertin / den Experten kann BL sein Kaufrecht gegenüber BS für die in der Absichtserklärung angegebene Anzahl Aktien zum Unternehmenswert ausüben.

Die Parteien überprüfen alle vier Jahre, erstmals vier Jahre nach Abschluss dieses Vertrages, die Regelung gemäss den Ziffern Ziffer 9.5.2 bzw. 9.6.2, insbesondere die Methode und das Verfahren zur Bestimmung des Unternehmenswertes sowie die Fristen.

10. AKTIEN UND AKTIENBUCH

Die Parteien vereinbaren, dass die Gesellschaft ihre Aktien in Form von Wertrechten (im Sinne des Obligationenrechts) ausgibt.

Die Ausgabe und Veräusserung von Aktien der Gesellschaft, in Übereinstimmung mit dem Obligationenrecht, den Statuten und diesem Vertrag, bedarf zu ihrer Gültigkeit:

- a) einer schriftliche Abtretungserklärung (Zession);
- b) der Zustimmung des Verwaltungsrats; und
- c) der Eintragung des Käufers als Aktionär im Aktienbuch der Gesellschaft.

Die Parteien verpflichten sich, darauf hinzuwirken, dass der Verwaltungsrat der Ausgabe und Veräusserung von Aktien der Gesellschaft in sämtlichen in diesem Vertrag vorgesehenen Fällen zustimmt.

11. BEITRITT UND ENTBINDUNG

Die Parteien verpflichten sich darauf hinzuwirken, dass ohne Unterzeichnung einer Beitrittserklärung gemäss **Anhang 11** keine natürliche und keine juristische Person Aktionär/in der Gesellschaft wird bzw. als Aktionär/in im Aktienbuch der Gesellschaft eingetragen wird. Mittels Unterzeichnung der Beitrittserklärung verpflichtet sich jede Drittpartei diesem Vertrag beizutreten und bezüglich aller Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag berechtigt bzw. verpflichtet zu sein. Bei Vollzug des Beitritts einer Drittpartei ist der Gesellschaft die schriftliche Beitrittserklärung (gemäss Anhang 11), mittels welcher die Drittpartei anzeigt, dass die relevanten Bestimmungen dieses Vertrags erfüllt sind und eingehalten werden, einzureichen. Die Parteien erklären sich damit einverstanden, dass der Beitritt durch einseitige Erklärung erfolgen kann.

Veräussert ein Aktionär sämtliche seiner Aktien, scheidet er als Partei dieses Vertrages ohne weiteres aus; entstandene Rechte und Pflichten des entsprechenden Aktionärs zum Zeitpunkt der Beendigung bleiben davon unberührt. Die Einschränkungen und Verpflichtungen gemäss Ziffer 15.2 gelten auch nach einem Ausscheiden eines Aktionärs unverändert weiter.

12. DAUER

Dieser Vertrag tritt mit Eintragung der Gründung der Gesellschaft im Handelsregister sowie mit Unterzeichnung seitens aller Parteien in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann während der ersten zwölf (12) Jahre nicht gekündigt werden. Anschliessend kann er von jeder Partei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei (3) Jahren auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. BS darf den Vertrag nur aus

wichtigen Gründen kündigen, d.h. insbesondere nicht allein zur Einschränkung des statutarisch vorgesehenen Beschlussquorums der Generalversammlung auf die in Art. 704 OR vorgesehenen Fälle.

Dieser Vertrag endet für eine Partei, wenn diese Partei nicht mehr Aktionär ist, ohne weiteres und mit sofortiger Wirkung.

Im Fall der Kündigung oder der Beendigung der Aktionärsenschaft wird dieser Vertrag unter den übrigen Parteien fortgesetzt. Das Allgemeine Kaufrecht gemäss Ziffer 9.5 bleibt davon unberührt.

Mit Auflösung des Staatsvertrages endet dieser Vertrag, ungeachtet des Vorstehenden, automatisch auf den Zeitpunkt dessen Auflösung.

13. REGELUNG DER BEENDIGUNG

Für den Fall, dass dieser Vertrag für alle Parteien endet, verpflichten sich die Parteien (i), darauf hinzuwirken, dass eine Generalversammlung mit dem Traktandum folgenden Inhalts einberufen wird, und (ii) an dieser Generalversammlung unter diesem Traktandum dem folgenden Antrag zuzustimmen:

- Antrag, das statutarisch vorgesehene qualifizierte Beschlussquorum auf die in Art. 704 OR vorgesehenen Fälle zu beschränken.

14. AUFLÖSUNG DER GESELLSCHAFT

Beschliessen die Aktionäre die Auflösung der Gesellschaft, hat jede Partei, die einen Spitalbetrieb und dazugehörige Vermögenswerte in die Gesellschaft eingebracht hat, diesen Spitalbetrieb und die dazugehörigen Vermögenswerte zum Wert im Zeitpunkt der Übernahme mit Einschluss anteiliger Schulden gemäss Beteiligungsverhältnis im Zeitpunkt der Auflösung zu übernehmen. Übersteigen die bei der Auflösung von einer Partei übernommenen Netto-Vermögenswerte deren Anteil an der Gesellschaft, unterliegt dies dem Ausgleich unter den Parteien. Die Gesellschaft sowie die übernommenen Spitalbetriebe und dazugehörigen Vermögenswerte werden basierend auf dem zum Auflösungszeitpunkt aktuellen Unternehmenswert bewertet.

Können sich die Parteien nicht innert 120 Tagen seit dem Auflösungsbeschluss der Gesellschaft auf die Bestimmung des Unternehmenswertes der Gesellschaft sowie des Wertes der Betriebe und Vermögenswerte an den Spitalstandorten, die sie eingebracht haben, einigen, so kann jede Partei verlangen, dass zur Bewertung der Gesellschaft sowie der von den Parteien eingebrachten Betriebe und Vermögenswerte ein Experte ernannt wird. Können sich die Parteien nicht innert 180 Tagen seit dem Auflösungsbeschluss auf einen Experten einigen, lehnt dieser seine Ernennung ab oder ist er zur Bewertung der Gesellschaft sowie der von den Parteien eingebrachten Betriebe und Vermögenswerte offensichtlich nicht in der Lage, kann jede Partei von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Bundesgerichts verlangen, eine Expertin oder einen Experten zu ernennen.

Die Bewertung der Gesellschaft sowie der von den Parteien eingebrachten Betriebe und Vermögenswerte erfolgt dabei gestützt auf den Substanzwert gemäss Ausführungen unter Ziffer 9.5.2.

Die durch die Expertin oder den Experten vorgenommene Bewertung der Gesellschaft sowie der von den Parteien eingebrachten Betriebe und Vermögenswerte ist für die Parteien bindend und endgültig, es sei denn, sie beruhe auf Rechenfehlern. In letzteren Fällen ist der von der Expertin oder vom Experten korrigierte Unternehmenswert bindend. Die Kosten der Expertin oder des Experten werden von allen Parteien zu gleichen Teilen getragen.

Für den Fall, dass das Vermögen der Gesellschaft von einem Gemeinwesen übernommen wird, verpflichten sich die Parteien dafür zu sorgen, dass eine Generalversammlung mit dem Traktandum mit dem Inhalt einberufen wird, keine Liquidation durchzuführen, und an dieser Generalversammlung einem entsprechendem Antrag zuzustimmen.

15. VERSCHIEDENES

15.1 Art der Pflichten und Rechte der Parteien

Alle von einer Partei gehaltenen Aktien der Gesellschaft verbleiben jedoch ausschliesslich alleiniges Eigentum der jeweiligen Partei; es werden keine Aktien in die einfache Gesellschaft eingebracht oder an diese übertragen. Den Parteien ist es nicht gestattet, im Namen und auf Rechnung der Gesamtheit der Parteien rechtsgeschäftlich zu handeln.

15.2 Geheimhaltung

Die Parteien verpflichten sich, über vertrauliche Informationen, die sie in Aktionärsbriefen, an Generalversammlungen, an Verwaltungsratssitzungen oder anderweitig erhalten haben, Stillschweigen zu bewahren und Dritten darüber keine Auskunft zu erteilen, soweit sie nicht aufgrund statutarischer oder gesetzlicher Bestimmungen oder aufgrund richterlicher Anordnung zur Auskunft verpflichtet sind, oder von der Gesellschaft vorgängig dazu ermächtigt worden sind. Parlamentarische Oberaufsichtskommissionen (Interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission, Geschäftsprüfungskommission und Finanzkommission) sowie Parlamentarische Untersuchungskommissionen gelten dabei nicht als Dritte. Die Geheimhaltungspflicht wird durch den Austritt einer Partei aus diesem Vertrag oder den Ablauf dieses Vertrags nicht aufgehoben.

Im Rahmen dieser Ziffer 15.2 gelten als „**Vertrauliche Informationen**“:

- a) Finanz- oder Geschäftsinformationen der Gesellschaft, welche eine Partei im Rahmen des Abschlusses dieses Vertrags erhalten hat;
- b) In Bezug auf die Gesellschaft, Informationen bezüglich (i) Finanzen und Finanzangaben, Geschäftstransaktionen, Geschäftsabschlüssen und -vorgängen sowie angehenden Geschäftstransaktionen, (ii) Betriebsmodellen, Businessplänen, Umsätzen und Marketinginformationen, -plänen sowie –strategien, (iii) Patienten und

anderer Kundschaft, (iv) bestehenden und geplanten Dienstleistungen, Preisangaben und Preisstrukturen, (v) Informationen welche vernünftigerweise von einer Gesellschaft als empfindlich und sensibel erachtet werden.

Nicht unter den Begriff „**Vertrauliche Informationen**“ fallen Informationen (1) die zum Zeitpunkt ihrer Offenlegung bereits allgemein bekannt waren, (2) welche zum Zeitpunkt ihrer Offenlegung durch eine Partei bereits im rechtmässigen Besitz des Empfängers waren und dies sich durch schriftliche Aufzeichnungen beweisen lässt oder (3) deren Offenlegung zuvor explizit von der jeweiligen Partei genehmigt worden ist.

Die Geheimhaltungsverpflichtung erstreckt sich nicht auf die zwingenden gesetzlichen Verpflichtungen zur Offenlegung Vertraulicher Informationen.

Jede Partei kann Vertrauliche Informationen in Übereinstimmung mit diesem Vertrag verwenden. Die Parteien anerkennen und erklären sich damit einverstanden, dass jede von der Gesellschaft oder einer anderen Partei (einschliesslich deren Vertreter oder Berater) zur Verfügung gestellte Vertrauliche Information (einschliesslich an jeden Vertreter oder Berater einer solchen Partei) nicht verwendet werden darf, ausser (1) dies ist im Rahmen dieses Vertrags zulässig, (2) es dient dem Zweck der Gesellschaft oder (3) es dient der Bewertung der Gesellschaft durch eine Partei und wird nicht zum Vorteil einer solchen Partei oder mit ihr verbundenen Gesellschaft oder Drittpartei ausgenutzt.

15.3 Kosten und Gebühren

Sämtliche Kosten, Auslagen und/oder Abgaben, welche bei einer Partei im Zusammenhang mit diesem Vertrag, dem Abschluss, dem Vollzug oder der Durchsetzung dieses Vertrags anfallen, werden – sofern nichts Gegenteiliges vereinbart - von ihr selbst getragen.

15.4 Mitteilungen

Mitteilungen, für welche dieser Vertrag Schriftlichkeit verlangt, sind an die auf der Titelseite angegebenen Adressen der Parteien oder elektronisch bzw. per Fax an die von den Parteien bekannt gemachten E-Mail-Adressen bzw. Faxnummern zu richten.

15.5 Abschliessende Vereinbarung

Dieser Vertrag inkl. Anhänge gibt die gesamte Vereinbarung der Parteien in Bezug auf ihre Rechte und Pflichten als Aktionäre der Gesellschaft wieder und ersetzt alle diesbezüglichen früheren schriftlichen oder mündlichen Abreden oder Willensäusserungen zwischen den Vertragsparteien oder einzelnen davon.

15.6 Salvatorische Klausel

Sollten die Bestimmungen dieses Vertrages oder Teile davon unwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die unwirksame Regelung ist durch eine Regelung zu ersetzen, die dem mutmasslichen Willen der Parteien am nächsten kommt.

15.7 Änderungen und Ergänzungen

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages, einschliesslich dieses Satzes, bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftlichkeit sowie der Einstimmigkeit aller Parteien.

Änderungen oder Ergänzungen der Statuten, des Organisationsreglements, oder anderer Dokumente unterliegen den für das entsprechende Dokument geltenden Vorschriften und bedürfen keiner Änderung oder Ergänzung dieses Vertrags.

15.8 Kein Verzicht

Kein Verzicht einer Partei bezüglich Versäumnis oder Bruch einer Verpflichtung der anderen Partei unter diesem Vertrag soll als Verzichtserklärung für laufende oder zukünftige Versäumnisse oder Brüche aufgefasst werden.

16. ANWENDBARES RECHT UND GERICHTSSTAND

16.1 Anwendbares Recht

Auf diesen Vertrag ist materielles schweizerisches Recht anwendbar (unter Ausschluss des Wiener Kaufrechts und der kollisionsrechtlichen Bestimmungen).

16.2 Schiedsgericht

Die Parteien sind bestrebt, sich bei Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag, einschliesslich solcher über sein gültiges Zustandekommen, seine Rechtswirksamkeit, seine Abänderung oder Auflösung, möglichst gütlich zu einigen.

Ist eine Verständigung nicht möglich, so entscheidet ein Schiedsgericht mit Sitz in Liestal endgültig.

Jede Partei bezeichnet im Streitfall eine Schiedsrichterin oder einen Schiedsrichter, die zusammen eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden bestimmen. Kommt eine Partei der Aufforderung der anderen, ihre Schiedsrichterin oder ihren Schiedsrichter zu benennen, innert 20 Tagen nicht nach oder können sich die Schiedsrichter innert weiterer 20 Tage nicht auf eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden einigen, so wird das fehlende Mitglied bzw. die oder der Vorsitzende des Schiedsgerichts von der Präsidentin oder dem Präsidenten des Bundesgerichts bestimmt.

Bei Stimmgleichheit obliegt der oder dem Vorsitzenden der Stichentscheid.

Für die Anordnung vorsorglicher Massnahmen ist ausschliesslich das Schiedsgericht zuständig.

Im Übrigen bestimmt sich das Verfahren nach den Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Zivilprozessordnung, ZPO).

[*Unterschriften auf Folgeseite*]

Ort, Datum: _____

Kanton Basel-Landschaft

Name

Name

Ort, Datum: _____

Kanton Basel-Stadt

Name

Name

ANHÄNGE

Anhang 3: Beteiligungsstruktur

Anhang 4.1: Statuten

Anhang 11: Beitrittserklärung

ANHANG 3

Beteiligungsstruktur

Zum Zeitpunkt der Betriebsaufnahme der Universitätsspital Nordwest AG (vorgesehen per 1. Januar 2020) sieht das Beteiligungsverhältnis folgendermassen aus:

Aktionär	Anteil (in %)	Anzahl Aktien
Kanton Basel-Landschaft	mindestens 33.4%	...
Kanton Basel-Stadt	höchstens 66.6 %	...

2. Das Beteiligungsverhältnis gemäss Ziffer 1 basiert auf folgenden Mindestsubstanzwerten:

KSBL	CHF 237.0 Mio.
USB	CHF 538.5 Mio.

3.1. Liegt ausschliesslich der Substanzwert des KSBL zum Zeitpunkt der Fusion unter dem in Ziffer 2 genannten Minimalwert, erfolgt der Ausgleich durch den Kanton Basel-Landschaft (Bsp. 1).

3.2. Liegt ausschliesslich der Substanzwert des USB zum Zeitpunkt der Fusion unter dem in Ziffer 2 genannten Minimalwert, erfolgt kein Ausgleich durch den Kanton Basel-Stadt, jedoch erfolgt eine Anpassung des Anteils des Kantons Basel-Stadt am Aktienkapital der Spitalgruppe (Bsp. 2).

3.3. Liegen beide Substanzwerte zum Zeitpunkt der Fusion unter den in Ziffer 2 genannten Minimalwerten, erfolgt der Ausgleich durch den Kanton Basel-Landschaft, wenn die proportionale Unterschreitung des Minimalwertes grösser ist als beim USB. Der Kanton Basel-Landschaft hat in diesem Fall auszugleichen, bis die proportionale Unterschreitung des USB erreicht wird (Bsp. 3).

Zielsubstanzwert per	KSBL	USB	Unterschreitung Minimalwert				Ausgleich Unterschreitung	
			KSBL		USB		Betrag	durch
31.12.2019 (Mio. CHF)	246.0	558.9	CHF	%	CHF	%		
Minimalwert (Mio. CHF)	237.0	538.5						
<i>Bsp. 1</i> Substanzwert per 31.12.19	230.0	-	-7.0	3.0%	-	-	7.0	BL
<i>Bsp. 2</i> Substanzwert per 31.12.19	-	531.0	-	-	-7.5	1.4%	<i>Es erfolgt keine Ausgleichszahlung, sondern eine Anpassung des BS-Anteils.</i>	
<i>Bsp. 3</i> Substanzwert per 31.12.19	230.0	531.0	-7.0	3.0%	-7.5	1.4%	3.7	BL

3.4. 7. Ein allfälliger Abschreibungsbedarf der Gebäude am Standort Bruderholz wird nicht berücksichtigt.¹

3.5. Kommt es zu Kosten im Rahmen von Abfederungsmassnahmen im Bereich der neuen Vorsorgelösung für die USB-Mitarbeitenden, werden diese durch die Spitalgruppe getragen. Auf eine Ausgleichszahlung durch den Kanton Basel-Stadt wird verzichtet.

¹ Damit kommt zum Ausdruck, dass es nicht absehbar sein wird, in welchem Umfang und bis zu welchem Zeitpunkt insbesondere das Bettenhaus in der Spitalgruppe noch benötigt wird sowie, dass der potentielle Abschreibungsbedarf letztlich als gering bezeichnet werden kann und die baulichen Anpassungen am Standort Bruderholz weitgehend auch dem Zielbild der Spitalgruppe dienen.

ANHANG 4.1

Statuten

(separater Anhang)

ANHANG 11

Beitrittserklärung

Die Beitrittserklärung (die "**Erklärung**") wurde am [Datum] von [Name], [Adresse/mit Sitz in [...]] (der "**Neue Aktionär**") abgegeben.

Die Gesellschaft ist ordnungsgemäss organisiert und gültig bestehend nach Schweizer Recht (die "**Gesellschaft**"). Die Aktionäre der Gesellschaft haben am [Datum] einen Aktionärbindungsvertrag abgeschlossen (der "**Aktionärbindungsvertrag**").

Ansichts dessen,

- dass Aktien (wie im Aktionärbindungsvertrag definiert) im Begriff sind, gemäss den Bestimmungen des Aktionärbindungsvertrags an den Neuen Aktionär übertragen oder ausgegeben zu werden;
- dass Ziffer 11 des Aktionärbindungsvertrags vorsieht, dass keine Aktienübertragung stattfindet, ausser der Käufer unterwirft sich den Bestimmungen des Aktionärbindungsvertrags, namentlich durch Unterzeichnung dieser Erklärung;

verspricht der Neue Aktionär, was folgt:

1. Der Neue Aktionär bestätigt, dass ihm eine Kopie des Aktionärbindungsvertrags zur Kenntnis gebracht wurde und er diese gelesen hat, und er erklärt gegenüber jeder Partei (gemäss der Definition im Aktionärbindungsvertrag), alle Bestimmungen des Aktionärbindungsvertrags einzuhalten und durch diese gebunden zu sein.
2. Der Neue Aktionär bestätigt, dass als seine Adresse für die Zwecke von Ziffer 15.4 des Aktionärbindungsvertrags die folgende Adresse gelten soll: [Adresse].

Diese Erklärung und die damit verbundenen Transaktionen richten sich ausschliesslich nach materiellem Schweizer Recht (unter Ausschluss des Wiener Übereinkommens über Verträge über den internationalen Warenkauf). Im Übrigen findet auf diese Erklärung und die damit verbundenen Transaktionen Ziffer 16.2 (Schiedsgericht) des Aktionärbindungsvertrags analog Anwendung.

Einverstanden:

[Neuer Aktionär]



Eigentümerstrategie für die Universitätsspital Nordwest AG

1. Allgemeine Bestimmungen

Unter dem Namen Universitätsspital Nordwest AG besteht eine Aktiengesellschaft mit öffentlichem Zweck gemäss Art. 620 ff. OR mit Sitz in Basel. Eigentümer des Unternehmens sind die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (Trägerkantone).

Grundlagen für die Eigentümerstrategie sind

- das Bundesgesetz vom 30. März 2011 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht; SR 220);
- der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG vom Datum, in Kraft seit 1. Januar 20xx (Staatsvertrag Universitätsspital Nordwest AG);
- der gemeinsame Bericht der Trägerkantone zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG;
- der Aktionärsbindungsvertrag zwischen den Trägerkantonen;
- die Public Corporate Governance-Richtlinien des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt vom 9. Januar 2018;
- die Richtlinie zu den Beteiligungen sowie das Gesetz über die Beteiligungen [Public Corporate Governance] (PCGG) des Kantons Basel-Landschaft;
- Spitalbeteiligungsgesetz (SpiBG BL).

Die Eigentümerstrategie

- richtet sich an den Verwaltungsrat der Universitätsspital Nordwest AG und gilt als Mandat; dieser ist verpflichtet, seine Tätigkeit im Einklang mit der Eigentümerstrategie auszuüben, Besteht ein Interessenkonflikt zwischen der Eigentümerstrategie der Trägerkantone und dem Unternehmensinteresse, so geht letzteres dem Erstgenannten vor;
- beschreibt den normativen Rahmen für die Unternehmensstrategie;
- legt die mittelfristigen Ziele der Regierungen der Trägerkantone für seinen Umgang mit der Beteiligung an der Universitätsspital Nordwest AG fest;
- gilt unter dem Vorbehalt übergeordneter Bestimmungen.

2. Eigentümerziele der Trägerkantone

Der Kanton Basel-Stadt stellt gemäss § 26 der Kantonsverfassung vom 23. März 2005 (KV, SG 111.100) für seine Einwohnerinnen und Einwohner die medizinische Versorgung sicher. Der Kanton betreibt gemäss § 27 Abs. 1 KV öffentliche Spitäler und Kliniken und strebt kantonsübergreifende Trägerschaften an.

Gemäss § 111 Absatz 2 der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. Mai 1984 (KV BL, SGS 100) hat der Kanton BL medizinische Anstalten zu führen.

Die Universitätsspital Nordwest AG trägt zur Erreichung der folgenden übergeordneten Zielsetzungen bei:

1. Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone:
Sie erbringt medizinische Dienstleistungen und dient der kantonalen, regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung insbesondere im Rahmen der Leistungsaufträge gemäss Sozialversicherungsrecht.
2. Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich:
Sie erbringt ihre Leistungen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit mit grösstmöglicher Effizienz. Sie gewährleistet dabei die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, um einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung zu erreichen.
3. Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region:
Sie trägt im Rahmen einer Partnerschaft mit der Universität Basel sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Hochschulen und geeigneten weiteren Partnern aus Wissenschaft und Industrie zur Ausbildung von universitären und nichtuniversitären Berufen, Lehre, Forschung, Innovation und Ausstrahlung der universitären Medizin bei.

3. Strategische Vorgaben für die Universitätsspital Nordwest AG

Die Regierungen der Trägerkantone erwarten vom Verwaltungsrat der Universitätsspital Nordwest AG die Beachtung der nachfolgenden Vorgaben.

3.1 Unternehmensstrategie

Die Universitätsspital Nordwest AG

- setzt das Konzept zur Spitalgruppenbildung gemäss Grundlagen- und Fortschrittsbericht USB und KSBL für eine gemeinsame Spitalgruppe vom 18. Dezember 2017 konsequent um, insbesondere das Zielbild und die strategische Positionierung „Vier Standorte – ein System“;
- erzielt mittelfristig die Synergiepotenziale, die im Rahmen der Konzeption der Spitalgruppe ermittelt und definiert wurden und führt diesen Prozess in der Zukunft konsequent weiter (Realisierung weiterer Synergiepotenziale);
- prüft laufend die Nutzung von Marktchancen/-trends.

3.2 Leistungserbringung

Die Universitätsspital Nordwest AG

- pflegt eine aktive Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern und gewährleistet dadurch einen optimalen Behandlungspfad im Sinne der integrierten Versorgung;
- strebt aus Sicht des Patienten und des Spitals eine positive Ergebnisqualität an, unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit der Behandlungen; sie strebt eine Leistungserbringung am bestgeeigneten Standort und nach dem aktuellen Stand der Medizin an;
- bereinigt das Angebot und erhöht die Effizienz seiner stationären und ambulanten Dienstleistungen. Sie entwickelt konsequent neue Angebotsformen je nach Marktentwicklung und medizinischer Entwicklung und fördert die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich.

3.3 Hochschulmedizin

Die Universitätsspital Nordwest AG

- trägt zur Innovationskraft und Ausbildungsqualität der universitären Medizin bei und gehört zu den führenden universitär-medizinischen Zentren der Schweiz;
- Als Lehr- und Forschungsstätte leistet sie aktiv einen Beitrag an die universitär-medizinische Ausstrahlung der Region, insbesondere im Bereich Life Sciences, und trägt zur diesbezüglichen Vernetzung zwischen der Universität Basel und weiteren Hochschulen sowie der Industrie bei;
- stimmt ihre Unternehmensstrategie diesbezüglich mit der Strategie der Universität Basel (Medizinische Fakultät) und weiteren Hochschulen, insbesondere der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ) und der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), sowie weiteren Partnern aus Wissenschaft und Industrie ab, vereinbart entsprechend die Schwerpunkte in der translationalen und klinischen Life Science-Forschung und positioniert sich national und international mit ihren Schwerpunkten.

3.4 Vorgaben zu finanziellen Aspekten

Die Universitätsspital Nordwest AG

- stellt ihre Selbständigkeit und die Werthaltigkeit ihres Vermögens sowie die Kapital- und Kreditmarktfähigkeit aus eigener Kraft sicher. Dazu erwirtschaftet sie einen ausreichenden EBITDA(R) und Cash-Flow und verfügt über ein angemessenes Eigenkapital, wobei die Eigenkapitalquote im Durchschnitt über vier Jahre mindestens ein Drittel der Bilanzsumme betragen soll;
- sichert sich das langfristige Überleben aus eigener Kraft und setzt ihre Mittel entsprechend ein;
- arbeitet im Sozialversicherungsbereich bzw. Grundversicherungsbereich (KVG, UVG, IV, MV) auf eine mindestens ausgeglichene Rechnung hin;
- erwirtschaftet im Zusatzversicherungsbereich, bei Selbstzahlern und weiteren Dienstleistungen eine in Abhängigkeit der Rahmenbedingungen, der Marktsituation und dem Risiko angepasste Rendite;
- erreicht Profitabilitätssteigerungen hauptsächlich durch erhöhte Effizienz.

3.5 Personal

Die Universitätsspital Nordwest AG

- setzt die Zusammenführung des bisherigen USB und KSBL gemäss dem Konzept und dem Zielbild der Spitalgruppenbildung an den verschiedenen Standorten um;
- schafft zusammen mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine neue, gemeinsame Unternehmenskultur und bezieht das Personal ein;
- fördert die Aus- und Weiterbildung des Personals;
- fördert die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit;
- fördert die tatsächliche Gleichstellung von Frau und Mann. Der Verwaltungsrat strebt im Rahmen seiner Wahlbefugnis an, dass in der Spitalleitung Frauen und Männer mindestens zu je einem Drittel vertreten sind. Massgebend sind dabei jedoch die für die Stelle erforderlichen Qualifikationen.

3.6 Kooperationen und Beteiligungen

Die Universitätsspital Nordwest AG

- kann Tochtergesellschaften gründen, Beteiligungen erwerben und strategische Partnerschaften eingehen, sofern sie damit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungserbringung verbessert oder ihre Marktposition langfristig stärkt und die damit verbundenen Risiken tragbar sind;

- gewährleistet eine dauernde und enge Führung und Steuerung ihrer Beteiligungen.

3.7 Infrastruktur

Die Universitätsspital Nordwest AG

- stellt sicher, dass ihre Infrastruktur den zukünftigen Bedürfnissen der Gesundheitsversorgung und der Patienten entspricht, und insbesondere
 - patientenorientierte und effiziente Betriebsabläufe ermöglicht,
 - flexibel und modular nutzbar, erweiterbar und auch redimensionierbar ist, so dass eine zeitadäquate Reaktion auf Veränderungen im Umfeld und in den Rahmenbedingungen möglich ist,
 - eine angemessene Qualität aufweist,
- erhält, erneuert und betreibt ihre Infrastruktur aus eigener Kraft nachhaltig;
- führt eine Investitionsplanung, die mittel- und langfristig Aufschluss über die geplante Entwicklung der Infrastruktur und deren Finanzierung inkl. Auswirkungen auf die Erfolgsrechnung gibt.

4. Finanzen

4.1 Verwendung Bilanzgewinn

Der jährliche Bilanzgewinn wird unter Beachtung der Bestimmungen des OR und des Steuerrechtes (für Aktiengesellschaften mit öffentlichem Zweck) und unter Berücksichtigung der strategischen Vorgaben insbesondere in den Kapitel 3.4 und 3.7 verwendet:

- der allgemeinen (gesetzlichen) Reserve zugewiesen;
- der Gewinnreserve zugewiesen;
- als Dividende an die Aktionäre ausgerichtet;
- in zweckbestimmte Fonds im Eigenkapital eingelegt;
- weiteren Reserven und/oder dem Gewinnvortrag zugewiesen.

4.2 Rechnungslegungsstandard

Die Universitätsspital Nordwest AG

- führt ihre Rechnung nach Swiss GAAP FER.

Bezüglich der konsolidierten Rechnung des Kantons Basel-Stadt sind die Bestimmungen des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt vom 14. März 2012 (Finanzhaushaltgesetz, SG 610.100) massgebend. Die Universitätsspital Nordwest AG stellt dem Kanton Basel-Stadt die dazu benötigten Informationen zur Verfügung.

4.3 Risikomanagement und Revision

Die Universitätsspital Nordwest AG

- Betreibt ein angemessenes und systematisches Risikomanagement;
- gestaltet, implementiert und betreibt ein geeignetes und angemessenes internes Kontrollsystem (IKS), welches der Grösse, der Komplexität und dem Risikoprofil des Unternehmens entspricht.

Für die Universitätsspital Nordwest AG muss als Revisionsstelle ein staatlich beaufsichtigtes Revisionsunternehmen nach den Vorschriften des Revisionsaufsichtsgesetzes vom 16. Dezember 2005 bezeichnet werden.

Bei der vorgeschriebenen ordentlichen Revision darf gemäss OR die Person, welche die Revision leitet, das Mandat längstens während sieben Jahren ausführen. Sie darf das gleiche Mandat erst nach einem Unterbruch von drei Jahren wieder aufnehmen.

Das Revisionsmandat sollte spätestens nach acht Jahren neu vergeben werden.

5. Vertretung der Eigentümerinteressen sowie Beteiligungscontrolling

5.1 Vertretung der Eigentümerinteressen

Die Vertretung der Eigentümerinteressen und die Wahrung der Aktionärsrechte gegenüber der Universitätsspital Nordwest AG im Auftrag der Regierungen der Trägerkantone

- wird insbesondere durch die Generalversammlung wahrgenommen;
- wird für den Kanton Basel-Stadt durch das Gesundheitsdepartement (GD) wahrgenommen, innerhalb des GD durch die Stabsstelle Gesundheitsbeteiligungen und Finanzen (GBF);
- wird für den Kanton Basel-Landschaft durch die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) wahrgenommen, innerhalb der VGD durch das Generalsekretariat.

5.2 Berichts- und Informationspflichten

Die Aktionäre bzw. die Eigentümervertretungen gemäss Kapitel 5.1 erhalten seitens der Universitätsspital Nordwest AG folgende Informationen zum jeweils diesbezüglich definierten Zeitpunkt:

- a) Quartals- und Halbjahresabschluss Universitätsspital Nordwest AG innerhalb von 45 Tagen ab Ende eines jeden Quartals oder des Halbjahres;
- b) Lagebericht und Konzernrechnung (sofern erforderlich), Berichterstattung zur Corporate Governance inklusive Auskunft über die Durchführung der Selbstevaluation des Verwaltungsrates sowie Jahresrechnung der Universitätsspital Nordwest AG im Rahmen der gesetzlichen Jahresberichterstattung innerhalb von 90 Tagen ab Ende eines jeden Geschäftsjahrs;
- c) Beteiligungsreport für Mehrheitsbeteiligungen der Gesellschaft, welche voll konsolidiert werden sowie wesentliche Joint-Ventures und Minderheitsbeteiligungen, welche via Equity-Methode konsolidiert werden (gemäss Konsolidierungskreis Anhang Konzernrechnung) innerhalb von 90 Tagen ab Ende eines jeden Geschäftsjahres;
- d) Bericht zur Umsetzung der Eigentümerstrategie innerhalb von 90 Tagen ab Ende eines jeden Geschäftsjahres;
- e) Strategische und finanzielle Risiken im Rahmen der Berichterstattung zur Umsetzung der Eigentümerstrategie innerhalb von 90 Tagen ab Ende eines jeden Geschäftsjahres sowie unverzüglich bei besonderen Vorkommnissen;
- f) Aktuell gültige Unternehmensstrategie, aktuelle nachgeführte Mittelfristplanung inklusive nachgeführte 10-Jahres-Investitionsplanung sowie das Budget für das nächste Geschäftsjahr, jeweils mit Erläuterungen bis Ende eines jeden Geschäftsjahres;
- g) Frühzeitige Information über Vorkommnisse und Vorhaben von grosser politischer Tragweite;
- h) Jegliche Informationen, welche zur Erfüllung gesetzlicher oder amtlicher Anforderungen durch die Vertreter der Eigentümerinteressen von BL und BS nötig sind, jeweils unverzüglich nach Beantragung der entsprechenden Information;
- i) Zusätzliche Informationen zu besonderen Geschäften, soweit dies zur Einschätzung der Unternehmensrisiken notwendig ist, jeweils unverzüglich auf Anfrage der Vertreter/innen der Eigentümerinteressen.

Jede/r Vertreter/in der Eigentümerinteressen von BL und BS informiert den Verwaltungsrat der Gesellschaft umgehend über die in der von ihm vertretenen Kantonsregierung behandelten für die Gesellschaft relevanten Themen und Rahmenbedingungen (z.B. anstehende Gesetzesänderungen) und teilt dem Verwaltungsrat umgehend entsprechende Entscheidungen der Regierungen der Kantone BS und BL mit.

Die Vertreter der Eigentümerinteressen von BL und BS und eine Delegation des Verwaltungsrates pflegen – neben der jährlichen Generalversammlung – zweimal pro Jahr sowie bei besonderem Bedarf einen direkten Austausch, insbesondere über das Halbjahresergebnis und die strategische Ausrichtung der Universitätsspital Nordwest AG.

6. Schlussbestimmungen

Die Eigentümerstrategie tritt per Fusionszeitpunkt / per 1. Januar 2020 in Kraft.

Die Eigentümerstrategie für die Universitätsspital Nordwest AG ist auf unbestimmte Zeit festgesetzt. Sie wird nach Bedarf sowie regelmässig alle vier Jahre überprüft und soweit notwendig angepasst. Die Regierungen legen durch gleichlautende Beschlüsse die angepasste gemeinsame Eigentümerstrategie fest und veröffentlichen diese nach Massgabe der jeweils geltenden kantonalen rechtlichen Grundlagen.

Basel / Liestal, xx.yy.2019