

Vorlage an den Landrat

Titel: **Formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital»;
Ablehnung**

Datum: 8. November 2016

Nummer: 2016-346

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)

Vorlage an den Landrat

2016/346

Formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital»; Ablehnung

vom 08. November 2016

1. Zusammenfassung

Die Gesetzesinitiative „Ja zum Bruderholzspital“ (im Weiteren „Bruderholz-Initiative“) verlangt, dass im Spitalgesetz neu festgehalten wird: „Das [Kantonsspital Baselland] *KSBL sichert die Grundversorgung in Laufen und die erweiterte Grundversorgung an den Standorten Bruderholz und Liestal im stationären und ambulanten Bereich.*“ Aus Sicht der Initianten soll damit erreicht werden, „*dass auch im unteren Kantonsteil die erweiterte Grundversorgung gesichert bleibt*“¹.

Da der Kanton mehrere Rollen einnimmt, wird die Initiative aus der Versorgungs- und aus der Eigentümersicht beurteilt.

Versorgungssicht: Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft und im unteren Baselbiet ist heute auf einem ausserordentlich hohen Stand; die Angaben zur Ärztedichte im Kanton Basel-Landschaft, zu den Hospitalisierungen bzw. Spitalbehandlungen der Baselbieter Bevölkerung sowie zur Erreichbarkeit wichtiger medizinischer Leistungen weisen allesamt schweizweite Spitzenwerte aus. Die medizinische Versorgung für die Bevölkerung unseres Kantons, inklusive Grundversorgung und Notfallversorgung, ist überdurchschnittlich.

Zu diesem Angebot tragen auch Spitäler ausserhalb des eigenen Kantons bei. Die basel-landschaftliche Bevölkerung lässt sich schon heute in über 47% der Fälle in Spitälern ausserhalb des eigenen Kantons behandeln. Der Gesundheitsversorgungsraum für die Baselbieter Bevölkerung insgesamt und die Unterbaselbieter speziell umfasst nicht nur den Kanton Basel-Landschaft, sondern wesentlich auch den Kanton Basel-Stadt. Im unteren Baselbiet suchen 75% der Patienten für Spitalbehandlungen nicht das Bruderholzspital auf, sondern nutzen das Angebot anderer nahe gelegener Spitäler. Das Argument der Initianten, dass ohne ein eigenes Spital im unteren Baselbiet die rund 155'000 Einwohnerinnen und Einwohner des Bezirks Arlesheim nicht versorgt werden könnten, ist angesichts dieser Zahlen nicht stichhaltig.

Die Forderung der Initianten hebt zudem die Grundsätze des KVG und jene der neusten Bundesverwaltungsgerichtsentscheide aus. Mit der Forderung der Initiative wird das Unternehmen KSBL dem Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern und den Vorgaben gemäss KVG nach wirtschaftlicher, zweckmässiger und wirksamer Leistungserbringung entzogen. Ohne Versorgungsnot soll ein staatliches Unternehmen per Gesetz zur Produktion von stationären und neu auch ambulanten Spitalleistungen berechtigt bzw. verpflichtet werden, und dies ohne erkennbaren Mehrwert für die Bevölkerung. Dem Kanton als Planer und Regulator werden – was das eigene Spital anbelangt – faktisch Ketten angelegt: Dem KSBL wird ohne jegliche Prüfung und auf unbestimmte Zeit per Gesetz ein Leistungsauftrag erteilt. Eine Koordination in der Spitalplanung mit den umliegenden Kantonen wird unnötig erschwert. Die zusätzlich entstehenden finanziellen Belastungen tragen der Kanton und letztlich die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler.

Eigentümersicht: Die Spitallandschaft hat sich vor rund fünf Jahren massiv verändert. Die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur, der Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten, die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern sowie die schweizweit freie Spitalwahl für die Patienten und der damit verbundenen Öffnung der Kantonsgrenzen haben seit 2012 für einen zunehmenden Wettbewerb unter den Spitälern gesorgt. Zur selben Zeit wurden die drei ehemaligen Dienststellen KS Bruderholz, KS Laufen und KS Liestal aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert und in das KSBL überführt. Aus heutiger Sicht wurden damals die Ausgliederung und Zusammenführung wohl zu spät an die Hand genommen und die notwendige Infrastruktur- und Finanzausstattung unterschätzt.

Das KSBL ist heute in einer wirtschaftlich herausfordernden Situation. Die Bausubstanz, insbesondere am Standort Bruderholz, ist dringend sanierungsbedürftig. Die in den nächsten zehn Jahren zu investierende Summe für die Aufrechterhaltung der heutigen Infrastruktur ohne Ersatzinvestitionen beträgt alleine am Standort Bruderholz rund CHF 240 Mio.

¹ <http://www.ja-zum-bruderholz.ch/>

Für das gesamte Unternehmen KSBL liegt der Betrag bei rund CHF 700 Mio. Das KSBL kann die für diese Investitionen notwendigen Mittel in der heutigen Struktur nicht selber erwirtschaften.

Würde im Wesentlichen an der heutigen Strategie festgehalten und die Bruderholz-Initiative umgesetzt, drohten dem Kanton drei substantielle finanzielle negative Folgen: Erstens müsste der Kanton aufgrund der jährlichen Vernichtung des KSBL-Eigenkapitals sukzessive Beteiligungswerte aus seiner Bilanz ausbuchen, was bis ins Jahr 2023 total CHF 109 Mio. ausmacht. Zweitens hätte dies einen Totalverlust der Kantonsdarlehen im Umfang von CHF 153 Mio. zur Folge. Drittens müsste der Kanton das KSBL zur Aufrechterhaltung des heutigen Angebots an allen drei Standorten mit rund CHF 20 – 25 Mio. pro Jahr zusätzlich subventionieren. Dies entspricht rund 2 - 2,5 zusätzlichen Steuerprozentpunkten bei der Staatssteuer für natürliche Personen.

Zusammenfassend kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die Bruderholz-Initiative aus Versorgungssicht wie auch aus Eigentümersicht in eine finanzielle Sackgasse führt, ohne dass für den Patienten ein Mehrwert geschaffen wird. Die Ziele der Bruderholz-Initiative stehen im Widerspruch zu allen aufgezeigten strategischen Alternativen.

Der Regierungsrat erachtet das im September 2016 der Öffentlichkeit vorgestellte kantonsübergreifende Vorhaben zur Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe des Kantonsspitals Baselland mit dem Universitätsspital Basel als beste Variante zur Lösung der anstehenden Herausforderungen im Spitalbereich.

Die Initiative ist deshalb abzulehnen.

2. Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	2
2.	Inhaltsverzeichnis	4
3.	Ausgangslage	4
4.	Hintergrund und Wortlaut der Initiative	4
5.	Rechtsgültigkeit der Gesetzesinitiative	5
6.	Zielsetzung und Forderungen der Gesetzesinitiative	6
7.	Würdigung der Gesetzesinitiative aus Versorgungssicht	6
7.1.	Die Spitalversorgung im Kanton Basel-Landschaft	6
7.2.	Versorgungsaspekte im unteren Baselbiet (Bezirk Arlesheim)	9
7.3.	Überlegungen aus Planungs- und Regulationssicht	11
7.4.	Fazit aus Versorgungssicht	12
8.	Würdigung der Gesetzesinitiative aus Eigentümersicht	13
8.1.	Ziele des Kantons als Eigentümer und Kapitalgeber	13
8.2.	Veränderte Rahmenbedingungen seit dem 1. Januar 2012	13
8.3.	Aktuelle finanzielle Situation des KSBL	16
8.4.	Variante „Status Quo“ (Bruderholz-Initiative)	17
8.5.	Fazit aus Eigentümersicht	19
9.	Strategische Alternativen für die Zukunft	19
9.1.	Variante „Spitalgruppe KSBL / USB“	20
9.2.	Variante „Optimierung im Alleingang“	20
9.3.	Variante „Verkauf“	21
10.	Fazit	23
11.	Weiteres Vorgehen	24
12.	Antrag	24

3. Ausgangslage

Am 21. Dezember 2015 ist die am 22. Oktober 2015 im Amtsblatt publizierte formulierte Gesetzesinitiative „Ja zum Bruderholzspital“ eingereicht worden. Mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (publiziert im Amtsblatt vom 21. Januar 2016) stellte die Landeskantlei fest, dass die formulierte Gesetzesinitiative „Ja zum Bruderholzspital“ mit 4038 gültigen Unterschriften zustande gekommen ist.

4. Hintergrund und Wortlaut der Initiative

Die Einreichung der vorliegenden Gesetzesinitiative geht zurück auf eine Ankündigung des Kantonsspitals Baselland (KSBL) und des Universitätsspitals Basel (USB) sowie der beiden Gesundheitsdirektoren Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Juni 2015, ein Zusammengehen der beiden Spitäler in einer Spitalgruppe zu prüfen. Die Prüfung beinhaltete auch den Bau einer „Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe“ am Standort Bruderholz sowie die mittel- bis langfristige Konzentration des stationären Angebots in Liestal und Basel. Mittlerweile liegen die [Ergebnisse](#) vor und werden in Ziffer 8.1 erläutert.

Gegenstand der [Initiative](#) ist die Änderung des Spitalgesetzes.

Die Initiative hat folgenden Wortlaut:

Initiative «Ja zum Bruderholzspital»

Kantonale formulierte Gesetzesinitiative zur Erhaltung der medizinischen Grundversorgung im Kanton Basel-Landschaft

Die unterzeichneten, im Kanton Basel-Landschaft stimmberechtigten Personen stellen, gestützt auf § 28 Absätze 1 und 2 der Kantonsverfassung, das folgende formulierte Begehren:

I.

Das Spitalgesetz vom 17. November 2011 (SGS 930) wird wie folgt geändert:

§ 9 Abs. 1

Die Unternehmen erfüllen den ihnen in der Spitalliste zugewiesenen Leistungsauftrag. Das KSBL sichert die Grundversorgung in Laufen und die erweiterte Grundversorgung an den Standorten Bruderholz und Liestal im stationären und ambulanten Bereich.

II.

Keine Fremdänderungen.

III.

Keine Fremdänderungen.

IV.

Die Änderung tritt am ersten Tag des auf die Abstimmung folgenden Monats in Kraft.

5. Rechtsgültigkeit der Gesetzesinitiative

Neu ist im Vergleich zum geltenden Gesetz der folgende Passus in § 9 Abs. 1

„Das KSBL sichert die Grundversorgung in Laufen und die erweiterte Grundversorgung an den Standorten Bruderholz und Liestal im stationären und ambulanten Bereich.“

Der Rechtsdienst des Regierungsrats und des Landrats hat geprüft, ob das Volksbegehren rechtsgültig ist. In der entsprechenden Vorlagen [2016-128 vom 3. Mai 2016](#) an den Landrat wird festgehalten, dass das Gutachten aufzeige, dass die Umsetzung der Initiative „Ja zum Bruderholzspital“ mit gewissen Schwierigkeiten verbunden wäre. Der Kanton wäre bei einer Annahme der Initiative in erster Linie als Eigentümer des KSBL aufgerufen, das geforderte Angebot am Standort Bruderholz, aber auch an den anderen beiden Standorten Laufen und Liestal bereitzustellen beziehungsweise aufrecht zu erhalten.

Dabei besteht zunächst die Herausforderung, dieses Angebot genau zu definieren, da die Initiative diesbezüglich unklar formuliert ist, indem unbestimmte Begriffe wie „Grundversorgung“ und „erweiterte Grundversorgung“ verwendet werden. Entscheidend ist aber, dass das unternehmerische Risiko für den Fall, dass das von der Initiative geforderte Angebot nicht wirtschaftlich bereitgestellt werden kann, das Unternehmen KSBL und damit den Kanton als dessen Eigentümer trifft. Demgegenüber ist der Kanton in seiner Spitalplanung nur bedingt an die Ziele der Initiative gebunden. Diese müssten lediglich im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben (z.B. Abbau von Überkapazitäten, Koordination mit den Nachbarkantonen) soweit möglich berücksichtigt werden. Würde der Kanton hingegen die bundesrechtlichen Planungsvorgaben verletzen, drohten ihm negative Konsequenzen, indem er etwa die Kosten von Überkapazitäten alleine tragen müsste. Trotz dieser Schwierigkeiten hält das Gutachten des Rechtsdienstes von Regierungsrat und Landrat fest, dass die Initiative bundesrechtskonform umgesetzt werden könnte und daher keine „offensichtlich rechtswidrigen“ Inhalte aufweist. Da auch die übrigen Erfordernisse offenkundig erfüllt sind, kommt das Gutachten zum Schluss, dass die Initiative „Ja zum Bruderholzspital“ rechtsgültig ist.

Die formulierte Gesetzesinitiative „Ja zum Bruderholzspital“ wurde vom Landrat [an dessen Sitzung vom 2. Juni 2016](#) stillschweigend für rechtsgültig erklärt.

6. Zielsetzung und Forderungen der Gesetzesinitiative

Das Initiativkomitee „Ja zum Bruderholzspital“ verlangt, dass die Grundversorgung bzw. die erweiterte Grundversorgung an den Standorten Bruderholz, Laufen und Liestal gesichert ist. Konkret wollen die Initianten gemäss eigenen Aussagen erreichen², „*dass in allen Teilen unseres Kantons eine gute, rasch erreichbare und moderne medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt ist*“. Für den Standort Bruderholz bzw. das gesamte KSBL bedeutet dies

- ein Bettenspital mit einer Intensivpflegeabteilung.
- eine Notfallstation.
- ein gut erreichbares Spital im unteren Kantonsteil.
- qualifizierte Arbeitsplätze erhalten.
- weiterhin Ausbildungsplätze für zukünftige Hausärzte und für Personal der Pflege, der Physiotherapie, der Medizintechnik usw. anbieten.
- eine kooperative Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel.“³

Darüber hinaus haben die Einwohnerinnen und Einwohner des unteren Kantonsteils gemäss Initianten „Anspruch auf ein eigenes Spital der spezialisierten und erweiterten Grundversorgung, wie das in der ganzen Schweiz verwirklicht ist.“⁴

Die Initianten halten fest, dass „*das 45 Jahre alte Bruderholzspital nicht baufällig [ist]. In den vergangenen Jahren wurde es sogar mit vielen Millionen Franken renoviert. Das Haus verfügt auch über modernste Infrastruktur und – trotz schwierigen Phasen in den letzten Monaten – immer noch über qualitativ hochstehende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.*“

Die Initianten gehen weiter davon aus, dass beim Wegfall des Bruderholzspitals zwei von drei Baselbieter Patienten ausserhalb des Kantons Basel-Landschaft hospitalisiert werden müssten.

Im den folgenden Kapiteln 6 und 7 wird die Gesetzesinitiative aus Versorgungssicht und aus Eigentümersicht beleuchtet.

7. Würdigung der Gesetzesinitiative aus Versorgungssicht

7.1. Die Spitalversorgung im Kanton Basel-Landschaft

Die Versorgungsplanung des Kantons richtet sich nach §110 der Kantonsverfassung ([SGS 100](#)), wonach er „die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung“ zu schaffen hat. Sie steht aus diesem Grund bereits heute im Einklang mit der grundsätzlichen Forderung der Initianten nach einer guten, rasch erreichbaren und modernen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Um diese Vorgabe umsetzen zu können, muss der Kanton unter anderem Kenntnisse darüber haben, in welchem Versorgungsraum sich die Baselbieter Bevölkerung bewegt, welche Angebote ihr zur Verfügung stehen und welche sie nutzt.

Im Rahmen einer gemeinsamen Analyse haben die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft und das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die Versorgungssituation im akutsomatischen für ihre jeweilige Bevölkerung analysiert.⁵ Daraus resultierten folgende Feststellungen:

- Die **überregionale Patientenstromanalyse** zeigt, dass 95.4% aller Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, der solothurnischen Bezirke Dorneck und Thierstein sowie der aargauischen Bezirke Rheinfelden und Laufenburg wohnhaft sind, sich innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft nimmt sogar 97.6% der medizinischen Leistungen innerhalb

² <http://www.ja-zum-bruderholz.ch/>

³ <http://www.ja-zum-bruderholz.ch/content/unsere-ziele/>

⁴ In ihrer Stellungnahme auf die Pressekonferenz betreffend der geplanten Spitalgruppe beider Basel erwähnen die Initianten dazu explizit: „die einzige Forderung der Initiative ist der Erhalt der medizinischen und chirurgischen erweiterten Grundversorgung im unteren Kantonsteil“:

⁵ [Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft: Bericht zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht.](#)

dieses Jura-Nordbogens wahr. Lediglich in wenigen Notfällen und bei hochspezialisierten oder spitzenmedizinischen Leistungen lässt sich die Baselbieter Bevölkerung ausserhalb des Jura-Nordbogens behandeln.

- **Hohe Patientenmobilität** (vgl. Abbildung 1): Die Baselbieter Bevölkerung sucht **nur zu rund 53% ein Spital im eigenen Kanton** auf. Die weiteren 47% der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft besuchen ein Spital in anderen Kantonen, davon etwa 43% im Kanton Basel-Stadt.

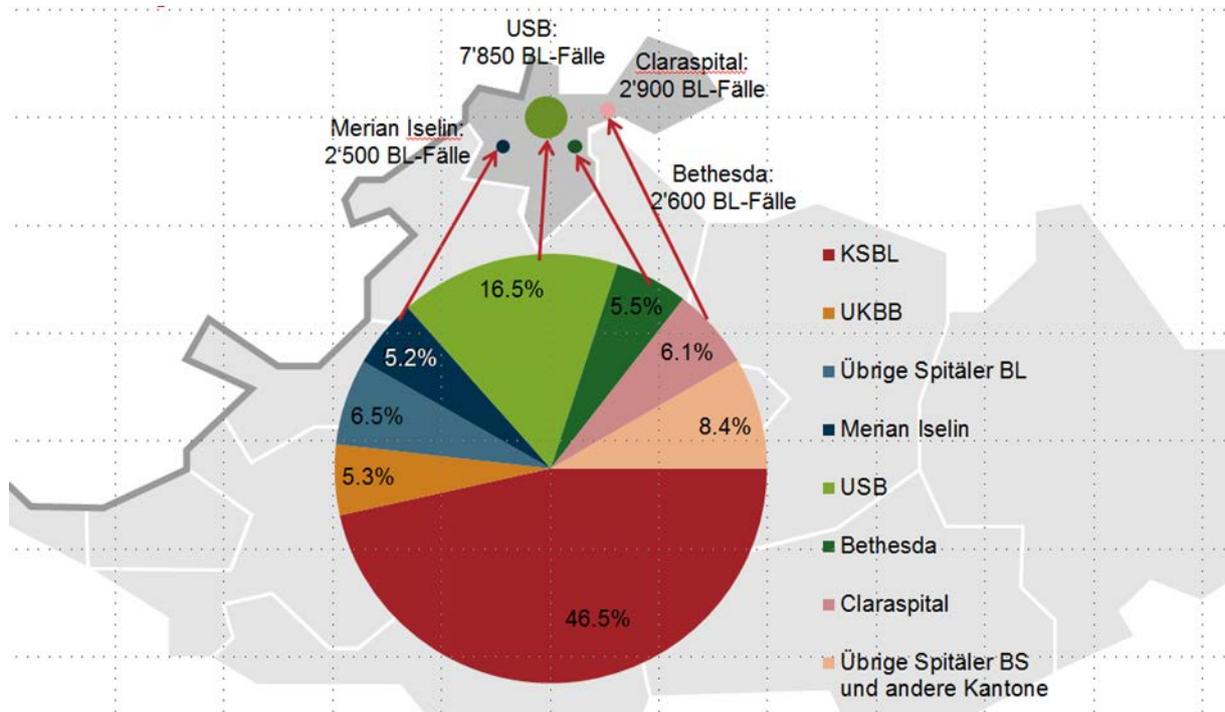


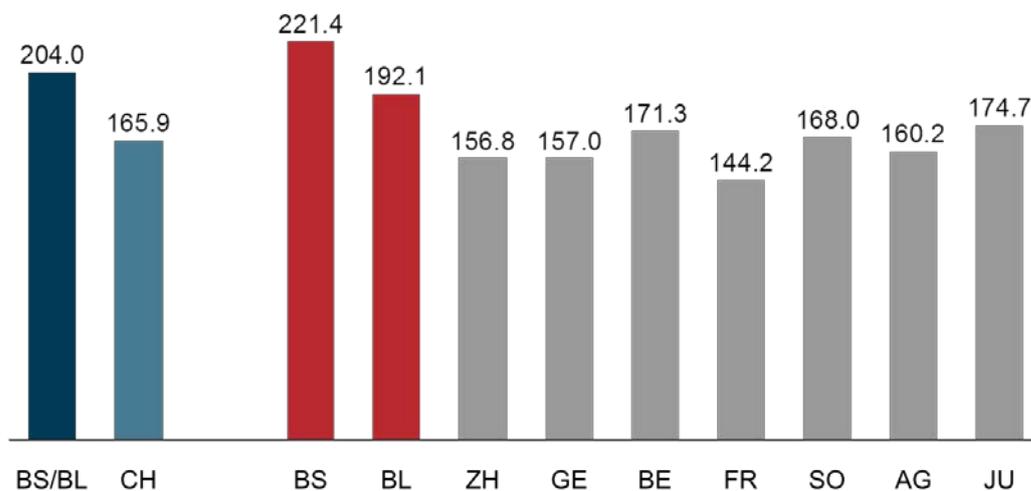
Abbildung 1: Patientenmobilität BL nach BS (2015)

- **Obsoleter Eigenversorgungsgrad:** Die obigen Zahlen untermauern die Antworten der Regierung (2014-233) auf eine Interpellation im Landrat, dass der Begriff „Eigenversorgungsgrad“⁶ mit der schweizweiten Patientenfreizügigkeit obsolet geworden ist. Zentral ist die Sicherstellung einer qualitativ guten und effizienten Versorgung der Baselbieter Bevölkerung mit Spitalleistungen.
- Die **Dichte** der ambulant praktizierenden Ärzte liegt mit knapp 250 Ärzten pro 100'000 Einwohner über dem Schweizer Durchschnitt von gut 200 Ärzten pro 100'000 Einwohner.
- Bei der **Hospitalisierungsrate** (akutsomatische, psychosomatische und rehabilitative Hospitalisierungen) liegt der BL-Wert bei 19'043 Hospitalisierungen pro 100'000 Einwohner und Jahr im Vergleich zum schweizerischen Mittelwert von 16'591 Austritten pro 100'000 Einwohner und Jahr. Das bedeutet den zweithöchsten Wert hinter dem Kanton Basel-Stadt.
- Dasselbe Bild ergibt sich, wenn nur die akutsomatischen **Spitalbehandlungen** verglichen werden. Hier liegt der Schweizer Durchschnitt bei 144,7 Spitalbehandlungen pro 1'000 Einwohner und Jahr. Der Wert für BL beträgt 168,2 und ist nach BS wiederum der zweithöchste (vgl. Abbildung 2).

⁶ Anteil der Bevölkerung, der in einem Spital des eigenen Kantons behandelt wird.

Total Stationäre Austritte

Behandlungen pro 1'000 Einwohner



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Bundesamt für Statistik / 2013

Abbildung 2 Spitalbehandlungen (stationäre Austritte)

- Ein Blick auf die **Bettenzahlen**, die im neuen Spitalfinanzierungssystem keine Steuerungsrolle mehr einnehmen, aber immer noch ein Indiz für die bestehenden Kapazitäten darstellen, liegt BL mit 261 Betten pro 1'000 Einwohner wohl unter dem Schweizer Durchschnitt. Im Vergleich zu Solothurn (200 Betten / 1'000 E) oder Aargau (228 Betten / 1'000 E) ist der Wert aber immer noch hoch. Kommt hinzu, dass die hohe Bettenzahl in Basel-Stadt von 677 Betten je 1'000 Einwohner eben auch zurückzuführen ist auf Baselbieter Patienten, die sich in Basel-Stadt behandeln lassen.
- Analysiert wurde auch die **Erreichbarkeit wichtiger medizinischer Dienstleistungen**. In der Notfallversorgung erreichen 93.8% der Baselbieter Bevölkerung innerhalb von 15 Minuten eine Notfallstation. Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit liegen gar 99.1 % der Baselbieter Wohnbevölkerung. Im Bericht wurden ausserdem die Bereiche Kindermedizin, Akutgeriatrie, Herz-/Kreislaufkrankungen, Interventionelle Kardiologie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und die psychiatrische Notfallversorgung auf die Erreichbarkeit untersucht. Auch diese Behandlungen können je nach Leistungen zu 82 bis 94% innerhalb von 15 min. angeboten werden. Im Durchschnitt der vier Nordwestschweizer Kantone liegen diese Werte deutlich tiefer (48 bis 93%).
- Zugleich hat das hervorragende medizinische Angebot in der Region für die Baselbieter Bevölkerung auch seinen **Preis**: Die Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Landschaft gehören im Jahr 2016 mit CHF 461.- /Monat zu den höchsten in der Schweiz (CH: 429.- /Monat)⁷. Auch die Gesundheitskosten im kantonalen Budget sind in den letzten Jahren gestiegen, von knapp CHF 329 Mio. im Jahr 2012 auf rund CHF 386 Mio. im Jahr 2015. Dadurch hat sich der Anteil der Spalkosten am Gesamthaushalt von 13,5% im 2012 auf 15,3% im 2015 erhöht.

Fazit aus diesen Analyseergebnissen ist, dass Quantität und Qualität des medizinischen Angebotes für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft im schweizweiten Vergleich hoch und hervorragend sind. Dieses vorhandene Angebot wird intensiv genutzt was sich auch auf der Finanzierungsseite, sei es bei den Krankenkassenprämien oder den steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben im Kantonshaushalt niederschlägt.

⁷ Standardprämie: Franchise 300 CHF, mit Unfall, Erwachsene ab 26 Jahren

Die Bruderholz-Initiative sieht vor, im Gesetz das Leistungsangebot an drei Standorten zu fixieren und nimmt dabei Bezug zu den Plänen einer Spitalgruppe zwischen dem KSBL und dem USB und der Absicht, dass die Angebote an den vier Standorten Basel, Bruderholz, Laufen und Liestal nach einer maximalen Übergangsfrist von zehn Jahren neu ausgerichtet werden sollen. In Ihren Ausführungen halten die Initianten fest, dass sie insbesondere erwarten, dass die rund 150'000 Einwohnerinnen und Einwohner des unteren Kantonsteils Anspruch auf ein eigenes Spital der spezialisierten und erweiterten Grundversorgung haben.

Neben der bisherigen Analyse, welche sich auf die gesamte Baselbieter Bevölkerung konzentriert hat, liegt der Fokus im Folgenden auf dem Bevölkerungsteil im unteren Baselbiet.

7.2. Versorgungsaspekte im unteren Baselbiet (Bezirk Arlesheim)

Die folgenden Betrachtungen legen den Fokus auf Patientinnen und Patienten aus dem Bezirk Arlesheim. Dieser repräsentiert den in der Initiative angesprochenen „unteren Kantonsteil“ und das hauptsächliche Einzugsgebiet des KSBL-Standorts Bruderholz. Per Ende Juni 2016 betrug die Bevölkerungszahl des Bezirks Arlesheim 154'574.

7.2.1. Allgemeine Situation

Im Jahr 2015 liessen sich von insgesamt 28'284 Patientinnen und Patienten⁸ aus dem Bezirk Arlesheim 7'195, also rund 25% am Standort Bruderholz stationär behandeln (vgl. Abbildung 3). Die grosse Mehrheit, nämlich 75% der Patienten aus dem Bezirk Arlesheim nutzten hingegen andere Einrichtungen. So wurden im Universitätsspital Basel ziemlich genau gleich viele Patienten versorgt wie am KSBL-Standort Bruderholz (25%, 7'063 Fälle). Knapp 10% der Fälle wurden am KSBL-Standort Liestal und im Claraspital behandelt. Das Bethesda-Spital, das Spital Dornach und die Merian Iselin Klinik decken jeweils rund 7%, die Birshof Klinik 5%.

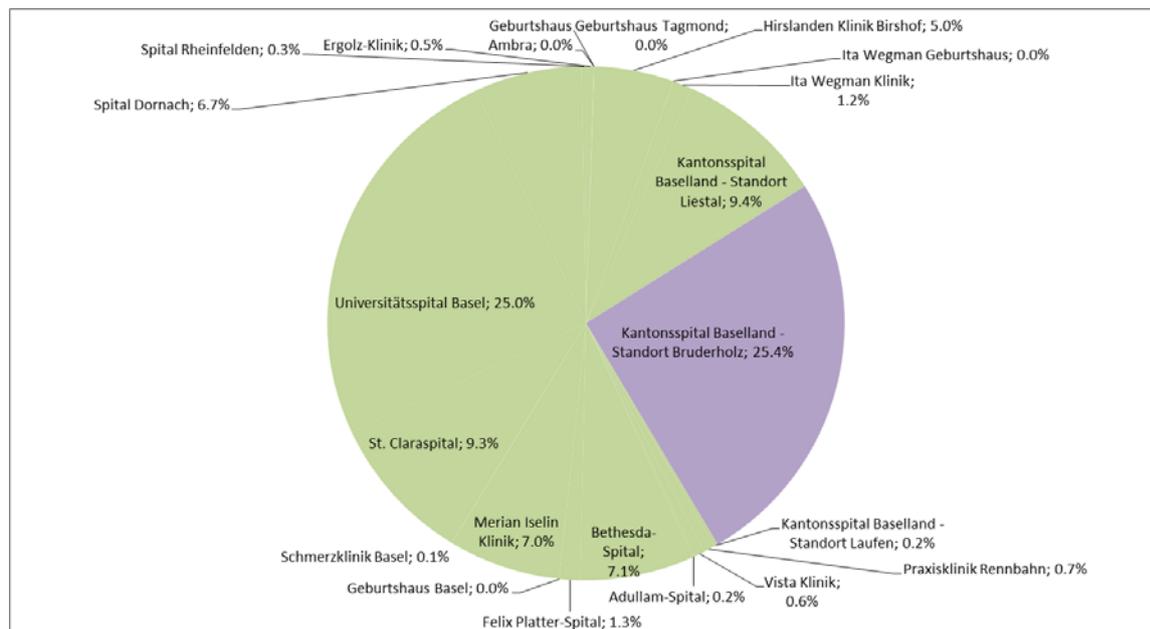


Abbildung 3 Patientenmobilität im unteren Baselbiet (Bezirk Arlesheim), 2015

Diese Zahlen zeigen, dass - noch ausgeprägter als im gesamten Kanton - die Bevölkerung im unteren Kantonsteil bereits heute überwiegend, nämlich zu fast drei Vierteln, nicht das Bruderholspital, sondern andere Einrichtungen in Basel-Landschaft, Basel-Stadt oder in anderen Kantonen benutzt. Die Befürchtung einer möglichen Unterversorgung im Falle eines Umbaus des Standortes Bruderholz zu einem Gesundheitscampus ist unbegründet. Gerade im unteren

⁸ Effektiv handelt es sich um Spitalaustritte. Die Zahl der Patienten liegt aufgrund von Mehrfachbehandlungen tiefer. Diese Feststellung gilt für alle in diesem Bericht aufgeführten Patientenzahlen. In der Zusammenstellung nicht berücksichtigt sind die 1491 Fälle des UKBB.

Baselbiet stehen in unmittelbarer Nähe genügend Spitäler zur Verfügung, welche für die Bevölkerung bereits heute eine qualitativ einwandfreie medizinische Versorgung bietet. Die Erreichbarkeit stationärer Einrichtungen bliebe, auch im Schweizer Vergleich, hervorragend⁹.

Die Initianten haben sich in ihren Stellungnahmen insbesondere deshalb kritisch zur geplanten Neuausrichtung am Standort Bruderholz geäußert, weil sie befürchten, dass damit im Bereich des Notfalls und der so genannten einfachen Fälle - also bei den älteren, multimorbiden (mehrfach erkrankten) Patienten - die Versorgung im unteren Baselbiets nicht mehr sichergestellt sei. Die folgenden Ausführungen beleuchten diese beiden Bereiche kurz.

7.2.2. *Situation Notfall*

Im Jahr 2015 wurden durch das KSBL, das USB und das Spital Dornach insgesamt 28'371 Personen aus dem Bezirk Arlesheim notfallmässig behandelt. Davon wurde gut die Hälfte (14'441 Patienten) am Standort Bruderholz behandelt (USB: 7'740, Spital Dornach: 4'715, KSBL-Standort Liestal: 1'363, KSBL-Standort Laufen: 112).

Von den am Standort Bruderholz behandelten Notfällen musste lediglich ein knappes Drittel (4'578 Fälle) effektiv als stationäre Notfälle behandelt werden. Die anderen zwei Drittel konnten nach einer entsprechenden ambulanten Behandlung gleichentags aus dem Spital entlassen werden.

Wie im September 2016 durch die beiden Gesundheitsdirektoren kommuniziert, sollen nach einer zehnjährigen Transformationszeit die stationären Notfälle nicht mehr am Standort Bruderholz behandelt werden. Hingegen werden alle ambulanten Notfälle durch den Aufbau wesentlicher Notfall-Versorgungselemente auch weiterhin am Standort Bruderholz zur Verfügung stehen (z.B. Hausärztliche Notfallpraxis, Permanence).

Somit werden von den insgesamt 28'371 Notfallpatienten aus dem Bezirk Arlesheim nach der genannten Übergangsphase von zehn Jahren noch ein knappes Sechstel (4'578 Fälle bzw. 16%) an einem anderen als dem bisherigen Standort zu behandeln sein. Für diese knapp 13 Fälle pro Tag könnten bereits heute die beiden Anlaufstellen am KSBL-Standort in Liestal und am USB in Basel die Kapazitäten kurzfristig ausbauen. Im Zielbild der neuen Spitalgruppe ist ohnehin ein entsprechender Ausbau der Kapazitäten in Basel und Liestal vorgesehen. Die Notfallversorgung wäre somit sogar ohne Einbezug der ebenfalls noch zur Verfügung stehenden Notfallstationen am Claraspital, am Spital Rheinfelden, am Spital Arlesheim (Innere Medizin) oder in der Birshofklinik (Orthopädie) gesichert.¹⁰ Alle diese Spitäler haben mit dem Kanton Basel-Landschaft einen Leistungsauftrag mit Notfallversorgung abgeschlossen und sind damit auch eine entsprechende Aufnahmepflicht eingegangen.

7.2.3. *Situation Grundversorgung*

Von den Initianten wurde ins Feld geführt, insbesondere im Bereich der weniger bis nicht rentablen so genannten Grundversorgung und erweiterten Grundversorgung drohe die Gefahr, dass bei der vorgesehenen Transformation des Bruderholzspitals im unteren Baselbiet diese Fälle zukünftig nicht mehr (genügend) abgedeckt werden können.

Die von den Initianten erwähnten Leistungen spiegeln sich im weitesten Sinn im so genannten Basispaket Innere Medizin und Chirurgie, das schweizweit zur Anwendung kommt. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht.¹¹

⁹ Siehe Kapitel C.2.2 des [Berichts vom 01.09.2016 zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht im Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft](#)

¹⁰ Siehe Kapitel C.4.2 des [Berichts vom 01.09.2016 zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht im Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft](#)

¹¹ Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie Quelle:

Die nachfolgende Abbildung 4 zeigt, dass die Versorgung der Baselbieter Bevölkerung auch in diesem Bereich über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Auch unter Berücksichtigung der Alterstruktur der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft liegen die Spitalbehandlungen pro 1'000 Einwohner und Jahr höher als im Schweizer Durchschnitt und in anderen Vergleichskantonen.

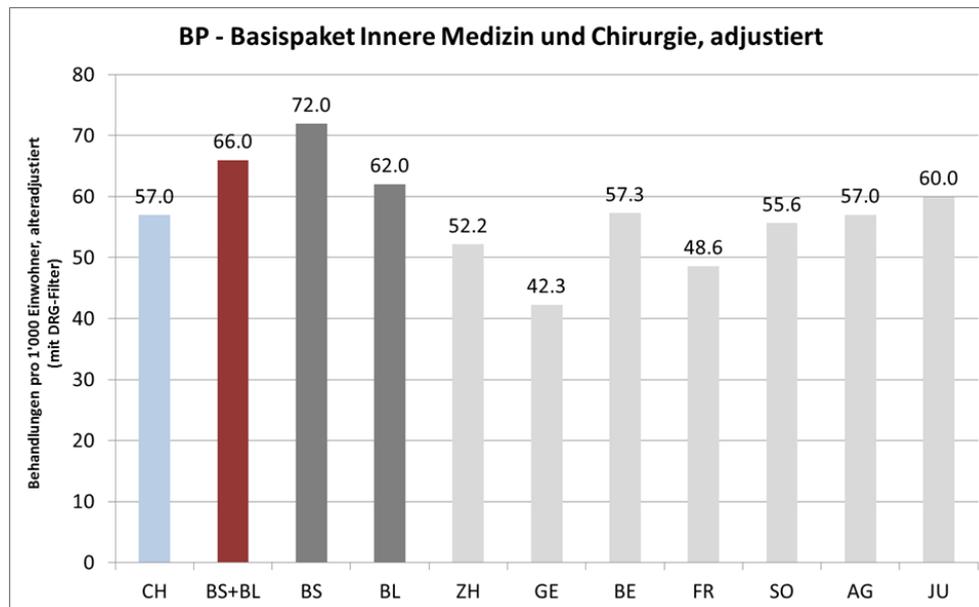


Abbildung 4: Vergleich Schweiz, Basispaket altersbereinigt, 2013

Konkret wurden im Jahr 2015 insgesamt 10'553 Patienten aus dem Bezirk Arlesheim im „Basispaket“ behandelt, davon 3'808 im Bruderholzspital, was einem Anteil von 36% entspricht. Die anderen 64% verteilten sich auf das USB (19%), den KSBL-Standort Liestal, das Claraspital und das Spital Dornach mit jeweils 10-11% sowie weitere Kliniken in den beiden Kantonen BL und BS. Auch hier zeigt sich, dass nach einer zehnjährigen Transformationsphase diese Behandlungen durch die bestehenden Angebote (USB, KSBL-Standort Liestal, Claraspital, Klinik Arlesheim, Dornach, Rheinfelden) in kurzer Distanz gut aufgefangen werden können. Alle diese Spitäler haben mit dem Kanton Basel-Landschaft einen Leistungsauftrag abgeschlossen und sind damit auch eine entsprechende Aufnahmepflicht eingegangen.

7.3. Überlegungen aus Planungs- und Regulationssicht

Die wichtigsten Grundzüge der heute geltenden rechtlichen Grundlagen in der Spitallandschaft gehen zurück auf die von den eidgenössischen Räten beschlossene Neuregelung der Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist und bis spätestens am 31. Dezember 2011 umzusetzen war. Die wichtigsten Änderungen waren:

- Leistungsbezogene Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur;
- Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten;
- Gleichstellung der auf den kantonalen Spitallisten geführten öffentlichen und privaten Spitäler;
- Schweizweit freie Spitalwahl für die Patienten und damit Öffnung der Kantons Grenzen;
- Separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Diese Anpassungen bedeuteten unter anderem, dass die Kantone keine Defizitdeckung mehr vornehmen konnten, um öffentliche Spitäler auszufinanzieren. Neu müssen so genannte gemeinwirtschaftliche Leistungen insbesondere für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen oder für die Forschung und universitäre Lehre in separaten

Leistungsaufträgen geregelt werden. Damit wollte der Gesetzgeber unter anderem auch gleich lange Spiesse zwischen den privaten und öffentlichen Spitälern sicherstellen.

Um die neuen Bundesvorgaben umsetzen zu können, wurden die ab 1. Januar 2012 gültigen Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge mit den Spitälern neu ausgestaltet und auf den entsprechenden kantonalen Spitallisten der Kantone BS und BL abgebildet.

Die Kantone sind gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unter anderem verpflichtet, für die eigene Bevölkerung eine **bedarfsgerechte Spitalversorgung** sicherzustellen. Auch sind die Kantone aufgefordert, ihre **Versorgungsplanung untereinander zu koordinieren**.

Weiter verlangt das KVG einen Nachweis, dass die im Spital zu erbringenden Leistungen **wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich** sind und diese periodisch zu überprüfen sind.

Des Weiteren hält das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) im Entscheid Kanton Zürich gegen die Clinica Holistica Engiadina SA Graubünden vom 29. September 2015 fest: *„Der vom Gesetzgeber **angestrebte Wettbewerb** soll einerseits zwischen den Listenspitalern (innerkantonal und interkantonal) und andererseits zwischen Listenspitalern und Vertragsspitalern spielen. Er ersetzt aber nicht die kantonale Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, wie sowohl aus Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG als auch aus Art. 58a Abs. 1 KVV hervorgeht. Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den Bedarf - aber nicht mehr als diesen - deckt. [...] Aufgrund der Materialien lässt sich die Ansicht, der Gesetzgeber habe die Funktion der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG auf die Verhinderung einer Unterversorgung beschränken wollen, nicht bestätigen. Die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten gehören weiterhin zu den Zielen der Spitalplanung. Eine **interkantonale Koordination der Planung ist für das Erreichen der verschiedenen Ziele (namentlich die Bedarfsdeckung, eine optimale Ressourcennutzung sowie die Eindämmung der Kosten) von erheblicher Bedeutung**. Die in Art. 39 Abs. 2 KVG verankerte und in Art. 58 d KVV konkretisierte Pflicht zur Koordination der Planungen gilt daher - entsprechend dem Wortlaut der Bestimmungen - generell und nicht nur zur Vermeidung einer Unterversorgung.“*

Die Bruderholz-Initiative hebelt die Grundsätze des KVG, und jene der neusten Bundesverwaltungsgerichtsentscheide, also den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, das Gebot der wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Leistungserbringung, sowie die Pflicht zur interkantonal abgestimmten Spitalplanung, quasi aus. Das KSBL wird ohne Versorgungsnot per Gesetz zur Produktion von stationären und neu auch ambulanten Spitalleistungen berechtigt bzw. verpflichtet, unbesehen der oben erwähnten Kriterien und unabhängig davon, ob diese Leistungen im genügendem Umfang von Seiten der Bevölkerung nachgefragt werden.

Wie zur Rechtsgültigkeit zur Gesetzesinitiative unter Ziffer 4 festgehalten ist, trägt das Unternehmen KSBL und damit der Kanton als dessen Eigentümer das unternehmerische Risiko für den Fall, dass das von der Initiative geforderte Angebot nicht wirtschaftlich bereitgestellt werden kann. Der Rechtsanspruch des Spitals führt zu einer schwierig zu regulierenden Situation, deren Kosten immer zu Lasten des Kantonshaushalts gehen werden.

7.4. Fazit aus Versorgungssicht

- Die Baselbieter Patientinnen und Patienten richten sich bereits heute nicht nach den Kantons Grenzen; sie nutzen intensiv und mit steigender Tendenz die Wahlfreiheit, die das KVG ihnen ermöglicht.
- Quantität und Qualität des medizinischen Angebotes für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft sind im schweizweiten Vergleich überdurchschnittlich hoch und mit Blick auf die Erreichbarkeit der Leistungen hervorragend.
- Bei einer Gesamtbevölkerung von rund 155'000 Einwohnerinnen und Einwohnern im unteren Baselbiet kam es im 2015 zu gut 28'000 stationären Behandlungen. Drei Viertel (75%) der Patienten nutzen dabei ein anderes Spital als jenes am KSBL-Standort Bruderholz. Die

Notfallversorgung sowie die erweiterte Grundversorgung für die Bevölkerung im unteren Kantonsteil sind aufgrund eines dichten Leistungsangebots im eigenen und in den angrenzenden Kantonen ausgezeichnet. Das bestehende Angebot deckt bereits heute den Anspruch der Bevölkerung im unteren Baselbiet auf eine spezialisierte und erweiterte Grundversorgung. Für die gut 7'000 Patienten, welche sich am KSBL-Standort Bruderholz stationär behandeln lassen, ist mit dem vorhandenen Angebot in der Region auch zukünftig die Versorgung sichergestellt.

- Bei Annahme der Bruderholz-Initiative käme es zu einer gesetzlichen Fixierung von zwei identischen Angeboten an den Standorten Bruderholz und Liestal ohne Not und erkennbaren Mehrnutzen für die Bevölkerung.
- Damit hebt die Initiative die Grundsätze des KVG und jene der neusten Bundesverwaltungsgerichtsentscheide aus. Dem Kanton als Planer und Regulator werden die Hände gebunden. Das Unternehmen KSBL entzieht sich dem Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern und wird ohne Versorgungsnot per Gesetz zur Produktion von stationären Spitalleistungen beauftragt und verpflichtet. Zudem umfasst die gesetzliche Verpflichtung neu auch den ambulanten Bereich.

8. Würdigung der Gesetzesinitiative aus Eigentümersicht

8.1. Ziele des Kantons als Eigentümer und Kapitalgeber

Die Baselbieter Stimmbevölkerung hiess am 11. März 2012 die Verselbständigung des Kantonsspitals Bruderholz, des Kantonsspitals Liestal und des Kantonsspitals Laufen sowie deren Zusammenfassung in einer öffentlich-rechtlichen Anstalt mit Namen "Kantonsspital Baselland" mit eigener Rechtspersönlichkeit und Sitz in Liestal gut. Mit der Verselbständigung wurde auch das [Spitalgesetz](#) revidiert.

Der Regierungsrat hat die Rahmenbedingungen für den Verwaltungsrat des KSBL gemäss Landratsvorlage (Kapitel 8: Eigentümerstrategie) turnusgemäss nach vier Jahren überarbeitet und mit der neuen [Eigentümerstrategie](#) vom 14. Dezember 2014 festgelegt. In dieser begründet er, weshalb er ein Spital in seinem Eigentum hält und welche strategischen und wirtschaftlichen Ziele er mit seiner Beteiligung verfolgt.

So soll das KSBL unter anderem

- einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der wohnortsnahen horizontal und vertikal integrierten medizinischen Grundversorgung der Baselbieter Bevölkerung leisten und zu diesem Zweck mehrere Standorte der stationären und ambulanten Versorgung betreiben.
- seine Konkurrenzfähigkeit sicherstellen und ausbauen. Es reagiert adäquat (risikobewusst und wirtschaftlich) und bedarfsgerecht auf den Wettbewerb.
- eine klar erkenn- und kommunizierbare Unternehmensstrategie formulieren und daraus eine nachvollziehbare Positionierung seiner jeweiligen Kliniken und Standorte ableiten.
- eine nachhaltige Wertentwicklung des Immobilienportfolios (Substanzerhalt) sicherstellen, in der Regel ein positives Jahresergebnis ausweisen, das zur Stärkung der Kreditfähigkeit des KSBL und zur Senkung des Risikos des Eigentümers beiträgt.
- die Finanzierung des Betriebs inkl. Ersatz- und Erneuerungsinvestitionen aus eigener Kraft erreichen.
- eine angemessene Reserve im Verhältnis zum Dotationskapital sowie eine angemessene Eigenkapitalquote aufweisen.

8.2. Veränderte Rahmenbedingungen seit dem 1. Januar 2012

8.2.1. Fallpauschalen und schweizweite Patientenfreizügigkeit

Seit dem 1. Januar 2012 hat sich die Schweizer Spitallandschaft markant verändert. Die wichtigsten Änderungen waren:

- Leistungsbezogene Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur: Es gilt schweizweit und für alle Spitäler dasselbe System für die Vergütung der stationär erbrachten Leistungen. Diese werden über so genannte diagnosebezogene Fallpauschalen (englisch „Diagnosis Related Groups“, DRG) abgegolten.
- Gleichstellung der auf den kantonalen Spitallisten geführten öffentlichen und privaten Spitäler: Im Unterschied zur Situation vor der neuen Spitalfinanzierung werden nun schweizweit öffentliche und private Spitäler über dasselbe System finanziert.
- Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten: Wurden vor der neuen Spitalfinanzierung die Kosten für bauliche Investitionen in das KSBL bzw. allgemein in öffentliche Spitäler über separate Investitionskredite abgegolten, werden diese neu ebenfalls über die DRG finanziert.
- Separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- Schweizweit freie Spitalwahl für die Patienten und damit Öffnung der Kantons Grenzen: Es gilt schweizweit die so genannte Patientenfreizügigkeit. Das bedeutet, dass die Patienten wählen können, in welchem Spital sie sich in der gesamten Schweiz behandeln lassen wollen. Einzige Einschränkung: Sind die Kosten der ausserkantonalen Behandlung höher als im Wohnkanton, muss die Patientin oder der Patient die Differenz selber berappen, ausser die Person verfügt über eine entsprechende Zusatzversicherung.

Seit dem 1. Januar 2014 gilt zudem zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt auch auf der Finanzierungsseite die volle Freizügigkeit. Das bedeutet, dass der jeweilige Kanton für allfällige Mehrkosten aufgrund einer ausserkantonalen Behandlung aufkommt.

Die hier erwähnten Veränderungen haben angebots- und nachfrageseitig zu einer substantiellen und vom Bundesgesetzgeber beabsichtigten Zunahme des Wettbewerbs geführt und mit dem neuen Finanzierungssystem eine allgemeine Zunahme des Kostendrucks bewirkt.

8.2.2. *Bauliche Ausstattung des KSBL im Rahmen der Verselbständigung*

Wie erwähnt, finanziert der Kanton seit der neuen Spitalfinanzierung im 2012 die notwendigen Investitionen in die Infrastruktur des KSBL nicht mehr über separate Investitionskredite bzw. stellt diese nicht mehr unentgeltlich zur Verfügung. Vielmehr muss das KSBL wie alle Spitäler Investitionen in seine Infrastruktur über die Tarife finanzieren. Die Bedeutung der Immobilien und der damit verbundenen Kosten wurden in der Landratsvorlage zur „Verselbständigung der Spitäler und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste als öffentlich-rechtliche Anstalten“ [2011-223](#) hervorgehoben: *„Immobilien sind im Spitalwesen eine strategisch entscheidende Position [...] Die Infrastruktur (Bauten und Anlagen) bestimmt die Kosten eines Spitals wesentlich. Dabei sind nicht nur die Raumkosten im engeren Sinne (Erstellung bzw. Abschreibung, Unterhalt etc.) zu berücksichtigen. Spitäler sind Dienstleistungsunternehmen mit stark individualisierten komplexen Abläufen. Ist die Raumorganisation nicht optimal - und das ist bei vielen Häusern aus den 70er Jahren der Fall - so ergeben sich hohe ‚versteckte‘ Kosten aus unrationellen Abläufen (Transporte, doppelte Infrastrukturen etc.). Ein Spital mit einer nicht optimalen räumlichen Struktur hat im Rahmen einer leistungsabhängigen Finanzierung gegenüber Spitälern mit moderneren Strukturen sowohl hinsichtlich der Kosten wie des Angebots Wettbewerbsnachteile. Die Startbedingungen der Spitäler beim Übergang zur leistungsabhängigen Finanzierung werden also durch die Investitionspolitik in der Vergangenheit wesentlich mitbestimmt.“*

Eine externe Analyse, die im Rahmen der Projektarbeiten im Jahr 2010 in Auftrag gegeben wurde, kam für das Kantonsspital am Standort Bruderholz zu folgendem Schluss:

- *„Seit den 80er Jahren wurden keine grossen Investitionen vorgenommen, wodurch der Restwert in Relation zum Gebäudeversicherungswert auf 6 % gesunken ist. Bei ausgeglichener Altersstruktur würde der Restwert bei rund 50% des Gebäudeversicherungswerts liegen.“*

- „Das Gebäude fällt mit der praktisch vollständigen Abwesenheit von Sanierungsmassnahmen zur Instandstellung des Gebäudekomplexes seit der Erstellung in den 70er Jahren auf (ausgenommen sind die jährlichen Unterhaltsinvestitionen). Das drückt sich im ungünstigen Verhältnis zwischen Sanierungskosten und Investitionskosten aus“ (vgl. Abbildung 5).

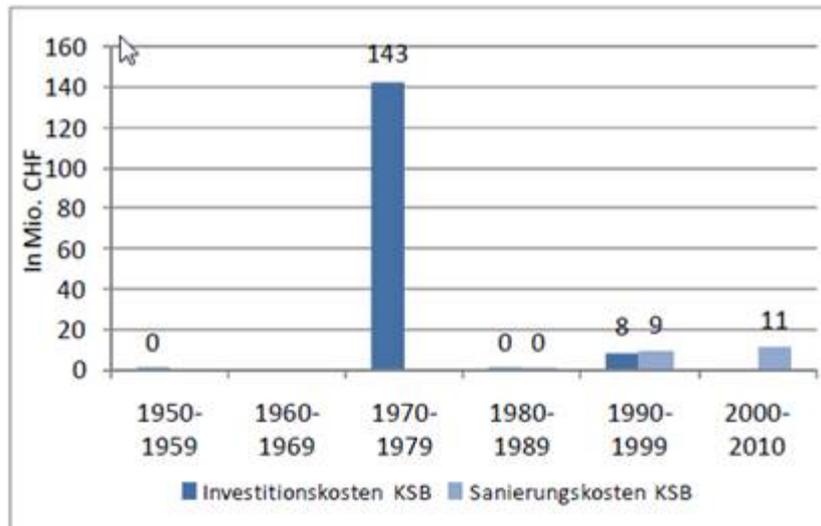


Abbildung 5: Investitionskosten und Sanierungskosten am Standort Bruderholz, Stand 2010; Quelle_ externe Studie (PwC)

Diese Feststellungen decken sich mit früheren Erkenntnissen, die auch in diversen Landratsvorlagen kommuniziert wurden. So wurde bereits in der LRV „Kantonsspital Bruderholz, Sanierung und Erweiterung, Projektierungskredit“ [2007-125](#) festgehalten, dass die Gebäude „einen grossen Instandsetzungs- und Erneuerungsbedarf aufweisen. „Die Lebensdauer von Fassaden und Teilen der Dächer ist gänzlich abgelaufen. Grosse Handlungsbedarf besteht auch in der Haustechnik. Diese ist in weiten Teilen veraltet. Die Kosten zur Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft steigen laufend. Die für die Weiterführung und Aufrechterhaltung des Betriebs dringendsten Massnahmen werden seit 2003 im Rahmen von sicherheitsrelevanten Sofortmassnahmen (LRV [2003-168](#) und [2006-325](#)) ausgewiesen. Die Eingriffe betreffen aber nur einen Teil der haustechnischen Installationen. Wichtige Sicherheitsanforderungen werden nicht mehr erfüllt. Ganz besonders trifft dies zu für die Erdbebensicherheit und den Brandschutz.“

In der Folge wurde der Projektierungskredit vom Landrat bewilligt. Im Dezember 2012 erfolgte aber gleichzeitig mit dem Verzicht auf den geplanten Neubau eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation auf dem Areal Bruderholz (Projekt „ZAR“) auch der Abbruch des Sanierungsprojekts [2012-381](#), so dass bei der Verselbständigung des KSBL der umfassende Sanierungsbedarf bestehen blieb.

Nach der Verselbständigung führte das KSBL am Standort Bruderholz die vordringlichsten Sanierungsarbeiten im Gesamtvolumen von CHF 10 Mio. durch. Die Hälfte davon wurde für dringliche Unterhaltsmassnahmen zur Gewährleistung der Betriebstauglichkeit und –sicherheit investiert, die andere Hälfte für Erneuerungsarbeiten (Einbau Dialysestation für rund CHF 1.5 Mio. und Bau Ambulatorium Orthopädie rund CHF 3.5 Mio.).

8.2.3. Finanzielle Ausstattung im Rahmen der Verselbständigung

Mit der Verselbständigung gingen die Gebäude in das Eigentum des KSBL über. Dieser „Verkauf“ der Spitalbauten vom Kanton an das KSBL erfolgte zum Bilanzwert in der Staatsbilanz per Ende 2011 gegen Gewährung von Darlehen im Umfang von rund CHF 153 Mio. Das Land blieb im Besitz des Kantons und wurde dem KSBL im Baurecht gegen eine Verzinsung zur Verfügung gestellt. Die Übertragung der restlichen Bilanzpositionen (Aktiven abzüglich Passiven) an das KSBL entsprach dem Grundkapital des KSBL, welches Kanton und KSBL als Dotationskapital von

rund CHF 109 Mio. bilanziert haben. Das Starteigenkapital des KSBL beinhaltetete darum weder Gebäude- noch Landwerte, sondern lediglich die Betriebseinrichtungen, die in Form einer Sacheinlage abgetreten wurden. Das Eigenkapital des KSBL betrug bei der Ausgliederung per 1.1.2012 knapp CHF 115 Mio., was einer Eigenkapitalquote von 36.6 % entsprach.

8.3. Aktuelle finanzielle Situation des KSBL

Seit seiner Verselbständigung liegt die grösste Herausforderung des KSBL darin, die betriebsnotwendige EBITDA-Marge¹² zu erreichen, um die Finanzierung der langfristig notwendigen Investitionen sicherzustellen. Eine Studie von PricewaterhouseCoopers PwC aus dem Jahr 2012 kommt zum Schluss, dass sich für die Schweiz auf Basis einer risikogerechten Verzinsung des Eigen- und Fremdkapitals (WACC) von jährlich 5.0 % bis 7.0 % und einer durchschnittlichen Anlagenutzungsdauer von 20 bis 30 Jahren ein überlebensnotwendiges EBITDA-Margenziel für Spitäler von jährlich rund 10.0 % oder höher ableiten lässt.¹³

Die entsprechenden Werte des KSBL liegen seit dessen Verselbständigung jeweils deutlich unter dieser Grundmarke (vgl. Tabelle 1). Neben einmaligen Sondereffekten ist diese zu tiefe EBITDA-Marge strukturell begründet durch die noch andauernde Optimierung und Abstimmung der einzelnen medizinischen Angebote seit der Fusion der drei Kantonsspitäler an den drei Standorten, dies verbunden mit teilweisen Doppelspurigkeiten von Angeboten und der dafür notwendigen Infrastruktur. Das grundsätzlich vorhandene Synergiepotential konnte in der Folge noch nicht im erforderlichen Masse ausgeschöpft werden. Allein im Rechnungsjahr 2015 hätte das KSBL ein um rund CHF 30 Mio. besseres Betriebsergebnis vor Abschreibungen ausweisen müssen. Das KSBL steht mit dieser Herausforderung allerdings nicht alleine da. Das zeigen die EBITDA-Margen anderer Spitäler (bei einer Stichprobe von PwC mit 28 Schweizer Spitalern, inkl. KSBL, liegt die Median EBITDA-Marge im Jahr 2014 bei 6.4%).¹⁴

In der Folge hat sich seit der Verselbständigung des KSBL auch dessen Eigenkapital kontinuierlich reduziert. Im Jahr 2015 hat das KSBL mit einer Eigenkapitalquote von knapp 29% eine vergleichsweise tiefe Eigenkapitalquote ausgewiesen für ein öffentliches Spital in der Schweiz. Die Eigenkapitalquoten sind sehr unterschiedlich, im Median von 28 öffentlichen Schweizer Spitalern liegt sie aber bei rund 50%.¹⁵ Das Eigenkapital in Franken betrug noch CHF 91 Mio., was deutlich unter den CHF 109 Mio. Dotationskapital liegt, welches der Kanton in seiner Bilanz ausweist. Für das KSBL bedeutet diese Entwicklung eine kontinuierliche Verschlechterung seiner Bonität und damit seiner Kredit- und Kapitalmarktfähigkeit. Für den Kanton als Eigentümer bedeutet dies, dass die Werthaltigkeit des Dotationskapitals und des Darlehens bei Weiterführung des Status Quo mittelfristig nicht mehr sichergestellt sind. Das Risiko für eine Nachschusspflicht bei weiter sinkender EK-Quote wächst.

Tabelle 1: Unternehmenseckwerte KSBL

Unternehmenseckwerte	R 2012	R 2013	R 2014	R 2015
EBITDA in TCHF	30'834	36'207	22'359	13'852
EBITDA – Marge in %	6.68	7.88	4.86	2.96
+ Gewinn (+) / Verlust (-) in TCHF	1'515	1'951	-28'563	-7'803
Bilanzsumme in TCHF	334'332	342'943	307'854	314'610
Eigenkapital in TCHF	124'253	126'328	98'877	91'037
Eigenkapitalquote in %	37.2	36.8	32.1	28.9

¹² Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen im Verhältnis zum erzielten Umsatz

¹³ https://www.pwc.ch/de/publications/2016/pwc_schweizer_spitaeler_d.pdf

¹⁴ Publikation PwC "Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014"

¹⁵ Publikation PwC "Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014"

Der Handlungsbedarf im KSBL ist auch von Seiten der Finanzkontrolle erkannt: In ihrer Berichterstattung zur Revision der Staatsrechnung 2015 des Kantons Basel-Landschaft hat sie festgehalten, dass aufgrund der jüngsten Tarifentwicklungen die Rückzahlung der Darlehen an den Kanton aus ihrer Sicht «ungleich schwieriger» und die Kreditfähigkeit negativ beeinflusst sei. Sie halte es deshalb für nicht erhärtet, dass das KSBL in der Lage sein werde, die notwendigen Abschreibungen tätigen und zugleich die mit dem Kanton vereinbarten Darlehensrückzahlungen (ab 2017 jeweils CHF 7.6 Mio. pro Jahr) leisten zu können. Auch von Seiten der Finanzkommission des Landrats wird die Kapitalisierung des KSBL im Industrievergleich als deutlich zu tief taxiert. Sie forderte in ihrem Bericht zur Staatsrechnung 2015 den Regierungsrat auf, die Kapitalisierung des KSBL einer besonderen Beobachtung zu unterziehen, da die Fähigkeit des KSBL, bei Banken Fremdmittel zu beschaffen durch die dünne Kapitaldecke beeinträchtigt werden könnte. Entscheidend ist aber die Kausalkette "zu tiefes operatives Ergebnis, daher Verluste, damit Eigenkapitalreduktion". Damit ist die Fremdmittelaufnahme aus dynamischer (Cashflow) als auch aus statischer (Eigenkapital schrumpft) Sicht stark eingeschränkt. Teilweise bonitätsunterstützend wirkt lediglich die Tatsache, dass das KSBL in öffentlicher Hand ist.

Aus Sicht der Betriebsrechnung¹⁶ sieht die Situation pro KSBL-Standort wie folgt aus: Am Standort Bruderholz lag der jährliche Fehlbetrag seit der Verselbständigung zwischen CHF 18 und 27 Mio. Pro behandelter Fall bedeutet dies ungedeckte Kosten zwischen 1'500 und CHF 3'000.¹⁷ Am Standort Laufen konnten die ungedeckten Betriebskosten von knapp CHF 10,5 Mio. im 2012 auf CHF 7 Mio. im Jahr 2015 zurückgefahren werden. Pro Fall liegen sie aber mit CHF 3'100.- immer noch am höchsten aller Standorte. Am Standort Liestal wurde im Jahr 2012 noch ein positiver Betriebsbeitrag von knapp CHF 1 Mio. zum Unternehmensergebnis erwirtschaftet. Mittlerweile liegt dieser bei ungedeckten Kosten von CHF 10.8 Mio. im 2015, was einem Fehlbetrag pro Fall von CHF 733.- entspricht.

8.4. Variante „Status Quo“ (Bruderholz-Initiative)

Die vorgenannten Erläuterungen zeigen auf, dass die Herausforderungen und der Handlungsbedarf für den Verwaltungsrat, für die Geschäftsleitung und die Mitarbeitenden des KSBL seit der Verselbständigung enorm sind.

Im Rahmen einer breit ausgelegten strategischen Standortbestimmung prüfte der Verwaltungsrat des KSBL bereits im Jahr 2015 diverse strategische Szenarien (vgl. hierzu Ziffer 8).

Basisvariante bildet der „Status Quo“, der als Aufrechterhaltung des bisherigen Leistungsangebots an allen drei Standorten definiert wird und der inhaltlich der Bruderholz-Initiative entspricht, mit dem Unterschied, dass bei der Bruderholz-Initiative das strategische Führungsorgan über keinen Handlungsspielraum mehr verfügt weil das Leistungsangebot gesetzlich fixiert wird. Wie eingangs dieser Vorlage erwähnt, wollen die Initianten, dass das KSBL die Grundversorgung in Laufen und die erweiterte Grundversorgung jeweils an den Standorten Bruderholz und Liestal im stationären und ambulanten Bereich sichert. Das beinhaltet nicht nur am Standort Liestal, sondern auch am Standort Bruderholz das Angebot einer erweiterten Grundversorgung mit einer Intensivpflegeabteilung und einer rund um die Uhr betriebenen Notfallstation.¹⁸

Um die Infrastruktur an allen drei Standorten auf den für die Aufrechterhaltung des Status Quo notwendigen Stand zu bringen, wäre für die nächsten zehn Jahre ein Investitionsvolumen von

¹⁶ Eine direkte Ableitung zum effektiven Ergebnis ist aufgrund diverser Abgrenzungen nicht möglich. Bei den Betriebsrechnungen werden unter anderem die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen GWL des Kantons nicht berücksichtigt. Die Anlagen werden nicht zum Anschaffungswert bilanziert, sondern zum aktuellen Wiederbeschaffungswert.

¹⁷ Die Betriebsrechnung gibt Auskunft darüber, welchen Beitrag der einzelne Standort zum gesamten Unternehmensergebnis liefert. Eine direkte Ableitung zum effektiven Unternehmensergebnis ist aufgrund von inhaltlichen und zeitlichen Abgrenzungen nicht möglich. So entsprechen die ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro stationärem Fall nicht den Berechnungen und Werten aus der Kostenträgerrechnung, da die ambulanten Erträge und Kosten in dieser Darstellung ebenfalls auf die stationären Fälle umgelegt werden.

¹⁸ <http://www.ja-zum-bruderholz.ch/content/unsere-ziele/>

knapp CHF 700 Mio. notwendig¹⁹. Werden diese Investitionen auf den Businessplan umgelegt, resultieren bei einem angenommenen Fallwachstum von durchschnittlich 2% (je stationär und ambulant) und – wie schweizweit zu beobachtenden - weiter sinkenden Tarifen bereits in den nächsten Jahren Unternehmensverluste in Millionenhöhe, die zu einer weiteren jährlichen Schmälerung des Eigenkapitals führen. Auch bei konservativen Schätzungen wäre bereits im Jahre 2023 das Eigenkapital von heute noch CHF 91 Mio. aufgebraucht. Bei Wandlung des Eigentümerdarlehens des Kantons in der Höhe von CHF 153 Mio. in Eigenkapital wäre letzteres in nur weiteren fünf Jahren ebenfalls aufgebraucht respektive im Jahre 2027 negativ. Die Kredit- und Kapitalmarktfähigkeit des KSBL gegenüber Dritten wäre allerdings bereits wesentlich früher nur noch eingeschränkt vorhanden, was wiederum verhindern würde, dass die notwendigen Investitionen in die veraltete Bausubstanz getätigt werden könnten.

Auch die Betriebsrechnung hat aufgezeigt, dass das KSBL mit seinem heute breit gefassten Leistungsangebot und den korrespondierenden prognostizierten Patientenfrequenzen an den drei Standorten nicht in der Lage sein wird, den Selbstfinanzierungsgrad und die EBITDA-Marge zu erreichen, welche für die Investitionen notwendig wären. Das Risiko für den Kanton in Form einer ungenügenden Werthaltigkeit der Darlehen an das KSBL und des Dotationskapitals käme zum Tragen. Das Darlehen müsste abgeschrieben werden, und mit einem negativen Eigenkapital im Jahr 2023 wäre das Dotationskapital am KSBL ebenfalls vernichtet. Dies würde sich eins zu eins mit negativen erfolgswirksamen Folgen in der Staatsrechnung des Kantons widerspiegeln.

Das Aufrechterhalten des KSBL als kantonale Beteiligung wäre in dieser Variante also nur noch über ein finanzielles Eingreifen des Kantons zu sichern. Der Verwaltungsrat hat berechnen lassen, wie hoch von Seiten des Kantons der jährliche Zuschuss ausfallen müsste, um das bestehende Leistungsangebot aufrecht erhalten und andererseits die notwendige EBITDA-Marge von 10% erreichen zu können. Der zusätzliche finanzielle Mittelbedarf liegt bei anfänglich rund CHF 20 Mio. pro Jahr und steigt im Zeitverlauf auf rund CHF 25 Mio. pro Jahr an.

Das Festhalten am Status Quo bzw. dessen gesetzliche Verankerung, wie es die Bruderholz-Initiative vorsieht, bringt neben den gravierenden finanziellen Folgen für den Kanton noch weitere Hürden mit sich:

Beschränkung der unternehmerischen Freiheit: Wie unter Ziffer 7.2 aufgezeigt, hat im heutigen Finanzierungssystem der Kostendruck zugenommen und er wird dies in den nächsten Jahren weiter tun. Daneben werden der zunehmende Wettbewerb unter den Spitälern in der Region, die demographischen Entwicklung in der Bevölkerung, die sich verändernden Ansprüche der Patienten, die medizinisch-technischen Neuerungen in einem immer stärker digitalisierten Umfeld und auch der sich abzeichnende Fachkräftemangel im Pflegebereich von den Spitälern verlangen, dass sie ihre Angebote innovativ auf die sich rasch ändernden Rahmenbedingungen anpassen. Mit der Initiative würden aber Strukturen zementiert. Das KSBL und damit letztlich der Kanton würden dazu gezwungen, nicht nur Leistungen aufrecht zu erhalten, sondern diese auch noch an vordefinierten Standorten zu erbringen. Diese Vorgaben schränken die unternehmerische Freiheit des KSBL in existenzbedrohender Weise ein, behindern es im Wettbewerb und fügen dem Unternehmen dadurch einen erheblichen Schaden zu, der letztlich auf den Kanton als Eigentümer zurückfallen würde.

Druck auf die Standorte: Wie aufgezeigt wurde, kann das KSBL in seiner heutigen Struktur und mit den heutigen Angeboten an den drei Standorten ohne einen jährlichen Zuschuss des Kantons in der Höhe von CHF 20 bis 25 Mio. nicht überleben. Es ist nicht auszuschliessen, dass eine Annahme der Initiative zwar kurzfristig die drei Standorte in der heutigen Form erhalten würde, aber bereits mittelfristig bei steigenden Zuschüssen des Kantons der politische Druck wüchse, den einen oder den anderen Standort aus Kostengründen ganz zu schliessen. Die Initiative hätte dann den Standorten Bruderholz und Laufen aber auch den Patienten und Steuerzahlern insgesamt einen Bärendienst erwiesen.

¹⁹ Investition Bruderholz: CHF 290 Mio.; Investition Liestal: CHF 150 Mio.; Investition Laufen: CHF 13 Mio.; Ersatzinvestitionen an allen Standorten insgesamt CHF 240 Mio.

Veraltete Bausubstanz: Das Initiativkomitee hält auf seiner Homepage unter anderem fest: *“Das 45 Jahre alte Bruderholzspital ist nicht baufällig. In den vergangenen Jahren wurde es sogar mit vielen Millionen Franken renoviert. Das Haus verfügt auch über modernste Infrastruktur“.*²⁰ Diese Aussage widerspricht sämtlichen gesicherten Erkenntnissen der vergangenen Jahre. Unter Ziffer 7.2 wurde der Sanierungsbedarf am KSBL-Standort Bruderholz aufgezeigt. Die Gebäudeinfrastruktur an allen drei Standorten weist einen grossen Instandsetzungs- und Erneuerungsbedarf auf, den grössten am Standort Bruderholz, und die Kosten zur Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft steigen laufend an.

Der Fokus ist nicht nur auf die reine Bausubstanz zu legen. Am Standort Bruderholz besteht generell ein beträchtlicher Optimierungsbedarf. Es geht auch um das Raumangebot an sich und die Anordnung der Räume, die in wesentlichen Bereichen an den Standorten nicht mehr den heutigen und künftigen Bedürfnissen entsprechen. Effiziente und zeitsparende Arbeitsabläufe können nicht verwirklicht werden, die Patientenzimmer entsprechen nicht mehr den gestiegenen Ansprüchen, insbesondere für zusatzversicherte Patienten, und die Attraktivität für Patienten, Besucher und Personal vermindert sich stetig. Am Standort Liestal wurde der gesamte Bettentrakt erneuert (nicht jedoch der Behandlungstrakt). Der Handlungsbedarf inklusive aufwändiger Massnahmen gegen die ungenügende Erdbbensicherheit des Bettenhauses am Standort Bruderholz wurde ausreichend dokumentiert. In Laufen kann ein rentabler Betrieb aufgrund der tiefen Fallzahlen kaum gewährleistet werden, weshalb die vorhandene Infrastruktur im Verhältnis zum Ertrag viel zu teuer ist.

8.5. Fazit aus Eigentümersicht

Die Bausubstanz des KSBL, insbesondere am Standort Bruderholz, ist dringend sanierungsbedürftig. Seit den 1980er Jahren wurden keine grossen Investitionen mehr vorgenommen. Der Restwert in Relation zum Gebäudeversicherungswert sollte bei rund 50 % liegen. Am Standort Bruderholz lag er bereits im Jahr 2010 nur noch bei ungenügenden 6 %. Die in den nächsten zehn Jahren zu investierende Summe für die Aufrechterhaltung der heutigen Infrastruktur ohne Ersatzinvestitionen beträgt alleine am Standort Bruderholz rund CHF 240 Mio. Für das gesamte Unternehmen KSBL liegt der Betrag bei rund CHF 700 Mio. Das KSBL kann die für diese Investitionen notwendigen Mittel in der heutigen Struktur nicht selber erwirtschaften.

Es braucht deshalb eine neue Strategie. Wird hingegen an der heutigen Strategie festgehalten oder diese sogar – wie in der Bruderholz-Initiative vorgesehen – im Gesetz fixiert, drohen dem Kanton drei substantielle finanzielle Negativfolgen: Erstens müsste der Kanton aufgrund der jährlichen Vernichtung des KSBL-Eigenkapitals sukzessive sein Dotationskapital wertberichtigen, was bis ins Jahr 2023 total CHF 109 Mio. ausmacht. Zweitens hätte dies ein Totalverlust der Kantonsdarlehen im Umfang von CHF 153 Mio. zur Folge. Drittens müsste der Kanton in den Folgejahren das KSBL zur Aufrechterhaltung des heutigen Angebots an allen drei Standorten mit rund CHF 20 – 25 Mio. pro Jahr zusätzlich subventionieren. Dies entspricht rund 2 - 2,5 zusätzlichen Steuerprozentpunkten bei der Staatssteuer für natürliche Personen.

Die Bruderholz-Initiative entspricht einer statischen Strategie, mit der die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen in einem dynamischen Wettbewerbsumfeld nicht gemeistert werden können. Weder die Eigentümerversammlung (Instrument Eigentümerstrategie) noch das strategische Führungsorgan (Instrument Unternehmensstrategie) können die ihnen jeweils zugedachte Rolle wahrnehmen.

9. Strategische Alternativen für die Zukunft

Die Konsequenzen der oben ausgeführten Variante „Status Quo“ bzw. deren gesetzliche Verankerung durch die Bruderholz-Initiative sind nicht im Interesse des Kantons und auch nicht im Sinne des Verwaltungsrats des KSBL. Nachstehend werden Alternativen aufgezeigt.

²⁰ <http://www.ja-zum-bruderholz.ch/content/was-uns-wichtig-ist/>

9.1. Variante „Spitalgruppe KSBL / USB“

Wie eingangs erwähnt, geht die Einreichung der Bruderholz-Initiative zurück auf eine Ankündigung des KSBL und des USB sowie der beiden Gesundheitsdirektoren Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Juni 2015, ein Zusammengehen der beiden Spitäler in einer Spitalgruppe zu prüfen. Die Prüfung beinhaltete auch den Bau einer „Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe“ am Standort Bruderholz sowie die mittel- bis langfristige Konzentration des stationären Angebots in Liestal und Basel.

Seit dieser Ankündigung wurden die Arbeiten im Projekt vorangetrieben. Im Rahmen der Projektarbeiten haben die Spitäler mit diversen Anspruchsgruppen Gespräche geführt und deren kritisch-konstruktive Inputs aufgenommen.

Mittlerweile liegen die Ergebnisse vor. Das [Zielbild der geplanten Spitalgruppe](#) wurde von den beiden Regierungen BL und BS verabschiedet und am 15. September 2016 der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Spitalgruppe soll in Form einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft mit den Standorten Basel, Bruderholz, Laufen und Liestal geführt werden. Dabei hat sich während der bisherigen Planungsphase insbesondere das Leistungsangebot am Standort Bruderholz substantiell verändert. Neben der Tagesklinik für interventionelle und operative Eingriffe (TOP) gehören zum vereinbarten Leistungsangebot:

- eine Permanence mit bedarfsgerechten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die vom frühen Morgen bis am späten Abend geöffnet sein wird. Diese wird als „Walk-in Clinic“ betrieben, welche die ambulanten Notfälle vor Ort behandeln kann. Falls ein Patient als stationärer Notfall aufgenommen werden muss, erfolgt die Verlegung an den Standort Liestal oder Basel.
- die Weiterführung der bereits heute angebotenen ambulanten und stationären Rehabilitation für den muskuloskelettalen und den geriatrischen Bereich sowie
- die Zusammenführung von sämtlichen stationären elektiven orthopädischen Eingriffen des KSBL und des USB sowie
- orthopädische, geriatrische Spezialsprechstunden

Die Permanence stellt keine Konkurrenzierung der ambulanten Ärzteschaft (Hausärzte, Spezialistinnen) dar, sondern soll im Gegenteil die Basis zu einer vertieften Zusammenarbeit mit diesen legen. Auch mit anderen Leistungserbringern (Physiotherapeutinnen, Spitex ...) soll am Standort Bruderholz die Zusammenarbeit intensiviert werden.

Mit dieser Variante und den aufeinander abgestimmten Angeboten an den vier Standorten kann ein jährliches Synergiepotential von über CHF 70 Mio. erwirtschaftet und die Zukunft aller drei Standorte im Kanton Basel-Landschaft auf unternehmerischem Weg gesichert werden.

Die Anpassungen der dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen (unter anderem Staatsvertrag zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie Anpassung des Spitalgesetzes) sind für 2017 / 2018 geplant.

Der Regierungsrat erachtet die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe des Kantonsspitals Baselland mit dem Universitätsspital Basel als beste Variante zur Lösung der anstehenden Herausforderungen im Spitalbereich. Die Vorgaben der Bruderholz-Initiative stehen im Widerspruch zu den Zielen mit der Spitalgruppe.

9.2. Variante „Optimierung im Alleingang“

Geprüft wurde ebenso ein optimierter Alleingang. Auch diese Variante ist mit dem Inhalt der Bruderholz-Initiative nicht in Übereinstimmung zu bringen. Vielmehr würde in dieser Variante das KSBL eine Fokussierung des Angebots anstreben und so die Basis legen, um am Markt bestehen zu können. Die Veränderung des Leistungsangebots würde weitestgehend jenem der Variante „Spitalgruppe“ entsprechen (u.a. Verzicht auf eine Notfallstation und Aufbau ambulantes

Gesundheitszentrum am Standort Bruderholz), nur eben im Alleingang und ohne die gemeinsam mit dem USB möglichen Synergien und Steuerung der Patientenpfade.

Die doch erheblichen Patientenverluste (bei der Variante „Spitalgruppe“ verbleiben diese mehrheitlich in der Gruppe) aufgrund der Verschiebung von Leistungsangeboten würden in der Folge bedeuten, dass Kosten im Umfang des Ertragsrückgangs mindestens reduziert werden müssten, um eine gleiche EBITDA-Marge zu erreichen. Von einer Verzögerung der Kostenreduktion ist auszugehen, was eine Verschlechterung des finanziellen Ergebnisses in der Übergangsphase zur Folge hätte, dies bis hin zu Verlusten in den ersten Jahren, was eine vorübergehende Senkung des Eigenkapitals zur Folge hätte. Auch hier würden mit grosser Wahrscheinlichkeit finanzielle Zuschüsse des Kantons erforderlich.

Die Umsetzung dieser Variante verfolgt das Ziel, dass Kostenreduktionen aufgrund der Angebots- und damit auch Personalreduktion (über natürliche Fluktuation), der angepassten Infrastruktur sowie durch Effizienzsteigerung (Konzentration der stationären Leistungserbringung an jeweils einem Standort) die EBITDA-Marge steigern, so dass in rund 10 Jahren eine Marge von 10% möglich wäre. Das Investitionsvolumen würde rund CHF 500 Mio. betragen.

Aus Eigentümersicht ist festzuhalten, dass das Synergiepotential im Vergleich zur Variante „Spitalgruppe“ deutlich tiefer zu erwarten ist. Das USB wäre nicht Partner, sondern ein Mitwettbewerber. Es besteht das Risiko, dass in dieser Variante im Rahmen der Transformationsphase anstatt eines Turnarounds des KSBL dieses weiter Patienten verlieren würde. Aus Sicht des Patienten fehlt in dieser Variante ein koordiniertes Vorgehen mit klaren regionalen Standortprofilen und es droht ein gegenseitiges Wettrüsten zwischen KSBL und USB trotz der auf beiden Seiten ungenügenden Ertragssituation. Der Regierungsrat schätzt in dieser Variante im Vergleich zu jenem der Spitalgruppe das Chancen/Risiken-Verhältnis als deutlich ungünstiger ein.

9.3. Variante „Verkauf“

Auch die Variante „Verkauf“ entspricht nicht dem Inhalt der Bruderholz-Initiative. In dieser Variante gibt der Kanton seine Eigentümerrolle sogar auf, wofür es eine Verfassungsänderung benötigt, da § 111 Absatz 2 der [Kantonsverfassung](#) festhält, dass der Kanton medizinische Anstalten führt. Auch muss bei einem Verkauf bzw. Teilverkauf des KSBL das [Spitalgesetz](#) angepasst werden. Der Entscheid des Stimmvolks würde in Analogie zum kommunizierten Plan einer Spitalgruppe im zweiten Halbjahr 2018 vorliegen.

Vorgängig zum Verkauf wäre zu klären, mit welchem Ziel der Verkauf anzustreben ist. Geht es beim Verkauf des KSBL um eine Erlösmaximierung, so dass der Verkauf an den Höchstbietenden erfolgt? Spielt die Trägerschaft (privat, öffentlich) und / oder die Rechtsform (z.B. AG, Stiftung) des kaufenden Unternehmens eine Rolle?

Ein Grossteil der Service public-Leistungen im Spitalbereich für die Kantonsbevölkerung (Notfall, Basisversorgung, regionale Versorgung) wird durch das KSBL abgedeckt. Entsprechend sind in der heutigen Eigentümerstrategie auch Versorgungsziele als Vorgaben an das KSBL definiert. Der Verkauf des KSBL erfordert deshalb eine Analyse aus Eigentümer- und Versorgungssicht.

Aus **Eigentümersicht** ist es das Ziel, den Wert des investierten Kapitals (Eigenkapital und Darlehen) zu sichern. Konkret muss das Eigenkapital mindestens Bestand haben und die Darlehen vereinbarungsgemäss verzinst und zurückbezahlt werden. Somit stellt sich die Frage, welchen Einfluss ein (Teil-)Verkauf auf diese Ziele hat.

Der Regierungsrat geht davon aus, dass jegliche potentielle Käuferschaft des KSBL mit dem Ziel, dem Kanton ein Spital abzukaufen, um es selbst zu führen, sich nach den selben wirtschaftlichen Kriterien richten muss wie alle Spitäler. Eine potentielle Käuferschaft wird sich Gedanken machen, inwiefern der Kauf des KSBL mittel- bis langfristig einen Beitrag zu seinen strategischen Zielen leistet. Diese Ziele können variieren (z.B. Markteintritt in den regionalen Spitalmarkt, Realisierung von Synergiepotentialen, Ausschalten eines Mitbewerbers) und einen entsprechenden Einfluss auf den Preis haben. Ebenso wird der Preis davon abhängen, in welcher wirtschaftlichen Situation sich

das KSBL befindet (Entwicklung von EBITDA-Marge und Eigenkapital in den letzten Jahren, Patientenentwicklungen, Zustand der Infrastruktur, anderweitige Verpflichtungen wie Darlehensrückzahlungen, Pensionskassenverpflichtungen u.ä.). Auch zusätzliche Vorgaben wie etwa jene, aus regionalpolitischen Gründen an mehreren Standorten medizinische Leistungen anbieten zu müssen (Standort Laufen), werden in die Kaufofferte jeweils eingepreist und schmälern entsprechend den Unternehmenswert.

Fazit: Ohne den Käufer und dessen Ziele und Interessen zu kennen, ist es schwierig zu prognostizieren, ob der Kanton Basel-Landschaft überhaupt das bisher eingesetzte Kapital sichern kann und wenn ja, in welchem Umfang. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass mit einem substantiellen Abschreiber zu rechnen ist. Messlatte für Verkaufsverhandlungen müsste aus Eigentümersicht jene Variante sein, von der erwartet wird, dass sie langfristig den höchsten Beitrag zur Sicherung des eingesetzten Kapitals liefert. Aus derzeitiger Sicht des Regierungsrats ist dies die Variante „Spitalgruppe KSBL/USB“.

Aus **Versorgungssicht** gilt, dass der gesamte Verkauf des KSBL dem Kanton es ermöglichen würde, den Rollenkonflikt zu minimieren, in dem er sich als Spitalplaner und -regulator, Finanzierer, Besteller von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie Eigentümer befindet. Letztere Rolle würde wegfallen.

Die Kritik an der Rollenakkumulation basiert auf der Annahme, dass der Kanton dem eigenen Spital längere Spiesse im Wettbewerb zusichert, um als Eigentümer davon zu profitieren. In einer kürzlich veröffentlichten Studie wurden drei Kanäle aufgezeigt, über die der Kanton dem eigenen Spital einen Wettbewerbsvorteil schaffen kann: Überhöhte Tarife, überhöhte bzw. nicht gerechtfertigte Gemeinwirtschaftliche Leistungen und staatliche Finanzierungskanäle (Darlehen), zu Konditionen unter Marktniveau.²¹ Ein Spital kann im Wissen um die Hilfe des staatlichen Eigentümers dazu tendieren, die Kosten höher zu halten oder mindestens höher auszuweisen, um mehr Gelder über die oben genannten Kanäle zu erhalten. Die zusätzlichen Kosten würden sich letztlich in höheren Steuern und Krankenkassenprämien niederschlagen.

- Zur Tarifgestaltung ist festzuhalten, dass der Kanton grundsätzlich die Tarife, welche zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern verhandelt wurden, lediglich prüft und bewilligt. Wenn sich die beiden Akteure nicht einig werden, legt der Kanton die jeweiligen Tarife fest. Nachdem mittlerweile die entsprechenden Daten vorhanden sind, richtet sich der Kanton Basel-Landschaft nach den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK. Diese sieht vor, dass die Tariffestsetzung aufgrund von Benchmarks erfolgen soll, also aufgrund eines Tarifvergleichs innerhalb eines Datenpools, der die Tarife aller vergleichbarer Spitäler in der Schweiz enthält. Im Anschluss an die Festsetzungsverfügung durch den Regierungsrat haben beide Seiten (Spitäler und Krankenkassen) die Möglichkeit, den Beschluss anzufechten und an eine nächste Instanz (Bundesverwaltungsgericht) weiterzuziehen.
- Die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen an das KSBL liegen bereits heute auf einem moderaten Niveau. Sie lagen unter den Anträgen des KSBL und sollen im Rahmen der Variante „Spitalgruppe KSBL/USB“ sogar weiter um ein Viertel gekürzt werden (Einsparung rund CHF 6 Mio. pro Jahr).
- Aus heutiger Sicht kann festgehalten werden, dass der Kanton Basel-Landschaft im Vergleich zu anderen Kantonen bei der Verselbständigung seiner Spitäler nicht mit der „goldenen Kelle“ angerichtet hat. Wie unter Ziffer 7.2.3 dargelegt, wurden die Spitalimmobilien dem KSBL nicht geschenkt bzw. als Eigenkapital mitgegeben, sondern gegen Gewährung von verzinslichen und zinslosen Darlehen im Umfang von rund CHF 153 Mio. verkauft. Das Land blieb im Besitz des Kantons und wurde dem KSBL im Baurecht gegen eine Verzinsung zur Verfügung gestellt. Das Starteigenkapital des KSBL beinhaltetete

²¹ Prof. Dr. Stefan Felder: "Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken - Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz; Schlussbericht", Basel, 26. August 2016

darum weder Gebäude- noch Landwerte, sondern lediglich die Betriebseinrichtungen, die in Form einer Sacheinlage abgetreten wurden.

Verfügte der Kanton über kein eigenes Spital mehr, bestünde die Möglichkeit, Spitalleistungen, die nicht oder in zu geringem Umfang angeboten werden, über eine Ausschreibung zu vergeben (diese Möglichkeit böte sich dem Kanton auch dann, wenn er Eigentümer eines Spitals wäre). Der Zuschlag ginge dann an jenes Spital oder jene Spitäler, welche die Eignungs- und Zuschlagskriterien (z.B. Preis, Qualitätsvorgaben) am besten erfüllten.²² Dieses Verfahren ist in anderen Bereichen, in denen der Staat die Versorgungssicherheit sicherzustellen hat durchaus üblich (Transportwesen, Entsorgung). Gewisse medizinische Leistungen liessen sich einfacher ausschreiben als andere. Einige Leistungen wiederum (zum Beispiel die Aufrechterhaltung eines Standorts mit kleinen Fallzahlen aus regionalpolitischen Gründen) müssten aufgrund der zu tätigen Investitionen wohl für eine längere Laufzeit ausgeschrieben werden als andere.

Als Risiko kann die mit der Zeit entstehende Abhängigkeit von einzelnen externen Leistungserbringern betrachtet werden. Diese können sich im Laufe der Zeit spezifisches Wissen und Kompetenzen aneignen und diese im Rahmen der periodisch wiederkehrenden Ausschreibungen ausspielen. Das kann dazu führen, dass der Markt bzw. Wettbewerb mit der Zeit nur noch bedingt spielt. Auch sind periodische Ausschreibungen insbesondere beim Wechsel des Leistungserbringers (was ja im Falle eines spielenden Wettbewerb zu erwarten wäre) mit Transaktionskosten verbunden, die nicht zu unterschätzen sind. Auch müssen insbesondere private, gewinnorientierte Unternehmen einen höheren Gewinn erzielen, da sie im Unterschied zu den öffentlichen / gemeinnützigen Unternehmen auch das eingesetzte Eigenkapital über eine entsprechende Gewinnabschöpfung verzinsen müssen.

Als Fazit gelangt der Regierungsrat zur Ansicht, dass es bei der oben erwähnten Frage nach Chancen und Risiken ein Stück weit um eine Glaubensfrage geht. Das Halten eines eigenen Spitals wird auch im Kanton Basel-Landschaft damit begründet, dass der Eigentümer über die Eigentümerstrategie einen mittelbaren Einfluss auf Versorgungsziele nehmen kann. So wurden dem KSBL in der Eigentümerstrategie Ziele formuliert, die sonst kein Spital als Vorgabe erhalten hat. So steht unter anderem, dass das KSBL einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der wohnortsnahen horizontal und vertikal integrierten medizinischen Grundversorgung der Baselbieter Bevölkerung leistet und zu diesem Zweck mehrere Standorte der stationären und ambulanten Versorgung betreibt. Weiter ist festgehalten, dass mit Fokus auf ambulant vor stationär und mit Fokus auf die Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns der Patientinnen und Patienten das KSBL eng mit den vorgelagerten und nachgelagerten Leistungserbringern zusammenarbeiten soll.

10. Fazit

- 1) Die Notwendigkeit, Standorte und/oder Leistungen in einem Gesetz zu verankern und damit Starrheit in ein dynamisches System zu bringen ist nicht nachvollziehbar und unnötig.
- 2) Die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft erfährt heute eine überdurchschnittliche medizinische Versorgung. Tendenziell dürfte eher eine Überversorgung denn eine Unterversorgung vorliegen.
- 3) Diese Versorgung findet innerhalb eines Gesundheitsraums statt, der das Gebiet der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, der solothurnischen Bezirke Dorneck und Thierstein sowie der aargauischen Bezirke Rheinfelden und Laufenburg umfasst.
- 4) Der KSBL-Standort Bruderholz behandelt heute mit rund 7'000 stationären Spitalaustritten rund einen Viertel aller Patientinnen und Patienten aus dem unteren Baselbiet. Der Anspruch auf ein eigenes Spital für die 150'000 Einwohnerinnen und Einwohner des unteren Kantonsteils lässt sich daraus nicht ableiten.

²² Es wäre auch denkbar, die Leistungsaufträge an unterschiedliche Spitäler zu vergeben.

- 5) Mit der Initiative wird keine zusätzliche Versorgungssicherheit oder zusätzliche Versorgungsqualität geschaffen. Die Bruderholz-Initiative zementiert Angebotsstrukturen auf dem Gesetzesweg und schränkt den innovativen Wettbewerb zwischen den Spitälern ein und damit letztlich auch die Möglichkeit für Verbesserungen der Behandlungsqualität, die der gesamten Bevölkerung zugutekommen sollen.
- 6) Die Gesundheitsversorgung im oberen wie im unteren Baselbiet wird auch in Zukunft und unabhängig von zukünftigen Patientenverschiebungen zwischen den diversen Spitälern im eigenen und in den anliegenden Kantonen überdurchschnittlich sein. Das wird durch die grosse Dichte an Leistungserbringern in der Region sichergestellt.
- 7) Die Bruderholz-Initiative verunmöglicht es auch dem KSBL selber, sich unternehmerisch weiterzuentwickeln. Die Eigentümerversammlung und das strategische Führungsorgan des KSBL können die ihnen jeweils zugedachte Rolle nicht wahrnehmen.
- 8) Durch eine gesetzliche Verankerung der heutigen Angebote an den drei Standorten zeichnet sich ab, dass das KSBL in eine Phase von Defiziten steuert. Der Kanton wird dadurch sein in das KSBL eingesetztes Eigen- und Fremdkapital kontinuierlich abschreiben müssen, was sich auch auf die Erfolgsrechnung des Kantons durchschlagen wird. Bereits vorgängig droht die Kapital- und Kreditmarktfähigkeit des KSBL zu leiden, so dass bereits mittelfristig eine Nachschusspflicht nicht ausgeschlossen werden kann.
- 9) Bei einer Annahme der Bruderholz-Initiative benötigt das KSBL einen jährlichen Zuschuss in der Grössenordnung von CHF 20 bis CHF 25 Mio.
- 10) Eine Annahme der Initiative garantiert nicht das Überleben des Unternehmens KSBL mit den gesetzlich fixierten Leistungsangeboten und drei Standorten in einem dynamischen Wettbewerbsumfeld.
- 11) Die Ziele der Bruderholz-Initiative stehen im Widerspruch zu allen aufgezeigten strategischen Alternativen. Der Regierungsrat erachtet das im September 2016 vorgestellte Vorhaben zur Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe des KSBL mit dem USB als beste Variante zur Lösung der anstehenden Herausforderungen im Spitalbereich.
- 12) Der Regierungsrat kommt somit aus Versorgungssicht und aus Eigentümersicht zum Schluss, dass die Bruderholz-Initiative abzulehnen ist.

11. Weiteres Vorgehen

Aufgrund der rechtlichen Fristen ist der Regierungsrat gehalten, dem Landrat fristgemäss seine Position zur Bruderholz-Initiative vorzulegen. Mit den Vertreterinnen und Vertretern des Initiativkomitees und der Ärztesgesellschaft Baselland wurden seit dem Zustandekommen der Initiative im Januar 2015 jeweils regelmässige Gespräche geführt. Diese waren jeweils sehr konstruktiv, die Anliegen der Initianten wurden verstanden. Trotz der unterschiedlichen Positionen wurde weiter gemeinsam und mit Unterstützung der Ärztesgesellschaft Baselland nach Lösungen gesucht. Dieser Weg soll auch weiter beschritten werden. Aus Sicht des Regierungsrats soll es das Ziel bleiben, dass mit den Initianten eine Einigung erzielt und die Initiative zurückgezogen werden kann.

12. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat zu beschliessen:

1. Die formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital» wird abgelehnt.
2. Im Rahmen der Volksabstimmung wird den Stimmberechtigten empfohlen, die formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital» abzulehnen.

Liestal, 08. November 2016

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:
Thomas Weber

Der Landschreiber:
Peter Vetter

Anhang

- Entwurf Landratsbeschluss

Landratsbeschluss

über die formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital»

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

1. Die formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital» wird abgelehnt.
2. Im Rahmen der Volksabstimmung wird den Stimmberechtigten empfohlen, die formulierte Gesetzesinitiative «Ja zum Bruderholzspital» abzulehnen.

Liestal, Datum wird von der LKA eingesetzt!

Im Namen des Landrates

Der Präsident:

Der Landschreiber: