VETTERLI ROTH & PARTNERS

Externe Einschätzung zur Nichtformulierten Initiative «s'Baselbiet haltet Wort!»

28. August 2026

Verfasst durch:

- Stefan Märke – Manager, Vetterli Roth & Partners
- Laura Mangold – Associate, Vetterli Roth & Partners

Expertenteam für die baulichen Aspekte:

- Christoph Kaech – Inhaber/ CEO fsp Architekten AG
- Anika Münz – Architektin fsp Architekten AG
- Alexandra Gerstberger – Architektin fsp Architekten AG

VETTERLI ROTH & PARTNERS

Unternehmensprofil Vetterli Roth & Partners

Vetterli Roth & Partners (VR&P) mit Sitz in Zug ist eine auf das Gesundheitswesen spezialisierte Beratungsfirma. Sie berät Kliniken, Spitäler und Forschungsinstitutionen im DACH-Raum, mit Fokus auf die Kernprozesse der medizinischen Leistungserbringung und das verbindende Integrale Kapazitätsmanagement (IKM). Mit Erfahrung aus über 300 Transformationsprojekten und funktionalen Bauplanungen entlang der Kernprozesse und über 30 IKM-Implementierungen verfügt das Team über eine ausgewiesene Expertise sowohl hinsichtlich organisational-prozessualer Abläufe wie auch für eine datenbasierte Kapazitätsplanung- und steuerung, sowie für das Wechselspiel zwischen den beiden Perspektiven. Im Rahmen dieser Studie verantwortet VR&P die betriebswirtschaftliche und prozessuale Analyse des Versorgungs- und Kapazitätskonzepts, sowie die Integration der baulichen Perspektive in das Gesamtbild.

Unternehmensprofil fsp Architekten AG

fsp Architekten mit Sitz in Spreitenbach ist ein seit über 45 Jahren tätiges Schweizer Architekturbüro und Teil des Netzwerks MIC.MIND.SET. Das Unternehmen beschäftigt rund 75 Mitarbeitende und ist führend in der durchgängig digitalen Projektkette (BIM). Ein Tätigkeitsschwerpunkt liegt seit vielen Jahren auf anspruchsvollen Spital- und Gesundheitsbauten; der enge Austausch mit spezialisierten Partnern dient dabei der frühzeitigen Abstimmung von Abläufen, Konstruktion und Qualität. Für das vorliegende Projekt verantwortet fsp die architektonische und baulich-funktionale Beurteilung des Standorts sowie die Einschätzung der baulichen Instandstellung.

VETTERLI ROTH & PARTNERS

Inhaltsverzeichnis

1) Ausgangslage 4

2) Bauliche Perspektive: Aufwandsanalyse und Kostenschätzung für eine Wiederinbetriebnahme der Spitalinfrastruktur 4

2.1) Bestandsanalyse 4

2.2) Notwendige bauliche Massnahmen 5

2.3) Baukosten Wiederaufnahme Spitalbetrieb 5

2.4) Fazit und Handlungsempfehlung aus baulicher Perspektive 5

2.5) Limitationen dieser Analyse 6

3) Operativer Betrieb: Aufwandsanalyse und Kostenschätzung 6

3.1) Angebotsumfang und Szenarien 6

3.2) Methodik, Annahmen und Basiswerte 8

3.3) Ergebnisse der Kostenschätzung 10

4) Einordnung und weiterführende Überlegungen aus betrieblicher Perspektive 12

4.1) Einordnung der unterschiedlichen Szenarien 12

4.2) Effizienz und Eignung des Gebäudes 12

5) Zusammenfassung 13

1) Ausgangslage

Die stationären Angebote des KSBL am Standort Laufen wurden im Jahr 2020 eingestellt. Die ambulanten Angebote wurden weitergeführt und in ein ebenfalls durch das KSBL betriebenes Gesundheitszentrum (GZL) in Bahnhofsnähe überführt. Die Initiative *«s'Baselbiet haltet Wort!»* verlangt die Wiederaufnahme des im Initiativtext definierten stationären und ambulanten Leistungsangebots am ehemaligen Spitalstandort. Aktuell werden die ehemaligen Spitalgebäude als kantonales Erstaufnahmezentrum für Asyl- und Schutzsuchende genutzt.

Diese Studie schätzt die finanzielle Tragweite des Vorhabens einer Reaktivierung des Standorts und des stationären Angebots gemäss Initiativtext.

Folgende Faktoren werden dabei berücksichtigt:

- Notwendige bauliche Massnahmen für die Wiederinbetriebnahme des Gebäudes
- Betriebliche Kosten und Erträge entlang unterschiedlicher Szenarien hinsichtlich des Patientenvolumens im stationären Bereich

Verschiedene Faktoren werden dabei bewusst nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.2):

- Bauliche Massnahmen und Unterhaltskosten von Nebengebäuden, die nicht direkt für den von der Initiative skizzierten Umfang des Spitalbetriebs benötigt werden (z.B. Spitalkapelle, GOPS etc.)
- Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung, der medizinisch-technologischen Entwicklung und des Ambulantisierungsgrades des Angebots wird vom Status quo ausgegangen.
- Kosten durch eine allfällig vorzeitige Auflösung des Mietvertrags des Gesundheitszentrums Laufen im Birscenter

2) Bauliche Perspektive: Aufwandsanalyse und Kostenschätzung für eine Wiederinbetriebnahme der Spitalinfrastruktur

2.1) Bestandsanalyse

Der bauliche Zustand des Gebäudes ist insgesamt als unterschiedlich zu beurteilen. Die nach der Aufgabe des Spitalbetriebs geräumten und stillgelegten Bereiche weisen vorwiegend alters- und leerstandsbedingte Beeinträchtigungen auf. Demgegenüber zeigen die weiterhin genutzten Bereiche stärkere nutzungsbedingte Abnutzungs- und Gebrauchsspuren.

Auf Grundlage der am 21. Juli 2026 durchgeführten Begehung kann der allgemeine bauliche Zustand des Gebäudes – trotz der Überschreitung des End-of-Life-Alters der meisten Bauteile – als gut eingeschätzt werden. Auch die haustechnischen Anlagen, die grösstenteils erhalten geblieben sind, vermitteln – ohne vertiefte Beurteilung durch die Fachplanung – einen gepflegten und insgesamt guten Eindruck.

Im Rahmen der Begehung wurden jedoch wesentliche Defizite hinsichtlich der Personensicherheit festgestellt. Diese betreffen insbesondere die Erdbebensicherheit, den Brandschutz sowie Abweichungen von den heute geltenden Normen, beispielsweise bei den Absturzsicherungen. Die erforderlichen baulichen Massnahmen beschränken sich deshalb nicht auf oberflächliche Sanierungen, sondern umfassen punktuell auch tiefgreifende Eingriffe in die bestehende Bausubstanz.

2.2) Notwendige bauliche Massnahmen

Mit der vorgesehenen Nutzungsänderung und den Baumassnahmen entfällt der Bestandsschutz. Dadurch sind Ertüchtigungen an die heute geltenden Anforderungen bezüglich Erdbebensicherheit, Brandschutz sowie weiterer baurechtlicher und normativer Vorgaben erforderlich.

Die Kostenschätzung basiert auf der Annahme, die erforderlichen Ertüchtigungsmassnahmen zur Behebung der festgestellten sicherheitsrelevanten Defizite umzusetzen und wo möglich nur Pinselsanierungen durchzuführen. Darüber hinaus werden – aus heutiger Sicht – keine umfassenden baulichen Eingriffe oder strukturellen Anpassungen am Bestand oder der Technik angenommen. Grundlage der Kostenschätzung ist die Annahme, dass die bestehende Raumstruktur gemäss Planstand des ehem. Spitals weitgehend nutzungsgleich weiterverwendet wird. Lediglich der Bereich der ehemaligen OP-Plattform und AEMP wird einer neuen niedriginstallierten Nutzung zugeführt. Weitergehende Umnutzungen oder Anpassungen der Raumstruktur würden zu entsprechenden Mehrkosten führen.

2.3) Baukosten Wiederaufnahme Spitalbetrieb

Bei den Kosten handelt es sich um ein Best-Case-Szenario, beruhend auf den Annahmen einer Begehung und den vorhandenen Plangrundlagen.

Die Baukosten exkludieren Kosten für die Instandsetzung der denkmalgeschützten Kapelle, den Pavillon, die Räumlichkeiten des Rettungsdienstes, den GOPS, das Mobiliar und die ambulante medizinische Ausstattung (Annahme, dass diese aus bestehendem Betrieb des ambulanten Zentrums übernommen werden kann).

Bei der Wiederinbetriebnahme vom Spitalgebäude inkl. Personalhaus ist mit Bereitstellungskosten von ca. 34.5 Mio. CHF zu rechnen. In diesen ist ein Budget von 2.6 Mio. CHF berücksichtigt für medizinische Ausstattung insbesondere für den stationären Teil des skizzierten Angebots (insb. Einrichtung der Bettenstationen, z.B. Betten, Stationsapotheken, Pflegestützpunkt) und ca. 6.2 Mio. CHF Risiko der Kostengenauigkeit inkl. Reserve Bauherrschaft.

2.4) Fazit und Handlungsempfehlung aus baulicher Perspektive

Eine Wiederaufnahme des Spitalbetriebs scheint seitens Infrastruktur grundsätzlich möglich.

Die Behebung derzeitiger Defizite, die aufgrund des Verlustes des Bestandsschutzes für eine Wiederaufnahme des Spitalbetriebs notwendig werden, verursacht den Hauptanteil der Investitionskosten.

Die bestehende Gebäudestruktur aus den 1950er- und 1980er-Jahren entspricht nur noch eingeschränkt den Anforderungen an einen modernen Spitalbetrieb. Von Investitionen in diese Struktur wird daher abgeraten, da sie effiziente Betriebsabläufe limitiert. Grundsätzlich sollte die Infrastruktur den Betrieb unterstützen – nicht umgekehrt. Im vorliegenden Fall müsste sich der Betrieb den baulichen Gegebenheiten unterordnen. Es ist empfehlenswert, vor einer Investitionsentscheidung zu klären, welcher Versorgungsauftrag künftig in der Region erfüllt werden soll, wie das dazu passende operative Betriebsmodell aussieht und darauf abgestimmt die dafür geeignete Infrastruktur zu definieren.

Bei einer Weiterverfolgung der Wiederaufnahme des Spitals in der ehemaligen Spitalinfrastruktur muss eine vertiefte Zustandsanalyse inkl. Sondagen mit Einbezug der Fachplanung (Statik, Brandschutz, Schadstoffe etc.) durchgeführt werden, um die Machbarkeit des Unterfangens vertieft zu prüfen. Es kann durch versteckte Mängel und neue Erkenntnisse zu erheblichen und derzeit nicht absehbaren Mehrkosten kommen.

2.5) Limitationen dieser Analyse

Bei der baulichen Einschätzung handelt es sich um eine grobe Einschätzung des Bestandes und keine vertiefte Prüfung in Form einer Bestandsaufnahme. Es wurden keine Fachplaner hinzugezogen oder Sondierungen durchgeführt.

Folgende Punkte wurden nicht berücksichtigt und müssten bei weiterem Verfolgen der Umnutzung des Gebäudes vertieft geprüft werden:

- die Inbetriebnahme von Anlagen, wie Liften, Lüftungen, Gas etc.
- der Zustand der Haustechnik
- bauliche Defizite (verdeckte Mängel)
- Unterhaltsdefizite (Schimmel etc.)
- Abweichungen und Defizite zu Normen können nicht detailliert geprüft werden

(Liste nicht abschliessend)

3) Operativer Betrieb: Aufwandsanalyse und Kostenschätzung

3.1) Angebotsumfang und Szenarien

Diese Studie geht von folgenden Grundannahmen aus:

- Der von der Initiative skizzierte Angebotsumfang wird, wie von der Initiative gefordert, am ehemaligen Spitalstandort erbracht.
- Damit wird das derzeitige Gesundheitszentrum Laufen im Birscenter aufgelöst und an den ehemaligen Spitalstandort transferiert und dort in das von der Initiative skizzierte Setting integriert.
- Die bauliche Infrastruktur muss in allen Szenarien im selben Umfang wieder instand gestellt werden. Ebenso müssen alle Bereiche des Gebäudes beheizt und unterhalten werden. Umliegende Gebäudestrukturen oder der GOPS werden für den Betrieb nicht benötigt und entsprechend auch hier ausgeklammert.
- Keine Anlaufphase mit reduziertem Patientenaufkommen, jedes Szenario startet direkt in einen Vollbetrieb.

Der Umfang des Betriebs und v.a. das benötigte Personal hängen stark mit dem zu erwartenden Patientenvolumen zusammen. Aus diesem Grund vergleicht diese Analyse drei unterschiedliche Szenarien hinsichtlich Patientenaufkommen.

Szenario 1 – Basis / Realistisch:

- Als Bevölkerungsbasis dient das erweiterte Einzugsgebiet Laufental inkl. Thierstein und angrenzender SO-Gemeinden. Dieses umfasst ca. 35'000 Einwohner:innen.
- Da das aktuelle Angebot stationärer Behandlung im Einzugsgebiet sowie allgemein in den Kantonen Basel-Landschaft / Basel-Stadt aus Perspektive der Kantone bedarfsdeckend ist, ist es zu bezweifeln, dass das reaktivierte Spital in die Spitalliste aufgenommen wird (s. Bundesgerichtsurteil vom 29.09.2015[1]).

[1] *„Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den Bedarf – aber nicht mehr als diesen – deckt. […]. Die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten gehören weiterhin zu den Zielen der Spitalplanung."*

- Das reaktivierte Spital wird in diesem Szenario folglich nicht in die Spitalliste aufgenommen.
- Es gelingt zudem nicht Verträge mit Krankenversicherungen abzuschliessen. Für Versicherer ist ein Vertragsabschluss nur dann attraktiv, wenn ein Leistungserbringer deutlich kostengünstiger arbeitet als die umliegenden Alternativen. Stationäre Kosten könnten somit nicht über die Krankenversicherungen abgerechnet werden, sondern müssen durch die Patient:innen selbst bezahlt werden.
- Die Nachfrage nach stationärer Behandlung seitens Patient:innen und Zuweisenden im Laufental entspricht daher dem Anteil an Leistungen, welche im Kanton Solothurn (für den Kanton Basel-Landschaft liegen keine Zahlen vor) in Nicht-Listenspitälern erbracht werden (entspricht einer Nachfrageminderung um ca. 85%[2]).
- Die Nachfrage seitens Patient:innen und Zuweisenden im ambulanten Bereich und auf dem Notfall ist unverändert und entspricht der heutigen Nachfrage im GZL (Zahlen von 2025).
- Im Sinne einer Vergleichbarkeit der Szenarien wird davon ausgegangen, dass die stationären Erträge für die Selbstzahler-Patient:innen den SwissDRG/ST-Reha Beträgen entsprechen, auch wenn hier theoretisch andere Preise angesetzt werden könnten.

Szenario 2 – Optimistisch:

- Als Bevölkerungsbasis dient wiederum das erweiterte Einzugsgebiet Laufental inkl. Thierstein und angrenzender SO-Gemeinden. Dieses umfasst ca. 35'000 Einwohner:innen.
- Das reaktivierte Spital wird in die Spitalliste BS / BL & SO aufgenommen. Als Folge davon entsprechen die Nachfrage und damit auch die Abwanderungsquote in andere Kantone seitens Patient:innen und Zuweisenden denjenigen des restlichen Kantons Basel-Landschaft, volumenmässig auf das erweiterte Einzugsgebiet Laufental umgerechnet.
- Die Nachfrage seitens Patient:innen und Zuweisenden im ambulanten Bereich und auf dem Notfall ist unverändert und entspricht der heutigen Nachfrage im GZL (Zahlen von 2025).

Szenario 3 – Pessimistisch:

- Dieses Szenario geht davon aus, dass die ambulante Nachfrage aufgrund der schlechteren Erreichbarkeit (grössere Distanz zum Bahnhof und dem Stadtzentrum) sinkt. Für den ambulanten Bereich und Notfall wird darum das engere Einzugsgebiet des Bezirks Laufen (13 Gemeinden mit insgesamt rund 20'000 Einwohner:innen) herangezogen. Dies entspricht einer Mindernachfrage i.H.v. ca. 43% im ambulanten Bereich verglichen mit den heutigen Zahlen, die das erweiterte Einzugsgebiet (Laufental, Thierstein, angrenzende SO-Gemeinden) abbilden.
- Das reaktivierte Spital wird auf Grund der bereits bedarfsdeckenden Versorgung in diesem Szenario nicht in die Spitalliste aufgenommen. Die Nachfrage nach stationärer Behandlung und Abrechenbarkeit zu Lasten der Krankenversicherungen entsprechen somit dem Basis-Szenario (Szenario 1).
- Im Sinne einer Vergleichbarkeit der Szenarien wird davon ausgegangen, dass die stationären Erträge für die Selbstzahler-Patient:innen den SwissDRG/ST-Reha Beträgen entsprechen, auch wenn hier theoretisch andere Preise angesetzt werden könnten.

---

[2] *Versorgungsbericht des Kantons Solothurn: 15% der Solothurner Bevölkerung nehmen Leistungen eines Nicht-Listenspitals in Anspruch. Es wird angenommen, dass dieser Anteil in etwa auf den Kanton BL werden kann. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-07/obsan_06_2025_bericht.pdf (Abgerufen am 07.08.2026)*

3.2) Methodik, Annahmen und Basiswerte

Die betriebliche Kostenschätzung stützt sich auf folgende Grundlagendokumente:

- Ausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und besonderen Leistungen des Kantonsspitals Baselland am Standort Laufen für die Jahre 2020 bis 2022 (vom 24. April 2018)
- Dekret über die Betriebsstandorte des Kantonsspitals Baselland (KSBL) gemäss Spitalgesetz und Kenntnisnahme über den Projektstand Regionales Gesundheitszentrum für das Laufental (vom 16. Juni 2020)
- DB-Rechnung GZL (KSBL, 2025)
- Leistungs- und Personalkennzahlen GZL (KSBL, 2025)
- Öffentlich verfügbare statistische Daten des Amts für Statistik Basel-Landschaft, Versorgungspanungsbericht Akutsomatik 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und des Swiss Health Observatory (Obsan)

Für das **ambulante Angebot** wurde die heutige Situation des GZL hinsichtlich Patientenaufkommen, Personal, Sachkosten und Erträge als Basiswert herangezogen und entlang der unterschiedlichen Szenarien (erweitertes vs. enges Einzugsgebiet) skaliert.

Für das **stationäre Angebot** wurde über einen Bottom-Up-Ansatz das Patientenpotenzial pro Szenario hergeleitet: für jeden Leistungsbereich (Rehabilitation, Innere Medizin/AIM, Schmerz) wurde berechnet, welcher Anteil der heutigen, im gesamten Kanton Basel-Landschaft erbrachten Leistungen proportional auf das erweiterte Einzugsgebiet Laufental/Thierstein (~35'000 Einw.) entfällt. Die durchschnittliche Liegedauer wurde ebenso aus der kantonalen Statistik übernommen. Wo verfügbar, fand ein validierender Abgleich mit realen historischen Werten aus der Landratsvorlage 2018/486 (v.a. Notfall und AIM) statt. Dabei wurde festgestellt, dass das Notfallaufkommen in der Landratsvorlage tiefer prognostiziert wurde, wie theoretisch berechnet (ca. 6800 Konsultationen vs. 8900 Konsultationen). Diese Abweichung könnte dadurch begründet sein, dass ein Notfall ohne nachgelagerte OP-Möglichkeit und Intensivmedizin für anspruchsvollere Fälle nicht die richtige Anlaufstation ist und diese Patient:innen darum direkt eine andere Stelle anlaufen. Folglich wurde die Zahl von 6800 Notfallpatienten als Referenzgrösse in den Case aufgenommen. In der Inneren Medizin zeigte sich, dass die Landratsvorlage die Zahlen höher als das heutige theoretische Potenzial ansetzte (ca. 1300 Fälle vs. 708 Fälle). Da im letzten Jahrzehnt die Innere Medizin zunehmend spezialisiert wurde, werden branchenweit immer weniger Patient:innen allgemein-internistisch geführt – die kantonalen Zahlen zeigen zwar einen Rückgang der Anzahl Fälle in der Inneren Medizin, differenzieren jedoch nicht zwischen allgemeiner und spezialisierter Innerer Medizin. Angesichts des allgemeinen Trends, ist aber davon auszugehen, dass der Rückgang in der Inneren Medizin überproportional stattgefunden hat. Das KSBL konnte auf Nachfrage die Zahlenbasis für die Berechnung vom 2018 nicht mehr nachvollziehen, erwähnte jedoch ebenfalls den Spezialisierungstrend, die Bevölkerungsentwicklung und zunehmende Patientenströme in Richtung Basel als Einflussfaktoren für eine sinkende Fallzahl. Als Konsequenz aus diesen Überlegungen wurde die tiefere Fallzahl als Referenzgrösse in den Case aufgenommen.

Auf Basis des szenariospezifischen Patientenvolumens wurde die benötigte stationäre Kapazität (zu betreibende Betten) und das wiederum dafür benötigte Personal modelliert. Dabei wurden typische operative Herausforderungen im stationären Spitalbetrieb berücksichtigt:

- Schwankende Nachfrage: aufgrund von Nachfrageschwankungen liegt die benötigte Anzahl Betten höher als der rechnerische Durchschnitt. Das Modell rechnet für die stark vom Notfallaufkommen abhängige allgemeine Innere Medizin mit einer Poissonverteilung[3] des Bettenbedarfs und einer Überauslastung an 7-8 Tagen pro Jahr. Für die elektiven Bereiche Rehabilitation und Schmerz wird angenommen, dass mit guter Planung bloss 5% Schwankungspuffer benötigt werden.

- Sprungfix-Kosten seitens des Personals: eine bestimmte Anzahl Pflegende und Ärzt:innen kann maximal eine bestimmte Anzahl Patient:innen betreuen. Wird diese Zahl überschritten, wird ein zusätzliches Team benötigt, auch wenn dieses nicht voll ausgelastet ist. Das Modell berücksichtigt dies mit typischen Betreuungsschlüsseln von z.B. 2 Pflegende pro 8 Patient:innen im Frühdienst und rundet den Bedarf folgerichtig überall auf ganze Personen auf.
- Die Nacht- und Wochenendabdeckung des ärztlichen Dienstes wird durch die rund um die Uhr anwesende ärztliche Kompetenz auf dem Notfall übernommen.
- Durch anderes Personal zu kompensierende Abwesenheiten: 25 Ferientage, 9 Feiertage, 8 Krankheitstage, 5 Weiterbildungstage (auf Basis einer 42h-Woche)

Die **stationären Sachkosten** pro stationären Fall wurden auf Basis der Ausgabenbewilligung aus dem Jahr 2018 berücksichtigt. Da für die Schmerzklinik keine Daten vorlagen, wurde die Annahme getroffen, dass die fallbezogenen Sachkosten denjenigen der allgemeinen Inneren Medizin entsprechen. Aufgrund des geringen Volumens fällt diese Annahme in der Gesamtbetrachtung jedoch kaum ins Gewicht.

Die stationären Erträge wurden aus den Tarifen pro Fall bzw. Konsultation, gestützt auf SwissDRG, resp. Reha ST, berechnet.[3]

Für Kosten und Erträge der **Radiologie** wurde die heutige Situation des GZL hinsichtlich Patientenaufkommen, Personal, Sachkosten und Erträge als Basiswert genommen und entlang der unterschiedlichen Szenarien skaliert. Die Anzahl an stationären Patient:innen wurde dabei nicht berücksichtigt, weil aufgrund des DRG-Systems keine gesonderten Erträge für radiologische Untersuchungen anfallen und die Kosten über die fallbezogenen Sachkosten bereits abgebildet sind. Die zu erwartende Nachfrage an radiologischen Untersuchungen aus dem stationären Bereich ist in allen Szenarien wiederum nicht so hoch, als dass dies direkte, deutliche Auswirkungen auf die Personalausstattung oder den Gerätepark der Radiologie hätte.

Supportkosten (Personalkosten und Umlagen für Leistungen der KSBL-Zentrale wie Marketing, IT, Recht, Management, Finanzen etc.) wurden mit einem pauschalen Satz von 15% proportional zum Gesamtumsatz berechnet. Dieser Wert orientiert sich an der Grössenordnung in den Grundlagendokumenten und ist eine grobe Schätzung: gewisse Supportleistungen müssen konkret vor Ort erbracht werden (z.B. Reinigung), andere wiederum finden auf Ebene der KSBL-Gruppe auch heute schon statt und es ist von aussen kaum abzuschätzen, welche tatsächlichen Zusatzaufwände z.B. im Bereich Marketing aufgrund der Umstellung in Laufen entstehen würden, resp. mit welchen Umlagesätzen das KSBL hier rechnet. Potenziell sind diese Kosten bei einer tiefen Belegung (Szenario 1 und 3) tendenziell höher als im Modell angenommen, da i.d.R. ein Mindestanteil unabhängig von der tatsächlichen Belegung erbracht werden muss.

Die **Abschreibungen** (Infrastruktur, Grossgeräte, Mobiliar) sind als separate Positionen ausgewiesen und werden mit sich an den Rekole-Standards orientierenden Sätzen abgeschrieben. Bei der Infrastruktur werden ausschliesslich die Renovationskosten als abschreibbare Position aktiviert.

Zwei Annahmen des Modells wirken systematisch zugunsten des Vorhabens: Die Supportkosten sind proportional zum Umsatz modelliert, dürften bei tiefer Belegung real jedoch nicht proportional sinken. Und die infrastrukturellen Betriebs- und Unterhaltskosten fallen für das gesamte Gebäude an, auch

[3] Die Poisson-Verteilung beschreibt statistisch eine Situation, in welcher viele Ereignisse in einem festen Zeitraum zufällig eintreffen und im Schnitt mit einer bekannten Rate passieren – wobei es Ausreisser gibt (Tage mit besonders vielen Patient:innen, Tage mit ausserordentlich wenig Patient:innen). Die Verteilung berücksichtigt, wie oft solche Spitzen und Täler vorkommen und bietet eine exaktere Bedarfsschätzung als ein einfacher Durchschnittswert.

wenn nur ein Teil der Stationen betrieben wird (vgl. Kapitel 4.2). Zusammen mit den nachfolgend aufgeführten, bewusst ausgeklammerten Faktoren – die durchwegs kostenerhöhend wirken – sind die

ausgewiesenen Ergebnisse deshalb als Untergrenze der zu erwartenden Belastung zu verstehen. Eine Reihe von potenziell relevanten **Einflussfaktoren** werden in der Kostenschätzung bewusst **nicht berücksichtigt**, weil sie schwierig abzuschätzen sind und dadurch die Aussagekraft der Schätzung verwässern würden, beispielsweise folgende Faktoren:

- mögliche Mietzinsen für das Gebäude seitens Kanton
- Bevölkerungsentwicklung
- medizinischer Fortschritt, Ambulantisierung
- Fremdfinanzierungskosten
- Inbetriebnahmekosten: Umzug, Schulungen etc.
- Ausbildungsverpflichtung und -kosten, falls Listenspital
- Rekrutierungskosten für fehlendes Personal
- zukünftige Rückbaukosten

3.3) Ergebnisse der Kostenschätzung

Auf Stufe des operativen Ergebnisses, also vor Abschreibungen, verfehlt das als realistisch bewertete Basis-Szenario 1 die jährliche Kostendeckung um - 6’434’626 CHF (Deckungsgrad 57%), Szenario 2 um - 3’453’838 CHF (Deckungsgrad 83%) und Szenario 3 gar um - 7’464'889 CHF (Deckungsgrad 42%). In allen Szenarien zieht der Standort dauerhaft Mittel aus der KSBL-Gruppe, unabhängig von jeder Bewertungsannahme zur Infrastruktur.

Treiber der Unterschiede ist im Wesentlichen das stationäre Fallvolumen. Der stationäre Bereich erklärt den Grossteil der Ertragsdifferenz wie auch die unterschiedliche Deckung der Personalkosten, die in allen Szenarien den dominierenden Kostenblock bilden.

Die Abschreibungslast fällt in allen Szenarien in gleicher Höhe an, da sie an die Sanierungsinvestition und nicht an das Leistungsvolumen gebunden ist. Ein volumenstarkes Szenario verkraftet diesen Fixkostenblock entsprechend besser.

Anlagenutzungskosten für den bestehenden Gebäudebestand sind nicht berücksichtigt. Die Liegenschaft steht im Eigentum des Kantons, historische Anschaffungswerte liegen nicht vor. Erfasst sind ausschliesslich die Anlagenutzungskosten der geplanten Sanierung. Die Ergebnisse verstehen sich damit als Betreibersicht; eine allfällige Nutzungsentschädigung an den Kanton ist nicht eingerechnet.

		Basis	Optimistisch	Pessimistisch
		Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
Patientenvolumen	**stationär**	**121**	**965**	**121**
	ambulant	**6'889**	**6'889**	**3'927**
	Notfall	**6'800**	**6'800**	**3'876**
Erträge	**stationär**	1'085'921	9'355'930	1'085'921
	ambulant	4'501'845	4'501'845	2'566'052
	Notfall	2'291'600	2'291'600	1'306'212
	Radiologie	839'176	839'176	478'330
Kosten	**Personal**	-9'957'517	-13'139'917	-8'864'236
	Sachkosten	-1'919'342	-2'951'061	-1'140'612
	Supportkosten	-1'024'318	-2'099'419	-644'564
	Infrastruktur	-2'251'993	-2'251'993	-2'251'993
	Operatives Ergebnis	-6'434'626	-3'453'838	-7'464'889
	Abschreibungen	-1'353'087	-1'353'087	-1'353'087
	GWL	1'500'000	1'500'000	1'500'000
	Betriebsergebnis inkl. GWL	-6'287'713	-3'306'925	-7'317'976

Selbst nach Berücksichtigung der GWL in Höhe von 1.5 Mio. CHF liegt das als realistisch bewertete Szenario 1 bei einem Defizit von - 6.29 Mio. CHF, das optimistische bei - 3.3 Mio. CHF und das pessimistische Szenario 3, in dem auch der ambulante Bereich einen Rückgang der Fallzahlen erfährt, bei - - 7.32 Mio. CHF.

Rechtfertigt sich die Investition für die bauliche Instandstellung?

Die bauliche Sanierung von 31.9 Mio. CHF (ohne medizinisch-technische Ausstattung gerechnet) erfordert bei einem kalkulatorischen Zinssatz von 3.7 Prozent und einer Nutzungsdauer von 30 Jahren einen jährlichen Rückfluss von rund 1.8 Mio. CHF, damit der Barwert der Investition null erreicht. Mit anderen Worten: Der operative Betrieb muss jährlich mind. 1.8 Mio. CHF abwerfen, damit sich die Investition rechnerisch lohnt.

	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
Operatives Ergebnis	**-6'434'626**	**-3'453'838**	**-7'464'889**
Verzinsunsschwelle (Break-Even-Point)	**1'800'000**	**1'800'000**	**1'800'000**
davon: Abschreibungen	*1'353'087*	*1'353'087*	*1'353'087*
davon: kalkulatorische Zinsen	*446'913*	*446'913*	*446'913*
Lücke zw. operativem Ergebnis & Verzinsunsschwelle (Break-Even-Point)	**8'234'626**	**5'253'838**	**9'264'889**
davon: direkt von der Initiative geforderte GWL	*1'500'000*	*1'500'000*	*1'500'000*
davon: zusätzlicher Subventionsbedarf (GWL)	*6'734'626*	*3'753'838*	*7'764'889*

Keines der Szenarien erreicht die Schwelle annähernd. Bei einem Realzinssatz von 2 Prozent sinkt die Verzinsungsschwelle auf 1.42 Mio. CHF, bei 5 Prozent steigt sie auf 2.08 Mio. CHF; eine Verkürzung der Nutzungsdauer auf 25 Jahre erhöht sie auf 1.98 Mio. CHF.

4) Einordnung und weiterführende Überlegungen aus betrieblicher Perspektive

4.1) Einordnung der unterschiedlichen Szenarien

Das Patientenvolumen ist stark abhängig von der Frage, ob das Spital in die Spitallisten der fürs Einzugsgebiet massgeblichen Kantone aufgenommen wird. Angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen, dem Bundesgerichtsurteil aus dem Jahr 2015 und der Diskussion über Mindestfallzahlen muss aus externer Perspektive das Basis-Szenario 1 (keine Aufnahme in die Spitalliste) als realistische Variante angenommen werden.

In Anbetracht der sinkenden stationären Nachfrage in den letzten Betriebsjahren vor 2020 infolge einer Abwanderung von Patient:innen zu den umliegenden Gesundheitsversorgerinnen muss infrage gestellt werden, ob es realistisch ist, dass ein Spitalstandort Laufen denselben Anteil des Patientenpotenzials der Region abzuschöpfen vermag, wie das im restlichen Kanton der Fall ist. Szenario 2 geht dennoch genau davon aus und ist folglich das optimistische Szenario.

Die neue Verortung des ambulanten Zentrums an einer mit dem öffentlichen Verkehr weniger gut erreichbaren Lage könnte ausserdem einen Rückgang der ambulanten Fallzahlen zur Folge haben: Patient:innen des erweitereten Einzugsgebiets (inkl. angrenzender SO-Gemeinden) bevorzugen ggf. einen leichter zugänglichen Behandlungsort, wie sie das derzeitige GZL im Birscenter am Bahnhof Laufen bietet. Gerade für ambulante Angebote zeigt sich im landesweiten Vergleich, dass Angebote in unmittelbarer Nähe zu den Mobilitätsströmen deutlich besser genutzt werden. Dies wird in Szenario 3 abgebildet, in welchem nur noch Patient:innen des Bezirks Laufen mit seinen 13 Gemeinden das ambulante Gesundheitszentrum am neuen Standort aufsuchen. Es ist damit zu rechnen, dass mit einer sinkenden Nachfrage auch die Aufrechterhaltung des heutigen ambulanten Leistungsspektrum schwieriger werden dürfte.

Bei allen Szenarien ist damit zu rechnen, dass es Monate oder Jahre dauern kann, bis die entsprechenden Patientenzahlen tatsächlich erreicht werden. Patient:innen wie Zuweisende brauchen Zeit, sich umzugewöhnen und Vertrauen in das neue Angebot aufzubauen. Diese Übergangsphase ist besonders kritisch und stellt ein finanzielles Risiko dar, welches in den Berechnungen nicht abgebildet ist. Das führt dazu, dass das Modell die ersten Betriebsjahre zu positiv einschätzt.

4.2) Effizienz und Eignung des Gebäudes

Das Gebäude ist von seiner Struktur her auf einen primär stationären Betrieb ausgelegt. Die erwarteten Patientenvolumen nutzen in den meisten Szenarien die räumliche Kapazität auf den Stationen nicht aus. Aus medizinischer Sicht kann auch nur ein Teil einer Station betrieben und das Personal entsprechend reduziert werden. Infrastrukturelle Betriebs- und Unterhaltskosten (z.B. Heizung) fallen dennoch für das ganze Gebäude an. Das treibt den Fixkostenanteil in die Höhe (stärker, als im Modell berücksichtigt). Weder die stationären noch ambulanten Raumstrukturen entsprechen einem modernen, prozessunterstützenden und kosteneffizienten Layout. Das ist grundsätzlich kein Hindernis, hat aber Auswirkungen auf die Attraktivität für Patient:innen sowie Mitarbeitende und führt in der Summe zu tendenziell höheren Betriebskosten, als es in einem idealen Setting der Fall wäre.

5) Zusammenfassung

Die Reaktivierung des stationären Betriebs am Standort des ehemaligen Feninger-Spitals ist viel mehr als die einfache Wiederinbetriebnahme des Gebäudes, v.a. aufgrund des verlorenen Bestandsschutzes. Aufgrund der veralteten Infrastruktur und der veränderten Anforderungen (Patientenzahlen, ambulantes Angebot) ergeben sich hohe Initialkosten, selbst unter der Annahme, dass nur das die notwendigsten baulichen Sanierungen getätigt werden und ein Grossteil der medizintechnischen Geräte und des Mobiliars aus dem ambulanten Zentrum am Bahnhof übernommen werden kann.

Im stationären Bereich ist in allen drei Szenarien das Patientenvolumen zu gering für einen wirtschaftlich selbsttragenden Betrieb. Die in der Initiative genannten jährlichen GWL von 1.5 Mio. CHF sind im Vergleich mit den zu erwartenden Kosten daher deutlich zu tief angesetzt.

Da das aktuelle Angebot stationärer Behandlung in den Kantonen Basel-Landschaft / Basel-Stadt aus Perspektive der Kantone offensichtlich bedarfsdeckend ist, ist es zu bezweifeln, dass das reaktivierte Spital in die Spitalliste aufgenommen wird und falls doch, ist angesichts des früheren Bundesgerichtsurteils zu bezweifeln, dass dies rechtlich Bestand hätte. Auch eine Finanzierung als Vertragsspital ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Dies führt wiederum zu einem noch geringeren Patientenvolumen und gegebenenfalls sogar zu negativen Auswirkungen auch auf den ambulanten Bereich (Reputationsverlust).

Das ambulante Angebot erfährt zurzeit eine gute Nachfrage und weist eine positive Bilanz auf. Bei einem Umzug an den neuen Standort könnte die Nachfrage zurückgehen, da Gebäudestruktur und -lage weniger auf ein ambulantes Angebot ausgelegt sind als der aktuelle Standort des GZL am Bahnhof Laufen. Im Hinblick auf eine zunehmend ambulantere Medizin (mit höheren Tarifen und Erträgen) würde dies potenziell zu einer kontraproduktiven Entwicklung und weiteren Ertragseinbussen führen.

Zu berücksichtigen ist zudem die Attraktivität für die Mitarbeitenden. Eine gute ÖV-Anbindung sowie moderne Räumlichkeiten sind in der heutigen Zeit ein wichtiges Kriterium der Arbeitsplatzattraktivität, insbesondere bei Schichtarbeit und in ländlichen Gebieten. Bei dem in dieser Studie antizipierten geringen Patientenaufkommen und angesichts des Fachkräftemangels in den pflegerischen und medizinischen Berufen (und der damit zusammenhängenden Wettbewerbssituation um Fachkräfte), ist es fraglich, ob qualifizierte Mitarbeitende gefunden werden können, die auf halbleeren Stationen und mit möglicherweise wenig Abwechslung in der Leistungserbringung arbeiten möchten. Auch für die Ausbildungsmöglichkeiten könnte dies eine Einschränkung sein und eventuelle Ausbildungsaufträge (bei Aufnahme als Listenspital) nicht erfüllt werden.

Die Schätzung für alle Szenarien ist dabei konservativ gehalten. Einige Faktoren wirken begünstigend hinsichtlich eines stationären Spitalbetriebs: Die unveränderte ambulante Nachfrage im Basis-Szenario, die proportional sinkenden Supportkosten sowie der Ausschluss von Inbetriebnahme-, Rekrutierungs- und Finanzierungskosten wirken alle zugunsten des Vorhabens. Eine diesbezüglich exaktere Modellierung würde das Ergebnis nicht verbessern, sondern verschärfen.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass eine Reaktivierung des stationären Betriebs nur unter Annahmen wirtschaftlich darstellbar wäre, welche als unwahrscheinlich einzuschätzen sind. Ein Festhalten am Vorhaben würde eine dauerhafte, deutlich über den angenommenen 1.5 Mio. Franken liegende Subventionierung durch die Trägerschaft voraussetzen (über 7.7 Mio., 4.8 Mio. bzw. 8.8 Mio. in den evaluierten Szenarien) – bei gleichzeitigem Risiko für den heute erfolgreichen ambulanten Betrieb.