



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

08.2098.01

GD/P082098
Basel, 24. Dezember 2008

Regierungsratsbeschluss
vom 23. Dezember 2008

Ratschlag

**Projektierungskredit für einen Neubau eines gemeinsamen
Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation auf dem
Areal Bruderholz**

Partnerschaftliches Geschäft

Inhaltsverzeichnis

1. Begehren	4
2. Zusammenfassung	4
3. Vorgeschichte	5
4. Die neue Spitalfinanzierung	6
4.1 Die neue Spitalfinanzierung – eine Übersicht	6
4.2 Die neue Spitalfinanzierung im Detail	7
4.3 Freie Spitalwahl	8
4.4 Weitere Aspekte der neuen Spitalfinanzierung	9
5. Gemeinsame Bedarfsplanung Geriatrie und Rehabilitation	9
5.1 Bedarfsplanung Basel-Landschaft	9
5.1.1 Planungsgrundlagen	9
5.1.2 Die wichtigsten stationären Geriatrieangebote im Überblick	9
5.1.3 Veränderung der Bevölkerungsstruktur zwischen 2003 und 2025 im Kanton Basel-Landschaft	9
5.2 Bedarfsplanung Basel-Stadt	9
5.2.1 Planungsgrundlagen	9
5.2.2 Die wichtigsten stationären Angebote im Kanton Basel-Stadt	9
5.2.3 Veränderung der Bevölkerungsstruktur zwischen 2005 und 2025 im Kanton Basel-Stadt	9
5.3 Planung der geriatrischen und rehabilitativen Versorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt	9
5.3.1 Regionale Spitalplanung	9
5.3.2 Die geriatrische Behandlungskette	9
5.3.3 Gemeinsame Bedarfsanalyse	9
5.3.4 Herleitung des geplanten Bedarfs für das gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation	9
5.3.5 Gemeinsame Bedarfsprognose	9
5.3.6 Gemeinsames Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz	9
6. Neubau des gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz	9
6.1 Konzept	9
6.1.1 Überblick	9
6.1.2 Personal	9
6.1.3 Grundsätze zur Ausgestaltung der Leistungsaufträge	9
6.1.4 Die verschiedenen Arten von Leistungsaufträgen	9
6.2 Bauvorhaben	9
6.2.1 Standort und Situation	9
6.2.2 Wettbewerbsverfahren	9
6.2.3 Raum- und Flächenprogramm	9
6.2.4 Bauliche Synergien mit dem Akutspital	9
6.2.5 Öffentlicher Verkehr und Parkierung	9
6.3 Investitionen	9
6.3.1 Grundstück	9
6.3.2 Investitionen für Betriebseinrichtungen und Mobiliar	9
6.3.3 Schätzung der baulichen und betrieblichen Folgekosten	9
6.3.4 Kennwerte und Kostensicherheit	9

6.3.5	Projektierungskosten	9
6.4	Finanzierung	9
7.	Projektmanagement	9
7.1	Projektorganisation	9
7.2	Ressourcen Bauherrschaft	9
7.3	Kostengarantie (analog Projektierungskreditvorlage KSB)	9
8.	Termine.....	9
8.1	Allgemein	9
8.2	Terminprogramm (abgestimmt mit Terminprogramm KSB)	9
9.	Antrag	9

1. Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen für die Projektierung eines Gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz einen Kredit von CHF 8.9 Mio. (50% Anteil am Total Projektierungskredit von CHF 17.8 Mio., inkl. 7,6 % MwSt.).

2. Zusammenfassung

Die Planung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation für den Kanton Basel-Stadt und den Kanton Basel-Landschaft basiert auf einer gemeinsamen Bedarfsplanung. Da sich der Bedarf pro Kanton unterschiedlich entwickeln wird, kann die daraus resultierende Nachfrageentwicklung zwischen den beiden Kantonen besser ausgeglichen werden.

Das heutige Kantonsspital Bruderholz wurde vor rund 40 Jahren erstellt. Die Gebäude weisen einen grossen Erneuerungsbedarf auf. Das Raumangebot, wie auch die Anordnung der Räume, entsprechen in wesentlichen Bereichen nicht mehr den heutigen und zukünftigen Bedürfnissen bezüglich effizienten, wirtschaftlichen und patientengerechten Arbeitsabläufen. Die Ausgangslage für das Felix Platter Spital als Geriatriespital für die Bevölkerung von Basel-Stadt präsentiert sich in gleicher Weise. Sowohl die gewachsene Raumstruktur wie auch die Gebäudeinfrastruktur machen einen Ersatz unabdingbar.

Im Rahmen der Überlegungen wurde in einem ersten Schritt die Machbarkeit eines gemeinsamen Geriatriezentrums am Standort Bethesda geprüft. In einem zweiten Schritt folgte die Prüfung der Machbarkeit am Standort Bruderholz. Die Aufgabe fand Eingang in die 1. Stufe des Studienauftrages betreffend Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz. Die Resultate haben gezeigt, dass die notwendigen Flächen sowohl für das Akutspital wie auch für das Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz realisiert werden können.

An einer gemeinsamen Tagung der Fachspezialisten aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft am 20. August 2008 in Bad Bubendorf wurde der zukünftige Leistungsauftrag eines gemeinsamen Kompetenzzentrums diskutiert. Aus Sicht der Behandlungskette ist es sinnvoll, bei Errichtung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz das heutige Leistungsangebot des Kantonsspitals Bruderholz im Bereich Geriatrie/Rehabilitation und das Leistungsangebot des heutigen geriatrischen Kompetenzzentrums des Felix Platter Spitals in die gemeinsame Institution zu überführen.

Durch die unmittelbare Zuordnung eines Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation zu einem Akutspital ergeben sich vielfältige Synergien. Die Gesamterneuerung des Kantonsspitals Bruderholz durch den Kanton Basel-Landschaft und der Bau des Gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft am Standort Bruderholz bietet die Chance, Synergiepotentiale massgeschneidert

zu realisieren und sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten, wie auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht, optimale Versorgungsstrukturen zu schaffen. Architektonisch soll ein harmonisches Ganzes entstehen, wobei die beiden autonomen Betriebe als eigenständige Teile klar erkennbar sein werden.

Die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sind überzeugt, dass die Begründung einer gemeinsamen Institution, dem Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation, in der bewährten Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt und mit öffentlich-rechtlichen Anstellungsverhältnissen am Standort Bruderholz eine gute und tragfähige Struktur für eine patientengerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären und ambulanten Leistungen im Bereich Geriatrie und Rehabilitation schafft. Sie beantragen den Parlamenten der beiden Kantone die Zustimmung zu diesem gemeinsamen Weg und die Genehmigung eines Projektierungskredites.

3. Vorgeschichte

Im gemeinsamen Bericht "Spitalversorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt (stationärer Bereich)" vom September 2005 wurde die Absicht beider Regierungen festgehalten, die Entwicklung der geriatrischen Versorgung in beiden Kantonen im ständigen Dialog zu begleiten und eine gemeinsame Bedarfsplanung inkl. Aufnahme in die Spitalliste als Option zu prüfen. Dieser Bericht wurde vom Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt in seiner Sitzung vom 29. Juni 2006 und vom Landrat des Kantons Basel-Landschaft in seiner Sitzung vom 6. April 2006 zur Kenntnis genommen.

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft haben im September 2006 einen gemeinsamen Bericht zur Planung der Geriatrischen Versorgung beider Basel erarbeitet. Dabei wurden die Planungsparameter von Basel-Stadt und Basel-Landschaft verglichen, die Unterschiede aufgezeigt und Vernetzungsmöglichkeiten dargelegt. Die Analyse der Sachlage ergab, dass die Errichtung eines gemeinsamen Geriatriespitals beider Basel den Bedarf der Kantone für die Versorgung ihrer betagten Bevölkerung am besten erfüllen kann. Im Vordergrund stand die Lösung, einen privaten Leistungsträger mit der Leistungserstellung zu beauftragen. Es wurde eine entsprechende Absichtserklärung mit dem Diakonath Bethesda unterzeichnet, mit dem Ziel, das gemeinsame Geriatriespital auf dem Areal des heutigen Bethesda-Spitals zu realisieren. Unter Berücksichtigung dieses Grundsatzentscheides hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft am 29. Mai 2007 mit der Vorlage 2007/125 dem Landrat einen Verpflichtungskredit für die Projektierung der Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz ohne geriatrisches Leistungsangebot unterbreitet. Der Landrat beauftragte in der Folge den Regierungsrat, in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt die Varianten gemeinsames Geriatriezentrum an den Standorten Bethesda und Bruderholz zu prüfen und dem Landrat zum Entscheid vorzulegen.

Intensive Gespräche mit allen beteiligten Fachpersonen anlässlich einer Tagung vom 20. August 2008 in Bad Bubendorf führten zur Erkenntnis, dass ein auf dem Areal des Bruderholz-Spitals neu zu errichtendes gemeinsames Geriatriespital beider Basel den Bedarf der beiden Kantone am besten zu erfüllen vermag. Das gemeinsame "Kompetenzzentrum für

Geriatric und Rehabilitation am Standort Bruderholz" soll dabei den bisherigen Leistungsauftrag Geriatric/Rehabilitation des Kantonsspitals Bruderholz und das Leistungsangebot des heutigen Geriatricen Kompetenzzentrums des Felix Platter Spitals übernehmen. Im Gegenzug wird in Erwägung gezogen, dem Bethesda-Spital für den Bereich Rheumatologie von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft einen Leistungsauftrag analog dem Leistungsauftrag, den die beiden Kantone gemäss der Spitalliste BS/BL dem Felix Platter Spital erteilt haben, zu erteilen. Eine entsprechende neue Absichtserklärung, welche die ursprüngliche Absichtserklärung ersetzt, wurde unterzeichnet. Die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft nahmen in ihrer Gemeinsamen Sitzung vom 2. Juli 2008 davon Kenntnis.

Damit bei einem Entscheid für ein gemeinsames Kompetenzzentrum für Geriatric und Rehabilitation am Standort Bruderholz das laufende Wettbewerbsverfahren bezüglich Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz nicht in Frage gestellt werden muss, wurde als Option im Studienauftrag 1. Stufe verlangt, das Raumprogramm für die Realisierung eines Kompetenzzentrums summarisch aufzusetzen und aufzuzeigen. Die Jurierung der Eingaben fand am 3. und 4. Juli 2008 statt. Fachpersonen des zuständigen Gesundheits- und Baudepartements des Kantons Basel-Stadt wohnten der Jurierung als Gäste bei.

Das Projekt ist Teil der laufenden Partnerschaftsverhandlungen BS/BL. Entsprechend wurde der Lenkungsausschuss "Partnerschaftsverhandlungen BS/BL" laufend über die Arbeiten orientiert. In seiner 30. Sitzung vom 21. November 2008 entschied der Lenkungsausschuss, dass die um die Mitberichte bereinigte Parlamentsvorlage nach Möglichkeit von den beiden Regierungen spätestens am 23. Dezember 2008 verabschiedet werden sollte.

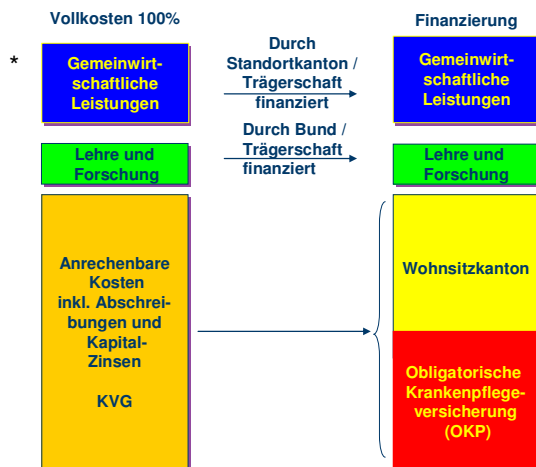
4. Die neue Spitalfinanzierung

4.1 Die neue Spitalfinanzierung – eine Übersicht

Bei der neuen Spitalfinanzierung, welche per 1. Januar 2009 mit einer Übergangsfrist von 3 Jahren eingeführt wird, sind in der Hauptsache zwei neue Elemente zu beachten. Einerseits die Finanzierung auf der Basis von leistungsbezogenen Pauschalen (Swiss DRG) und andererseits die Entrichtung eines Kantonsbeitrages von mindestens 55% für sämtliche Behandlungen von Kantoneinwohnern in einem auf der Spitalliste aufgeführten Spital (Art 49a Abs. 2 KVG). Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um ein öffentliches oder privates Spital handelt (Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern).

Die neue Spitalfinanzierung sieht des Weiteren vor, dass auf der Basis von Vollkosten (inkl. Zins- und Amortisationskosten) die Tarife berechnet werden müssen. Die universitäre Lehre und Forschung sowie die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (z.B. die Weiterbildung der Ärzte gemäss Medizinalberufegesetz bis zum FMH-Titel und die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) sollen nicht mit den DRG-Pauschalen abgegolten, sondern durch separate Gefässe (Kantone und Bund) finanziert werden. Übrige nicht KVG-pflichtige Leistungen wie z.B. Cafeteria werden als Nebenbetriebe ausgeschieden.

Die neue Spitalfinanzierung



*Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG (dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, sowie die Forschung und universitäre Lehre)

4.2 Die neue Spitalfinanzierung im Detail

Mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und insbesondere der Einführung von SwissDRG (DRG: "Diagnosis Related Groups") ändert sich die Finanzierung der Spitäler und die Spitalsteuerung im Akutspitalbereich (inkl. Akutgeriatrie) grundlegend. Die Schaffung einer einheitlichen Finanzierungsstruktur führt zu mehr Transparenz im stationären Akutspitalbereich. DRGs und die damit verbundenen Kennzahlen werden inskünftig unter anderem auch als Instrument für Betriebsvergleiche dienen. Im Weiteren wird sich durch die in Art. 41 Abs. 1 bis KVG festgelegte freie Spitalwahl der Wettbewerb unter den Leistungserbringern spürbar erhöhen.

Der Staatsbeitrag (Defizitbeitrag), wie bisher bei öffentlichen Spitätern üblich, wird entfallen. Es werden im stationären Sektor zukünftig Preise für Leistungen zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt. Der Kanton tritt als Regulator und Leistungsfinanzierer auf, begleicht seinen Anteil an Patientenrechnungen (Wohnkanton) gemäss dem effektiven Leistungsbezug (mindestens 55% des Preises) höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Der jährliche Leistungsbezug wird als gebundene Ausgabe im Budget der Gesundheitsdepartemente eingestellt.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen oder nicht KVG-Pflichtleistungen, welche explizit von einem Kanton „bestellt“ werden, sind separat abzugelten. Gesetzlich gelten als gemeinwirtschaftliche Leistungen die universitäre Lehre und Forschung sowie die Aufrechterhaltung von Kapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Die Abgeltung derartiger Leistungen un-

tersteht auch nach der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung der Kreditbewilligung durch die kantonalen Parlamente, da diese finanzrechtlich keine gebundene Ausgabe darstellen.

Eine klare Trennung der klinischen Lehre und Forschung von der Dienstleistung ist eine wichtige Grundvoraussetzung der KVG Revision, welche per 1. Januar 2009 mit einer Übergangsfrist von drei Jahren rechtskräftig wird. Eine Quersubventionierung zwischen der Dienstleistung einerseits und der klinischen Lehre und Forschung andererseits ist im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung nicht zulässig. Als Kosten für die universitäre Lehre gelten die praktische und theoretische Ausbildung der Studierenden, insbesondere der Human Medizin (gemäss Medizinalberufegesetz), bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms, sowie die Weiterbildung, insbesondere der Ärzte, bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels (FMH).

Die Kosten für die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des medizinisch-technischen, des medizinisch-therapeutischen und insbesondere auch des Pflegepersonals gelten als anrechenbare Kosten und sind im Rahmen der Tarifverhandlungen durch die Tarifpartner entsprechend zu berücksichtigen.

Die KVG-Revision wird verbunden mit der Einführung von DRGs eine grundlegende Neudefinition der Rolle des Kantons und seiner Spitäler nach sich ziehen. Der Kanton wird bei seinen "eigenen" Spitälern zum Leistungsfinanzierer.

Er nimmt insgesamt eine Steuerungs- und Überwachungsfunktion wahr. Für diese leistungsbezogene Planung werden die morbiditäts- und altersbezogene Hospitalisationsrate eine zentrale Grösse bilden, da der Wohnsitzkanton für jede Hospitalisation in einem Spital auf der Liste des Wohnortkantons des Patienten oder des Standortkantons des Spitals (auch für ausserkantonale und für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten) einen Beitrag leisten muss (mind. 55% des verhandelten Preises). Da der Versicherer und der Wohnkanton bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, übernimmt, wird die Überwachung der gesetzten Rahmenbedingungen und insbesondere die Überprüfung der Versorgungsqualität eine zentrale Rolle spielen.

Mit den DRGs wird die Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Listenspitälern entfallen. Als Steuerungselemente werden neben den DRGs präzise gefasste Leistungsaufträge und Leistungsspektren für die Spitäler der gemeinsamen und eigenen Liste dienen. Die Beiträge an ausserkantonale Spitäler, welche nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figurieren, richten sich nach Art. 41 Abs. 3 bis KVG.

4.3 Freie Spitalwahl

In den Gesetzesartikeln Art. 41 Abs. 1 bis und Art. 49 a Abs. 2 KVG werden die Kriterien und die Finanzierung für die freie Spitalwahl explizit geregelt. Eine versicherte Person kann inskünftig für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, sofern diese auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Damit wird eine freie Spitalwahl möglich und der Kanton hat gemäss Art. 49 a Abs. 2 dafür

mindestens 55% der vereinbarten Pauschalen zu tragen. Gegenüber der aktuell geltenden eingeschränkten Spitalwahl führt dies zu erheblichen monetären Auswirkungen für die Kantone. Aufgrund dessen werden für den Kanton Basel-Landschaft zur Finanzierung der Spitalaufenthalte ab 2012 zusätzliche Mittel von ca. CHF 40 Mio. erforderlich sein. Der Kanton Basel-Stadt rechnet aufgrund der freien Spitalwahl nur mit geringfügigen, zusätzlichen Kosten. Diese zusätzlichen Kosten wurden auf der Basis der heute auf den Spitallisten der beiden Kantone geführten Spitäler geschätzt.

4.4 Weitere Aspekte der neuen Spitalfinanzierung

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht vor, dass die durch die Tarifpartner ausgehandelte „Baserate“ der jeweiligen Kantonsregierung gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG zur Genehmigung vorgelegt werden muss.

Gemäss Art. 49 a Abs. 2 KVG müssen die Kantone den Kantonsanteil für stationäre Behandlungen ihrer Listenspitäler (gemeinsame und eigene Liste), welcher mindestens 55% der ausgehandelten Vergütung betragen muss, neun Monate vor Beginn des für den Tarif geltenden Kalenderjahres festlegen.

5. Gemeinsame Bedarfsplanung Geriatrie und Rehabilitation

5.1 Bedarfsplanung Basel-Landschaft

5.1.1 Planungsgrundlagen

- Konzept der geriatrischen Versorgung Kanton Basel-Landschaft vom Juli 2005
- Spitalversorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt (stationärer Bereich); Gemeinsamer Bericht zuhanden des Landrates Basel-Landschaft und des Grossen Rates Basel-Stadt, September 2005
- Bericht zur Geriatrieversorgungsplanung des Kantons Basel-Stadt vom April 2006
- Bericht zur "Planung der geriatrischen Versorgung beider Basel" vom Januar 2007

5.1.2 Die wichtigsten stationären Geriatrieangebote im Überblick

Einrichtung	Leistungsauftrag	Planbetten
Bruderholz	Akutgeriatrie	41
Liestal	Geriatrie	16
Kant. Psychiatrische Klinik	Gerontopsychiatrie	42
Laufen	Geriatrie	15

Tabelle 1

Zur professionellen geriatrischen Betreuung betagter Menschen sind sowohl stationäre Angebote als auch ambulante Angebote notwendig. Die ambulante Versorgung wird vor allem von Hausärzten, Fachärzten, Spitex und häuslichen Unterstützungssystemen getragen. Sie sind den betagten Menschen am nächsten und können frühzeitig erkennen, wo soziale, pfl-

gerische, medizinische und rehabilitative Dienstleistungen sinnvoll beansprucht werden. Dank ihrer Kenntnisse der Patienten und deren häuslichen Verhältnissen spielen sie bei der Gestaltung der Übergänge zwischen häuslichem Bereich, ambulanten Dienstleistungen und stationärem Angebot eine wichtige Rolle.

5.1.3 Veränderung der Bevölkerungsstruktur zwischen 2003 und 2025 im Kanton Basel-Landschaft

Wohnbevölkerung Kanton BL	2003	2005	2010	2015	2020	2025
Gesamt	266'881	268'046	268'525	267'170	264'138	259'577
65+	44'128	46'999	54'444	61'346	65'867	70'688
Anteil in %	16.5	17.5	20.3	23.0	24.9	27.2
80+	10'299	11'568	14'152	16'361	18'260	21'015
Anteil in %	3.8	4.3	5.3	6.1	6.9	8.1

Tabelle 2

Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft: Daten Baselbieter Bevölkerung vom 31.12.2003, Sterblichkeit für BL 2005 gemäss Bundesamt für Statistik, Wanderungsbewegungen nicht berücksichtigt.

Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung durch den bis Ende der 70er Jahre zu beobachtenden Geburtenrückgang, die derzeitige Stagnation der Geburten und die höhere Lebenserwartung führen zu einem ständigen Anwachsen der Zahl der über 65- und 80-jährigen Einwohner und Einwohnerinnen im Kanton Basel-Landschaft.

Für dieses Phänomen gibt es nachvollziehbare Gründe. Vor 50 Jahren nahm die Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft durch Zuwanderung vor allem jüngerer Menschen überproportional zu. Diese Zuwanderung ist die Basis für die Entwicklung in den nächsten 25 Jahren. Dazu liegt die Lebenserwartung von 77 Jahren bei Männern und 83 Jahren bei Frauen über dem Landesdurchschnitt und begründet ein weiteres Element der überproportionalen Zunahme.

Der weit überwiegende Teil vor allem der Betagten 65+ ist auf keine institutionelle Hilfe angewiesen. Jedoch ist rund ein Fünftel der hoch betagten Menschen 80+ auf einen Pflegeplatz angewiesen. Nachdem sich diese Bevölkerungsgruppe in den nächsten 20 Jahren fast verdoppeln wird (von 11'568 im Jahre 2005 auf 21'000 im Jahre 2025) ist diese Entwicklung eine grosse Herausforderung für das basellandschaftliche Gesundheitswesen.

5.2 Bedarfsplanung Basel-Stadt

5.2.1 Planungsgrundlagen

- Bericht zur Geriatrieversorgungsplanung des Kantons Basel-Stadt vom 27. April 2006 (RRB 06/16/16 vom 9. Mai 2006).
- Spitalversorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt (stationärer Bereich); Gemeinsamer Bericht zuhanden des Landrates Basel-Landschaft und des Grossen Rates Basel-Stadt, September 2005
- Bericht zur "Planung der geriatrischen Versorgung beider Basel" vom Januar 2007

- Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik (BfS) mittleres Szenario (AR-00-2005 Referenzszenario) aktualisiert im April 2008.

5.2.2 Die wichtigsten stationären Angebote im Kanton Basel-Stadt

Einrichtung	Leistungsauftrag	Planbetten
Felix Platter-Spital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geriatrie A (Akut) ▪ Geriatrie B (Rehabilitation Stütz- und Bewegungsapparat und Neurorehabilitation) 	259
Universitätsspital Basel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geriatrie A (Akut) 	28
Gemeindespital Riehen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geriatrie B (Rehabilitation) ▪ Geriatrie C (Langzeitpflege) 	28
Adullam Geriatriespital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geriatrie A (Akut) ▪ Geriatrie B (Rehabilitation) ▪ Geriatrie C (Langzeitpflege) 	85

Tabelle 3

Da sich im Kanton Basel-Stadt bereits vor längerer Zeit abgezeichnet hat, dass der Anteil der betagten Bevölkerung schneller und früher als in der übrigen Schweiz ein hohes Niveau erreichen würde, wurde schon früh auf den damit verbundenen zunehmenden Bedarf an altersspezifischen Pflegeangeboten reagiert. Neben dem Ausbau von Pflegeheimplätzen wurde auch eine geriatrische Behandlungskette implementiert, die den spitalbedürftigen älteren Menschen bedarfsgerecht vom Akutspital zur Behandlung ins Geriatriespital führt, von wo er – wenn immer möglich – selbständig, unterstützt durch den Besuch eines Tagespflegeheims oder mit Spitex-Betreuung nach Hause entlassen wird.

Durch diese lange Erfahrung mit der geriatrischen Behandlungskette und durch ihre konsequente Umsetzung werden im Kanton Basel-Stadt geriatrische Patienten rascher in die für sie geeignete Behandlungskette eingewiesen. Das ist nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern entlastet auch die Bettenkapazitäten in den Akutspitälern und insbesondere im Universitätsspital Basel.

5.2.3 Veränderung der Bevölkerungsstruktur zwischen 2005 und 2025 im Kanton Basel-Stadt

Alter	2005	2010	2015	2020	2025
65+	38'532	38'869	39'335	39'487	40'532
65+ pro Total	20.71%	21.32%	21.82%	22.18%	23.04%
Index 65+ (Basis 2005)	100.00%	100.87%	102.08%	102.48%	105.19%
80+	12'417	13'512	13'865	13'793	14'307
80+ pro Total	6.68%	7.41%	7.69%	7.75%	8.13%
Index 80+ (Basis 2005)	100.00%	108.82%	111.66%	111.08%	115.22%

Tabelle 4

Quelle: Bundesamt für Statistik Bevölkerungsprognose mittleres Szenario (AR-00-2005 = Referenzszenario); aktualisiert im April 2008.

Wie unter Kapitel 4.2.2 schon angeführt, stieg der Anteil der betagten Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt schneller als in den anderen Kantonen an. Dies ist vor allem auf die starke Abwanderung von jungen Familien aus dem Stadt- in den Landkanton in den 70er- und 80er-Jahren zurückzuführen.

Die dadurch schon früh gesunkene Geburtenrate im Kanton Basel-Stadt hatte zur Folge, dass die für den Rest der Schweiz prognostizierte Zunahme der älteren Personen in der Gesamtbevölkerung in Basel-Stadt deutlich früher eingesetzt hat. In den nächsten Jahren soll deshalb gemäss Prognosemodell des BfS die Entwicklung der betagten und hochbetagten Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt nicht so stark wie in anderen Kantonen ansteigen.

Das für die Geriatriespitäler wichtige Alterssegment der hochbetagten Bevölkerung (Altersgruppe 80+) wird im Kanton Basel-Stadt bis zum Jahr 2025 noch um prognostizierte 1'890 Personen bzw. 15.2% (2005 – 2025) zunehmen.

5.3 Planung der geriatrischen und rehabilitativen Versorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt

5.3.1 Regionale Spitalplanung

Im gemeinsamen Bericht zur Spitalversorgung Basel-Landschaft und Basel-Stadt (stationärer Bereich) vom September 2005 wurde die Absicht beider Regierungen festgehalten, die Entwicklung der geriatrischen Versorgung in beiden Kantonen im ständigen Dialog zu begleiten und eine gemeinsame Bedarfsplanung inkl. Aufnahme in die Spitalliste als Option zu prüfen.

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft haben im September 2006 einen gemeinsamen Bericht zur Planung der Geriatrischen Versorgung beider Basel erarbeitet. Dabei wurden die Planungsparameter von Basel-Stadt und Basel-Landschaft verglichen, die Unterschiede aufge-

zeigt und Vernetzungsmöglichkeiten dargelegt. Die Aufträge des gemeinsamen Planungsberichts zur geriatrischen Versorgung beider Basel wurden folgendermassen definiert:

1. Überprüfung der erforderlichen Kapazitäten für die spitalgebundene Versorgung der Hochbetagten vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung.
2. Vorschläge zur Koordination der Leistungsaufträge Geriatrie zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

5.3.2 Die geriatrische Behandlungskette

Die geriatrische Behandlungskette soll grundsätzlich sicherstellen, dass eine optimale Betreuung von zum Teil multimorbiden betagten Menschen möglich ist. Das Ziel ist in der Regel die Wiederherstellung der Selbständigkeit und die Entlassung nach Hause.

Da in Fachkreisen lange die Meinung bestand, dass die Behandlungsketten der beiden Kantone bzw. des Kantonsspitals Bruderholz und des Felix Platter-Spitals zu grosse Unterschiede für eine gemeinsame Bedarfsplanung aufweisen würden, wurden intensive Gespräche zwischen den medizinisch und administrativ Verantwortlichen des Kantonsspitals Bruderholzspital (KSB) und des Felix Platter-Spitals (FPS) geführt und die Thematik eingehend analysiert. Am Ende dieses Prozesses stand die Erkenntnis, dass die geriatrischen Behandlungsketten, bezogen auf die Geriatrie und Rehabilitation, nahezu identisch sind. Die wesentlichen Unterschiede sind aus nachstehender Tabelle ersichtlich.

Leistungsangebot	Kantonsspital Bruderholz	Felix Platter-Spital
Psychogeriatric, geschlossene Abteilung	Nicht vorhanden, Sicherstellung durch KPD	Vorhanden (42 Betten)
Notfallversorgung	Integriert	Systemgrenze, Sicherstellung durch das Universitätsspital Basel
Tagesklinik	Nicht vorhanden – im Neubau aber geplant	vorhanden

Tabelle 5

An einer gemeinsamen Tagung der Fachspezialisten aus den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt vom 20. August 2008 wurden in Bad Bubendorf die im Vorfeld der gemeinsamen Sitzung erarbeiteten Kenntnisse präsentiert und diskutiert. Aufgrund der an dieser Tagung gemachten Aussagen und der erhaltenen Einsichten, dass ein gemeinsames Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation die Bedürfnisse beider Kantone am wirkungsvollsten abdecken könnte, wurden im Wesentlichen folgende Resultate festgehalten:

- Geriatrie und Rehabilitation sind im Felix Platter Spital (FPS) und im Kantonsspital Bruderholz (KSB) aus medizinischen Gründen als Einheit konzipiert.
- Die Geriatrische Abklärung und Behandlung und die Geriatrische internistische Nachbehandlung sowie die muskuloskeletale geriatrische Rehabilitation und die Neurorehabilitation im FPS und im KSB sind vergleichbar.
- Die Geriatrieprozesse im FPS und im KSB sind weitgehend gleich.

- Der Leistungsauftrag Geriatrie des FPS umfasst eine stationäre Psychogeriatric. Im Kantonsspital Bruderholz werden demente und "delirante" Patientinnen und Patienten in der Medizinischen Klinik oder auf der Geriatrie behandelt und, wenn eine entsprechende Indikation vorliegt, in die Kantonalen Psychiatrischen Dienste nach Liestal verlegt.
- Die Zielsetzungen der Übergangspflege im FPS und im KSB sind vergleichbar. Es geht darum, die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf die Rückkehr nach Hause zu "trainieren". Im FPS ist die Übergangspflege eine eigene Station, im KSB integraler Bestandteil des geriatrischen oder rehabilitativen Behandlungsprozesses.
- Die Passerelle ist im FPS eine Station mit Status eines Pflegeheimes. Im KSB werden Patientinnen und Patienten, die nicht mehr spitalbedürftig sind, aber ein Bett belegen, ebenfalls auf der Basis des Baselbieter Gesetzes über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA) abgerechnet. Das Angebot ist aber nicht auf einer Station zusammengefasst. Vielmehr warten diese Personen in Betten der akutmedizinischen Abteilungen oder in der Geriatrie.
- Das Angebot einer Tagesklinik gemäss Leistungsauftrag des FPS besteht im KSB noch nicht, ist aber ebenfalls geplant.

Aus Sicht der Behandlungskette ist es sinnvoll, bei Errichtung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz das heutige Leistungsangebot des Kantonsspitals Bruderholz im Bereich Geriatrie/Rehabilitation und das Leistungsangebot des heutigen geriatrischen Kompetenzzentrums des Felix Platter Spitals in die gemeinsame Institution zu überführen. So können Synergien genutzt und Doppelspurigkeiten vermieden werden.

5.3.3 Gemeinsame Bedarfsanalyse

Die Bedarfsplanung von Spitalkapazitäten ist auch von Entwicklungen und Tendenzen in der Gesamtbevölkerung abhängig. Einige wichtige Einflussgrössen und ihre Auswirkungen auf die Kapazitätsplanung seien hier aufgezeigt:

- Die Lebenserwartung nimmt gemäss jüngsten Prognosen kaum mehr zu und wird sich vermutlich auf dem heutigen Niveau einpendeln. Eine Änderung der Lebenserwartung durch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bekannte Einflüsse kann aber nie ausgeschlossen werden.
- Der medizinische Fortschritt bewirkt nicht nur eine Erhöhung der Lebenserwartung, sondern bewirkt oft auch - so durch Entwicklung von neuen Medikamenten oder Verbesserung von Therapiemethoden - eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital. Sollte die Entwicklung von wirksamen medikamentösen Therapien gegen Altersdemenz (insbesondere Morbus Alzheimer und hirndurchblutungsbedingte Demenzformen) eines Tages gelingen, wird dies sicher einen gewissen Nachfragerückgang bei den stationären Angeboten insbesondere im Geriatriebereich zur Folge haben. Da ein therapeutischer Durchbruch in diesem Bereich bis jetzt jedoch nicht absehbar ist, sind Abschätzungen zu den konkreten Veränderungen schwierig und nicht zweckmässig. Unbestritten ist jedoch, dass durch den medizinischen Fortschritt in den letzten Jahren die Aufenthaltsdauer im Spital gesenkt wurde und dieser Trend auch in Zukunft fortbestehen wird.

- Durch die Verstärkung von ambulanten und teilstationären Angeboten wie z.B. Spitex, ambulante Rehabilitation und Tagespflegeheime, kann die Spitalaufenthaltsdauer im Geriatriebereich verkürzt und können teure Spitalkapazitäten eingespart werden. Im Gegenzug dazu müssen aber das Spitex-Angebot und die Kapazitäten von Tagespflegeheimen ausgebaut werden. Das Potential der Pflege zu Hause ist jedoch beschränkt. Je nach Pflegebedürftigkeit der betroffenen Personen kann die Unterbringung in einem Pflegeheim sogar kostengünstiger sein.
- Das revidierte Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2009 mit einer Übergangsfrist von drei Jahren die freie Spitalwahl eingeführt werden soll. Damit können sich Patientinnen und Patienten auch in einem ausserkantonalen Spital behandeln lassen, was eine sinnvolle Planung von Kapazitäten noch zusätzlich erschweren wird.

Aus all diesen Gründen wird es unerlässlich sein, laufend eine rollende Bedarfsplanung vorzunehmen.

5.3.4 Herleitung des geplanten Bedarfs für das gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation

Akutgeriatrie Basel-Landschaft

Der Kanton Basel-Landschaft rechnet für die Ermittlung der Akutgeriatrie-Betten mit einem Faktor von 0,62 pro 100 Einwohner über 80 Jahre (siehe nachstehende Tabelle).

Prognose BL	2005	2010	2015	2020	2025
Bevölkerungsprognose 80+	11'568	14'152	16'361	18'260	21'015
Bettenbedarf: Berechnung gem. aktuellen Akutgeriatriebetten BL (0.62 / 100 80+)	72	88	102	114	131

Tabelle 6

Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognosen ergibt sich ein Mehrbedarf von 59 Betten (Differenz zwischen 2005 mit 72 Betten und 2025 mit 131 Betten) in der Akutgeriatrie.

Da der Kanton Basel-Landschaft den künftigen Mehrbedarf an Akutgeriatriebetten gemäss Prognose für das Jahr 2025 gesamthaft im neuen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation realisieren will, werden die Akutgeriatriekapazitäten in den Kantonsspitalern Liestal und Laufen auch für das Jahr 2025 konstant gehalten (siehe nachfolgende Tabelle).

Spital	Heutige Bettenkapazität	Bettenkapazität 2025
Bruderholz	41 Betten	100 Betten
Liestal	16 Betten	16 Betten
Laufen	15 Betten	15 Betten
Total	72 Betten	131 Betten

Tabelle 7

Bei der Analyse der Behandlungsketten zwischen dem Kantonsspital Bruderholz und dem Felix Platter-Spital hat sich gezeigt, dass die geriatrische Rehabilitation sinnvollerweise im gemeinsamen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation untergebracht werden sollte. Damit ist die geriatrische Behandlungskette der Kantone BS/BL nahezu identisch. Die heute im KSB betriebenen 46 Rehabilitationsbetten sollen deshalb neu in das gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation eingebracht werden.

Der Kanton Basel-Landschaft will die Kapazitäten (46 Betten) für die Rehabilitation bei Verdoppelung des Anteils der über 80-jährigen und leicht abnehmender Gesamtbevölkerung konstant halten und sich so seine Flexibilität für den Leistungseinkauf erhalten. Real dürfte dies bedeuten, dass die "eigenen" Rehabilitationskapazitäten zu Gunsten der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft zumindest vorübergehend reduziert werden, dafür besteht im Gegenzug die Möglichkeit, flexibel auf veränderte Angebote und Mengen reagieren zu können.

Im Bericht zur Landratsvorlage vom 20. September 2005 wird diesbezüglich Folgendes festgehalten:

"Aufgrund der schwer einschätzbaren Entwicklung im Rehabilitationsbereich wird der Kanton Basel-Landschaft die Bettenkapazitäten in den Kantonsspitalern nicht erhöhen."

Der Kanton Basel-Landschaft unterhält traditionell mit der Reha Rheinfelden und der Chrischonaklinik einen sehr grossen Transfer zur Versorgung der Bevölkerung mit Rehabilitationsleistungen. Diese beiden Kliniken übernehmen einen namhaften Anteil der Patientenversorgung der muskuloskelettalen Rehabilitation sowie der Neurorehabilitation für den Kanton Basel-Landschaft. Im Jahr 2007 wurden von diesen beiden Institutionen ca. 26'000 Pflegetage für den Kanton Basel-Landschaft erbracht. Teilweise werden auch Leistungen der Neurorehabilitation von der REHAB Basel übernommen.

Bis zum Jahr 2025 ist mit der demographische Entwicklung im Kanton Basel-Landschaft eine Erhöhung des Bedarfs in diesem Bereich zu erwarten. Aufgrund der medizinischen Entwicklung kann die Grössenordnung des Mehrbedarfs an stationären Rehabilitationskapazitäten nicht exakt quantifiziert werden. Die Schwankungen des Bedarfs sollen vom Kanton Basel-Landschaft über die Verträge mit externen Anbietern aufgefangen werden. Bei der Versorgung der Bevölkerung mit Rehabilitationsleistungen wird deshalb auch in Zukunft ein namhafter Anteil der Versorgung über Institutionen in den Kantonen Basel-Stadt und Aargau gesichert, namentlich durch die Reha Chrischona und die Reha Rheinfelden. Damit soll auch verhindert werden, dass mit der kontinuierlichen Zunahme der ambulanten Rehabilitation eigene Überkapazitäten geschaffen werden.

Die heute ebenfalls schon im KSB vorhandenen vier Passerellen-Betten (Patienten im Wartestatus für einen Pflegeheimplatz) sollen ebenfalls ins neue gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation integriert werden.

Damit ist gesamthaft mit folgendem Bettenbedarf des Kantons Basel-Landschaft im gemeinsamen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation für das Jahr 2025 zu rechnen:

Bettenzahl Kantonsspital Bruderholz	Betriebene Betten heute	Planbetten 2025
Rehabilitation KSB	46	46
Akutgeriatrie KSB	41	100
Gesamthft (Spitalfinanzierung)	87	146

Tabelle 8

Bei den Passerellen-Betten werden vom Kanton Basel-Landschaft in der Planung vier Betten berücksichtigt. Es gilt jedoch zu erwähnen, dass zur Zeit im Kantonsspital Bruderholz durchschnittlich rund zehn Betten von Patienten beansprucht werden, welche auf einen Pflegeplatz warten. Bei einer anhaltend hohen Tendenz zur Schaffung von Pflegeheimplätzen, was durch die im Gesetz verankerten kantonalen Investitionsbeiträge begründet ist, kann der Anteil an Passerellen-Betten in den Spitälern weiterhin auf diesem eher tiefen Niveau gehalten werden.

Einrichtung	Planbetten Betten heute	Planbetten 2025
Passerelle	4	4

Tabelle 9

Geriatrische Abklärung und Akutbehandlung Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt rechnet für die Ermittlung der geriatrischen Abklärungs- und Akutbehandlungsbetten mit einem Faktor von 0.68 pro 100 Einwohner über 80 Jahre (siehe nachstehende Tabelle). Der für den Kanton Basel-Stadt leicht höhere Faktor ist auf geringfügige Unterschiede in der geriatrischen Behandlungskette zwischen den beiden Partnerkantonen zurückzuführen.

Prognose BS	2005	2010	2015	2020	2025
Bevölkerungsprognose 80+	12'417	13'512	13'865	13'793	14'307
Bettenbedarf: Berechnung gem. aktuellen geriatrische Abklärung und Akutbehandlungsbetten BS (0,68 / 100 80+)	84	92	94	94	97

Tabelle 10

Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognosen ergibt sich ein Mehrbedarf von 13 Betten (Differenz zwischen 2005 mit 84 Betten und 2025 mit 97 Betten) in der geriatrische Abklärung und Akutbehandlung

Der Kanton Basel-Stadt beabsichtigt, den geriatrischen Bettenbedarf gemäss Prognose für das Jahr 2025 gesamthft im neuen gemeinsamen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation zu realisieren.

Da der Kanton Basel-Stadt das Felix Platter-Spital mit seinem gesamten Leistungsspektrum ersetzen muss, welches ja nicht nur die geriatrische Abklärung und Akutbehandlung und Rehabilitation umfasst, sondern auch die Psychogeriatric und die geriatrische internistische Nachbehandlung beinhaltet, ergibt sich für den Kanton Basel-Stadt folgender Gesamtkapazitätsbedarf für das Jahr 2025:

Bettenbedarf Kanton Basel-Stadt (Ersatz FPS)	Betriebene Betten heute	Planbetten 2025
	84	97
Geriatrische internistische Nachbehandlung	42	42
Geriatrische Rehabilitation Bewegungsapparat und Neuro- Rehabilitation	80	71
Psychogeriatric	42	40
Gesamthaft (Spitalfinanzierung)	248	250

Tabelle 11

Aufgrund der einer Kapazitätsplanung inhärenten Ungenauigkeit rechnet der Kanton Basel-Stadt mit einer Planbettengrösse für das Jahr 2025 mit rund 250 Geriatriespital-Planbetten. Die Kapazität der jetzt schon bestehenden Passerelle (Pflegepatienten mit Wartestatus auf einen Pflegeheimplatz) soll um vier Betten reduziert werden. Die entsprechenden Planzahlen sehen für den Kanton Basel-Stadt wie folgt aus:

Einrichtung	Planbetten Betten heute	Planbetten 2025
Passerelle	40	36

Tabelle 12

5.3.5 Gemeinsame Bedarfsprognose

Die Planung eines gemeinsamen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation für den Kanton Basel-Stadt und den unteren Kantonsteil des Kantons Basel-Landschaft basiert auf einer gemeinsamen Bedarfsplanung. Der künftige Mehrbedarf an Akutgeriatriebetten (Kanton BL) soll gesamthaft im neuen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation realisiert werden. Da der Bedarf pro Kanton sich unter Umständen unterschiedlich entwickelt, kann in einem gemeinsamen Zentrum eine ansteigende Nachfrage im einen Kanton durch ein allfälliges Überangebot im Partnerkanton ausgeglichen werden.

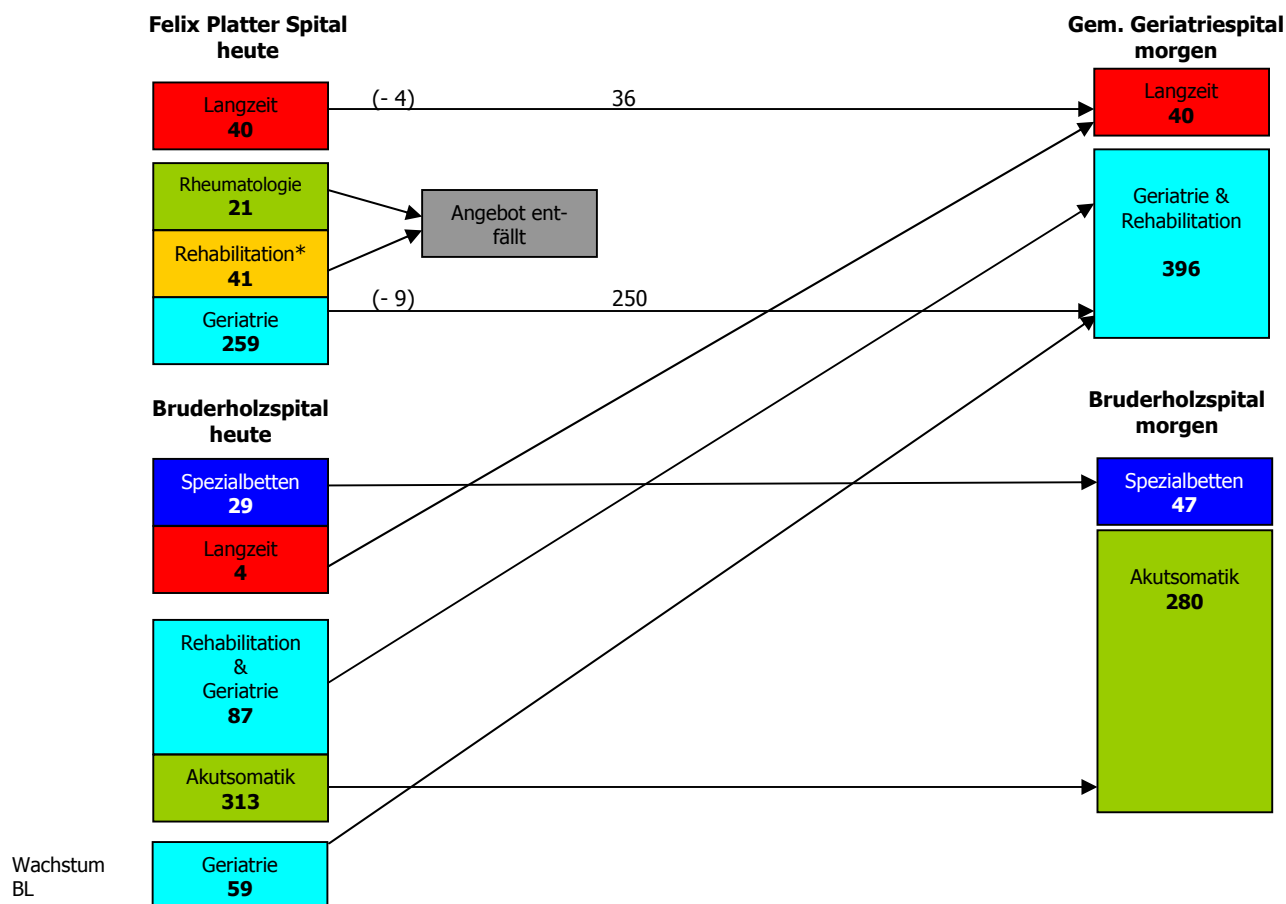
Aufgrund der für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt hergeleiteten Bedarfsprognosen und der heute vorhandenen Kapazitäten wird von nachfolgender Entwicklung für das Jahr 2025 ausgegangen:

Kantonsspital Bruderholz (KSB) & Felix Platter-Spital (FPS)			KBS & GKZ auf dem Bruderholz	
Anzahl Betten	FPS Planbetten heute	KSB Planbetten heute	Planbetten KSB 2025	Planbetten GKZ 2025
Akutsomatik		313	280	
Rehabilitation BL		46		46
Rehabilitation (Orthopädische Früh-Reha- und Rheuma- Rehabilitation) BS				
Geriatrie BL	41	41		100
Geriatrie BS	259		0	250
Rheumatologie BS	21			0
Spitalbetten¹	321	400	280	396
Spitalbetten gemäss Spitalliste BS/BL		721		676
Bettenabbau Spitalliste				-45
Passerelle	40	4		40
Spezialbetten (IPS, Notfall, TK)		29	47	
Gesamtbettenkapazität	361	433	327	436
Gesamtkapazität BS/BL		794		763
Gesamtkapazitätsreduktion				-31

Tabelle 13

¹ Gemäss Spitalliste

Nachfolgende Grafik zeigt die Verschiebungen und entsprechenden Kapazitäten schematisch auf:



* = Orthopädisch Frührehabilitation und Rheuma-Rehabilitation

5.3.6 Gemeinsames Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz

Das gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation soll somit aufgrund der hergeleiteten Bedarfsprognosen für das Jahr 2025 insgesamt 436 Betten aufweisen. Damit sind für den Kanton Basel-Landschaft für die Kapazitätsplanung des Jahres 2025 100 Planbetten für die Geriatrie plus die bisherigen 46 Betten Rehabilitation plus vier Planbetten Langzeit (Passerelle) vorzusehen.

Für den Kanton Basel-Stadt umfasst der Bedarf 250 Planbetten für die Geriatrie plus 36 Langzeit-Betten (Passerelle).

Der geplante Bau eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation hat selbstverständlich - nebst den hier angeführten Punkten - auch noch weitere Konse-

quenzen auf das Gesamtgesundheitssystem der beiden Kantone. Dies bedeutet unter anderem auch:

- Die rheumatologischen stationären Kapazitäten des Felix Platter-Spitals (insgesamt 21 Planbetten) müssen dannzumal in eine andere Institution überführt werden. Hierzu führen die beiden Kantone Sondierungsgespräche mit den Bethesda-Spitalverantwortlichen.
- Die orthopädische Frührehabilitation- und Rheuma-Rehabilitation des FPS mit 41 Betten ist nicht Bestandteil des Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation und muss im Rahmen der baselstädtischen Rehabilitationsplanung neu platziert werden.
- Das heute 404 Betten betreibende Bruderholzspital (Bettenstation inkl. Passerelle ohne Spezialbetten) umfasst nach seiner Gesamterneuerung noch 280 Betten (Bettenstation ohne Spezialbetten und ohne Rehabilitation/Geriatrie).

6. Neubau des gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz

6.1 Konzept

6.1.1 Überblick

Auf dem Areal Bruderholz entsteht ein Akutspital (erweiterte Grundversorgung und z.T. spezialisierte Versorgung) sowie ein Kompetenzzentrum für akutgeriatriische Behandlung und Rehabilitation. Die beiden Betriebe sind eigenständig und werden auch je einen eigenen Eingangsbereich haben. Die vielen Synergien bezüglich Diagnostik, Behandlung und Therapie sowie den verschiedenen Servicefunktionen wie Verpflegung, Ver- und Entsorgung, Gebäudemanagement und Infrastruktur sollen optimal genutzt werden. Die einzelnen Bereiche sind jeweils dem Betrieb mit der klar grösseren Frequenz zugeordnet. Vom anderen Betrieb benötigte Leistungen werden eingekauft. Die Standorte derjenigen Bereiche (Raumgruppen) mit Leistungen für beide Betriebe sind so zu wählen, dass die Betriebskosten minimal werden.

Mit dem Fokus bestmöglicher Synergienutzung wurde in den Vorbereitungsarbeiten gemeinsam festgelegt, wer welche Leistungen für die beiden Betriebe zu erbringen hat und was in beiden Betrieben autonom erstellt wird. Dazu einige Beispiele mit gemeinsamer Nutzung: Es gibt nur eine Notfallaufnahme. Diese steht unter der Leitung des Kantonsspitals Bruderholz. Je nach Diagnose erfolgt dann entweder die Entlassung der Patientin oder des Patienten nach Hause oder die stationäre Aufnahme im Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation oder im Kantonsspital Bruderholz. Radiologische Untersuchungen benötigen vorab Notfallpatienten, aber auch stationären Patientinnen und Patienten des Kantonsspitals Bruderholz und des Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation. Die grösste Frequenz generieren ambulante Patientinnen und Patienten. Da ein Satellit betrieblich unwirtschaftlich ist, muss die Anordnung so erfolgen, dass die Wege für alle Patiententransporte kurz sind und die Erreichbarkeit für ambulante Patientinnen und Patienten einfach ist. Zudem sind die

Wege der ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten möglichst getrennt zu führen. Auch die meisten Untersuchungen (z.B. Endoskopie, Kardiologie, Urologie) stehen unter der Leitung des Kantonsspitals Bruderholz, erbringen jedoch auch Leistungen für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten des Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation. Ebenfalls gemeinsam genutzt und unter Leitung des Akutspitals sind das Zentrallabor und die Apotheke. Die Abklärung und Behandlung der vielschichtigen Erkrankungen im Alter (Polymorbidität, Demenz) samt Rehabilitation mit Schwerpunkt Therapien (Physio-, Ergo-, Logotherapie) ist dem Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation zugeordnet. Da jedoch auch viele Patientinnen und Patienten des Akutspitals Physiotherapie benötigen, müssen diese Leistungen an beiden Orten angeboten werden.

Auch die Servicebereiche und -Leistungen werden, soweit zweckmässig, zusammen gefasst. Die Speisenproduktion erfolgt zentral. Wegen der engen Zeitfenster für die Belieferung der Stationen und der beschränkten Haltbarkeit, muss die Verteilung rasch und einfach erfolgen können. Getrennt betrieben werden hingegen die Cafeteria wegen der unterschiedlichen "Kundschaft". Vorgesehen ist je ein Personalrestaurant für das Kantonsspital Bruderholz und das Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation mit direkter Anbindung an die Küche (Vertikalverbindung) und gemeinsamer Infrastruktur.

Das Gebäudemanagement sowie die Ver- und Entsorgung samt Lager sollen für beide Betriebe zusammen gefasst werden. Der Standort der betreffenden Räume ist entsprechend optimal zu wählen.

6.1.2 Personal

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des geriatrischen Kompetenzzentrums des Felix Platter Spitals und des Bereichs Geriatrie / Rehabilitation des Kantonsspitals Bruderholz werden mit gleichen öffentlich-rechtlichen Arbeitsverhältnissen ins Gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation transferiert. Die Anstellungsbedingungen richten sich nach den personalrechtlichen Bestimmungen für das basellandschaftliche Staatspersonal. Zur Gewährleistung der beruflichen Vorsorge seines Personals schliesst sich das Gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation der Basellandschaftlichen Pensionskasse (BLPK) an. Die Bedingungen für das Personal entsprechen denjenigen, die für das Personal des Kantons Basel-Landschaft gelten.

Diese Grundzüge der zukünftigen Ausgestaltung des Gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation sind im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten zur Gründung des gemeinsamen Kompetenzzentrums selbstverständlich noch im Detail auszuformulieren und im Staatsvertrag zu verankern.

6.1.3 Grundsätze zur Ausgestaltung der Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge an das gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation sollen sich in Form und Ausgestaltung - wo sinnvoll und aktuell - an die Leistungsaufträge, welche an das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) gesprochen wurden, anlehnen. Da das UKBB schon unter einer gemeinsamen Trägerschaft von Kanton Basel-

Landschaft und Basel-Stadt arbeitet, sollte darauf geachtet werden, dass auch das geplante zweite bi-kantonal getragene Spital den schon vorhandenen Grundsätzen unterliegt.

Der Leistungsauftrag des UKBB umfasst aktuell eine Leistungsvereinbarung, einen Leistungsbeschreibung und einen Detailleistungsauftrag ohne Leistungsmengen. Neuere und präzisere Vorgaben, wie z.B. die auf Basis eines Globalbudgets ausgearbeiteten Leistungsaufträge, können jederzeit Eingang in die Erarbeitung der definitiven Leistungsaufträge des gemeinsamen Kompetenzzentrums finden.

Die geltenden Bestimmungen aus der KVG-Revision und der Fallpreisabrechnung gemäss SwissDRG werden berücksichtigt.

6.1.4 Die verschiedenen Arten von Leistungsaufträgen

Die Leistungsaufträge an das gemeinsame Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation sind grob in folgende Bereiche unterteilbar:

Allgemeine Grundsätze

- Aufnahmepflicht
- Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Dienstleistungen / Angebot / Produktgruppen

- Akutgeriatrie
- geriatrische internistische Nachbehandlung
- Rehabilitation
- Psychogeriatric
- Ambulatorien und Spezialabklärungen
- Medizinische Therapien

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Nebenbetriebe)

- Nicht KVG-Pflichtleistungen

Ausserordentliche Lagen

- Einbezug bei Katastrophen
- Grossereignisse

Qualitätssicherung / Reporting / Controlling

- Qualitätssicherungs-Reporting
- Kodierrevision
- Finanzreporting auf Basis REKOLE
- Kennzahlen-Reporting

6.2 Bauvorhaben

6.2.1 Standort und Situation

Eine detaillierte Standortevaluation (vgl. Standortevaluation Kantonsspital Bruderholz, Schlussbericht vom 14. Februar 2006) im Vorfeld der Planung für die Sanierung und Erneuerung des Kantonsspitals Bruderholz führte zum Schluss, dass der bestehende Standort unter Berücksichtigung aller massgebenden Faktoren den am besten geeigneten darstellt. Die im Rahmen dieser Bewertung durchgeführten Machbarkeitsstudien haben weiter aufgezeigt, dass auf dem Areal des KSB die Erstellung eines zweiten neuen Bettenhauses grundsätzlich möglich ist.

Mit der Vorlage 2006/135 vom 16. Mai 2006 betreffend Sanierung und Erweiterung Kantonsspital Bruderholz, Grundsatzentscheid und Lösungsstrategie hat der Landrat in seiner Sitzung vom 1. Februar 2007 den Standort Bruderholz bestätigt und den Regierungsrat beauftragt, eine entsprechende Projektierungskreditvorlage auszuarbeiten.

Mit der Projektierungskreditvorlage 2007/125 bewilligte der Landrat am 15. November 2007 den beantragten Kredit für die Durchführung des Wettbewerbs- und Planungsverfahrens bis und mit Teilen der Phase 41 nach SIA, um das ganze Verfahren zeitlich möglichst zu straffen. Gleichzeitig beauftragte er den Regierungsrat, in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt die Varianten gemeinsames Geriatriezentrum an den Standorten Bethesda und Bruderholz zu prüfen und dem Landrat zum Entscheid vorzulegen.

Entsprechend diesem Auftrag ist das Wettbewerbsverfahren für die Erneuerung des Kantonsspitals Bruderholz (Studienauftrag Stufe 1), welches im März 2008 eingeleitet worden ist, mit der Option "Variante Akutgeriatriezentrum beider Basel" ergänzt worden.

Auf der Basis der Testplanung der Standortevaluation und der Machbarkeitsstudie "GKZ am Diakonath Bethesda Basel" wurde die Lösungsstrategie für das Wettbewerbsprogramm 1. Stufe des Kompetenzzentrums Geriatrie mit 300 Betten abgeleitet. Die Machbarkeitsstudie ging summarisch von einem zweiten Bettenhaus westlich des bestehenden Flachbaus und teilweise im Bereich des heutigen UKBB mit Sockelgeschoss für die Akutgeriatrie und einer dazu notwendigen Geschossfläche von rund 26'000 m² Geschossfläche (GF) bzw. einer Nutzfläche (NF) von rund 15'000 m² aus. In diesen Flächen wurde ein eher grosses Synergiepotential stipuliert.

6.2.2 Wettbewerbsverfahren

Der Landrat hat am 15. November 2007 dem Projektierungskredit für die Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz (LRV 2007/125) und damit einem zweistufigen Auswahlverfahren zugestimmt. In einem ersten Schritt wurde ein Projektevaluationsverfahren gemäss den Bestimmungen des Submissionsgesetzes durchgeführt. Unter Berücksichtigung aller Faktoren und Rahmenbedingungen ist ein zweistufiger Studienauftrag im selektiven Verfahren als idealer Prozess ausgewählt worden. Um der Komplexität der Aufgaben-

stellung gerecht zu werden, wurde entschieden, mit dem Verfahren die Generalplanerleistungen auszuschreiben.

Die Ausschreibung des Verfahrens erfolgte im Amtsblatt Nr. 49 vom 6. Dezember 2007. Per 25. Januar 2008 wurden 21 Bewerbungen eingereicht. Am 25. Februar 2008 hat ein Ausschuss der Wettbewerbsjury (Fachjury) die Bewerbungen beurteilt und 15 Generalplanerteams für die 1. Stufe des Studienauftrags selektioniert. Die Bekanntgabe des Verfahrensentscheids erfolgte mit Entscheid der Bau- und Umweltschutzdirektion Nr. 78 vom 26. Februar 2008.

Am 4. März 2008 wurde das Wettbewerbsprogramm für die erste Stufe von der Regierung zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Bearbeitung der 1. Stufe Studienauftrag durch die Planerteams erfolgte vom 6. März 2008 bis 4. Juni 2008. Gemäss den Programmvorgaben wurden aufgrund der Juryempfehlung vier Planerteams für die 2. Stufe bestätigt.

Durch die Arbeiten am erweiterten Raumprogramm für das GKZ erfolgte der Start mit einer Verzögerung von zwei Monaten auf den ursprünglichen Fahrplan. Die Jurierung der 2. Stufe als Abschluss des Verfahrens wird im Mai 2009 stattfinden. Das siegreiche Projekt soll anschliessend den definitiven Auftrag zur Ausarbeitung der Vorprojekt- und Projektphasen nach SIA, entsprechend dem Projektierungskredit KBS und ergänzt um den mit dieser Vorlage beantragten Projektierungskredit GKZ, erhalten.

Wettbewerbsverfahren 1. Stufe, KSB mit Option GKZ

Die 1. Stufe Studienauftrag wurde mit 15 Generalplanerteams anonym durchgeführt. Im Zentrum stand die Planung für das neue Bettenhaus, insbesondere dessen städtebauliche Setzung, die betriebliche und räumliche Organisation, die interne Logistik, die interne und externe Erschliessung und Anbindung an die bestehenden Bauten sowie konzeptionelle Ansätze zum Thema Nachhaltigkeit, Energie und Gebäudetechnik. Als Option wurde in der 1. Stufe Studienauftrag verlangt, für die Erweiterung des Akutspitals mit einem Kompetenzzentrum Geriatrie Beider Basel die räumliche Platzierung aufzuzeigen und ein vom Kanton Basel-Landschaft rudimentär ermitteltes Raumprogramm auf Funktionsebene summarisch umzusetzen.

Am Donnerstag 3. Juli und Freitag 4. Juli 2008 trat die Jury zusammen und empfahl der Veranstalterin einstimmig vier Projekte zur Weiterbearbeitung für die 2. Stufe Studienauftrag. Mit Entscheid Nr. 1037 vom 15. Juli 2008 nahm der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft von der Empfehlung des Beurteilungsgremiums zustimmend Kenntnis.

Die gewählten Projekte zeichnen sich durch eine seriöse und sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Ort und der Aufgabe aus und zeigen in unterschiedlichen Ansätzen stimmige Lösungen bezüglich dem städtebaulichen Konzept sowie der Schaffung einer neuen Spitalanlage mit Identität. Die Projekte können die funktionalen Anforderungen im Hinblick auf rationale und patientenfreundliche Betriebs- und Prozessabläufe im Grundsatz erfüllen. Die Themen Nachhaltigkeit und Realisierbarkeit wurden konzeptionell gelöst. Das Begleitgremium sprach den vier empfohlenen Projekten grosses Potential für die Weiterbearbeitung zu.

Wettbewerbsverfahren 2. Stufe, KSB und GKZ integriert

Die Aufgabe der 1. Stufe des Studienauftrages umfasste die Prüfung der Machbarkeit eines eigenständigen gemeinsamen Geriatriekompetenzzentrums am Standort Bruderholz für die stationäre Versorgung der Baslerinnen und Basler, die heute im FPS behandelt werden, und der Baselbieterinnen und Baselbieter, die im Versorgungsgebiet Bruderholzspital wohnen. Dazu war ein eigenständiger Bau mit 300 Betten gefordert. Die Resultate der 1. Stufe haben gezeigt, dass die notwendigen Flächen sowohl für das Akutspital wie auch für das Geriatriezentrum in der gewünschten Qualität am Standort Bruderholz realisiert werden können.

Die zwischenzeitlichen politischen und betrieblichen Präzisierungen haben zum Programm für die 2. Stufe des Wettbewerbs des Kantonsspitals Bruderholz mit 280 stationären Betten und dem gemeinsamen Kompetenzzentrum für Geriatrie und Rehabilitation (GKZ) mit 436 Betten geführt. In einem äusserst kurzen aber intensiven Dialog mit den beteiligten Nutzern von beiden Seiten wurde ein Raum- und Funktionsprogramm erstellt und die möglichen baulichen und betrieblichen Synergien zwischen den beiden Betrieben festgelegt (vgl. auch 5.2.3).

Die 2. Stufe des Studienauftrags legt den Fokus auf die Themen architektonische und konstruktive Bewältigung, Patientengerechtigkeit und Raumanordnung, Wirtschaftlichkeit (Investitions- und Betriebskosten) und Etappierung. Bei der Aufgabenstellung nehmen die Themen rationelle und patientenfreundliche Betriebs- und Prozessabläufe in einer detaillierten Bearbeitungstiefe sehr hohen Stellenwert ein. Weitere, detailliert zu bearbeitende Themen werden Nachhaltigkeit, Energie und Gebäudetechnik sein. Die 2. Stufe wird nicht anonym durchgeführt und findet im Dialog zwischen den Teilnehmenden Generalplanerteams des Studienauftrags und dem Beurteilungsgremium, beziehungsweise den Experten statt.

Weiteres Vorgehen

Das Generalplanerteam, welches mit seinem Projektvorschlag die Zuschlagskriterien der 2. Stufe Studienauftrag am besten erfüllt, soll mit der Projektierung des Vorhabens und - unter Vorbehalt der Kreditgenehmigung durch den Landrat des Kantons Basel-Landschaft und den Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt - mit der Ausführungsplanung und der Realisierung beauftragt werden.

6.2.3 Raum- und Flächenprogramm

Für die Arbeit der Planerteams in der 2. Stufe des Studienauftrags musste das vorliegende Raum- und Funktionsprogramm für die Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz und das summarisch und bereichsweise erfasste Raumprogramm eines Akutgeriatriezentrums raumscharf und detailliert ausformuliert werden. Dies gelang in nur zwei Monaten in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit den verantwortlichen Nutzern von Seiten des Felix Platter-Spitals (FPS) und des Kantonsspitals Bruderholz (KSB). Das Raum- und Funktionsprogramm des gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation (GKZ) und des angepassten KSB zusammen mit den entsprechenden Prozessschemas, Logistikkonzepten und Regelgeschossen der Pflegeabteilungen wurden von den beiden Ge-

sundheitsdirektionen und den beiden Spitälern als Basis für den Wettbewerb 2. Stufe genehmigt.

Aufgrund des engen Zeitfensters für die Ausarbeitung der Nutzerbedürfnisse und Leistungsvorgaben für das gemeinsame Zentrum, hat es durchaus noch Unschärfen im Programm, die im Weiteren durch Leistungszahlen und Vorgaben zu bestätigen sein werden, um mit dem voraussichtlichen Start des Vorprojektes im Juni 2009 in allen Bereichen eine klare Definition zu haben, wie das GKZ nach der Eröffnung auf dem Bruderholz funktionieren muss.

Durch die enge Zusammenarbeit mit dem GKZ hat sich das Raumprogramm im Vergleich zum Wettbewerb Stufe 1 bei mehreren Raumgruppen verändert. Zusätzliche Flächen werden im Diagnostik- und Behandlungsbereich sowie bei der Ver- und Entsorgungskette benötigt. Die Projektierung der Planerteams in der 2. Stufe des Studienauftrags hat aufzuzeigen, wie im Rahmen der Anforderungen an die Projektierung das genehmigte Raumprogramm optimal und patientengerecht erfüllt werden kann.

Auf dem Bruderholz entsteht somit ein Akutspital mit erweiterter Grundversorgung und zum Teil spezialisierter Versorgung sowie ein Kompetenzzentrum für akutgeriatrische Behandlung und Rehabilitation. Die vielen Synergien bezüglich Diagnostik, Behandlung und Therapie sowie den verschiedenen Servicefunktionen wie Verpflegung, Ver- und Entsorgung, Gebäudemanagement und Infrastruktur sollen optimal genutzt werden. Die einzelnen Bereiche sind jeweils dem Betrieb mit der klar grösseren Frequenz zugeordnet. Vom anderen Betrieb benötigte Leistungen werden eingekauft. Die Standorte derjenigen Bereiche (Raumgruppen) mit Leistungen für beide Betriebe sind so zu wählen, dass die Betriebskosten minimal werden.

Auf Basis dieser Vorgaben ergeben sich folgende Nutzflächen für das GKZ:

Funkt. Nr.	Raumgruppen	Sollflächen GKZ (NF in m ²)
1.00	Untersuch und Behandlung	3'612
1.01	Kliniken, Institute / Kaderärzte	465
1.02	Diagnostik und Behandlung	1'092
1.03	Labor	0
1.04	Therapien und Beratungen	2'055
1.05	Chirurgie	0
1.06	Chirurgische Behandlungen	0
2.00	Pflege	14'396
2.01	Leitung Pflegebereich	180
2.03	Pflegestationen	14'216

Funkt. Nr.	Raumgruppen	Sollflächen GKZ (NF in m2)
3.00	Verwaltung	1'670
3.01	Direktion und Stabsstellen	146
3.02	Finanzen und Controlling	76
3.03	IT	140
3.04	Personaldienst	188
3.05	Technischer Dienst / Werkstätten	0
3.06	Ökonomie (Hotellerie)	180
3.08	Zentralarchiv	336
3.09	Bibliothek	50
3.10	Schulung / Konferenz	554
4.00	Sozialbereich	2'056
4.01	Information / Empfang	394
4.03	Seelsorge	269
4.04	Dienstleistungen	46
4.05	Verpflegung	747
4.06	Zentralgarderoben	600
4.08	Pikettzimmer	0
5.00	Ver- und Entsorgung	536
5.01	Apotheke	0
5.02	Zentralsterilisation	0
5.03	Bettenzentrale / Bettenreinigung	174
5.04	Küche	0
5.05	Wäscheversorgung	71
5.06	sonstige Lager	159
5.07	Entsorgung	90
5.08	Reinigungsdienst	42
	Total	22'270

Tabelle 14

6.2.4 Bauliche Synergien mit dem Akutspital

Mit dem Fokus bestmöglicher Synergienutzung wurde gemeinsam festgelegt, wer welche Leistungen für beide Betriebe zu erbringen hat und was in beiden Betrieben autonom erstellt wird. Es gibt z.B. nur eine Notfallaufnahme unter der Leitung KSB. Je nach Diagnose erfolgt dann entweder die Entlassung nach Hause oder die stationäre Aufnahme im GKZ oder KSB. Radiologische Untersuchungen und die meisten medizinischen Untersuchungen (z.B. Endoskopie, Kardiologie, Urologie) stehen unter der Leitung des KSB, erbringen jedoch auch Leistungen für stationäre und ambulante Patienten des GKZ. Ebenfalls gemeinsam genutzt und unter der Leitung des KSB sind das Zentrallabor und die Apotheke.

Die Abklärung und Behandlung der vielschichtigen Erkrankungen im Alter (Polymorbidität, Demenz) samt Rehabilitation mit Schwerpunkt Therapien (Physio-, Ergo-, Logotherapie) ist dem GKZ zugeordnet.

Auch die Servicebereiche und -Leistungen werden, soweit zweckmässig, zusammengefasst. Die Speisenproduktion erfolgt zentral für alle. Wegen der engen Zeitfenster für die Belieferung der Stationen und der beschränkten Haltbarkeit muss die Verteilung einfach und rasch erfolgen können. Getrennt betrieben werden hingegen die Cafeterias wegen den unterschiedlichen Patientenansprüchen. Vorgesehen ist ein Personalrestaurant fürs GKZ und KSB mit direkter Anbindung an die Küche und gemeinsamer Infrastruktur.

Das Gebäudemanagement sowie die gesamte Ver- und Entsorgungsräume samt Lager sind für beide Betriebe zusammen gefasst vorgesehen und tragen so zu einem effizienten Bau und Betrieb beider Spitäler bei.

Weitere bauliche Synergien ergeben sich aus der gemeinsamen Planung und Realisierung. Hier sind durch optimierte Bauabläufe und Skaleneffekte bei den zusammengelegten, grösseren Arbeitsvergaben Einsparungen in der Realisierung und anschliessend im Betrieb der Anlagen realisierbar.

6.2.5 Öffentlicher Verkehr und Parkierung

Das Kantonsspital Bruderholz wird heute durch die beiden Buslinien 37 und 63 erschlossen. Peripher verkehren die beiden Tramlinien 15 und 16 auf dem Bruderholz und die Buslinie 60 nach Bottmingen. Mit dem bestehenden Busangebot werden von Seite Ergolzthal, Birseck, Laufental und Leimental direkte Verbindungen ab den Talachsen angeboten. Diese sind hinsichtlich Gesamtreisezeit jedoch nur bedingt konkurrenzfähig. Von Seite Basel Innenstadt ist die Anbindung nur mit einmaligem Umsteigen in Bottmingen oder Dreispitz gegeben.

Mit Inkrafttreten des 6. generellen Leistungsauftrags 2010 - 2013 werden per Dezember 2009 die Busanbindungen an das Kantonsspitals Bruderholz ergänzt und neu organisiert. So führt neu eine Buslinie 42 von Bottmingen via Kantonsspital Bruderholz - St. Jakob zum Bahnhof Muttenz. Diese überlagert die bestehende Linie 37 (Bottmingen - St. Jakob - Aeschentplatz) auf dem Abschnitt Bottmingen - Bruderholz - St. Jakob und verdichtet das bisherige Angebot zu einem 7.5-Min-Takt. Weiter schafft die Linie 42 ab dem Bahnhof Muttenz eine - gegenüber der heutigen Anbindung mit Bus 63 - verbesserte Anbindung ab den halbstündlich verkehren S-Bahnen aus Ergolz- und Fricktal zum Kantonsspital Bruderholz. Weiter wird neu die Linie 58 ab Kantonsspital Bruderholz halbstündlich via Bahnhof Münchenstein zum Bahnhof Dornach-Arlesheim führen und die bisherige Anbindung des Birsecks an das Kantonsspitals durch die Buslinie 63 ersetzen und aufwerten. Somit werden neu drei Buslinien das Kantonsspital Bruderholz zehn Mal pro Stunde direkt mit den Talachsen der Agglomeration verbinden. Der 6. generelle Leistungsauftrag 2010 - 2013 wird im Frühjahr 2009 durch den Landrat verabschiedet.

In der Projektierungskreditvorlage 2007/125 und dem Zwischenbericht zum gemeinsamen Geriatriekompetenzzentrum 2008/149 zuhanden des Landrats wurden die bestehende Situation und allfällige Lösungsmöglichkeiten auf Seiten Basel-Landschaft ausgewiesen. Mit der

Addition eines Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz entsteht eine gänzlich neue Ausgangslage für die Betrachtung des ÖV-Konzeptes für das Bruderholzspital. Im Hinblick auf den 7. generellen Leistungsauftrag 2014 - 2017 wird eine detaillierte Planungsarbeit in Abstimmung der beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt notwendig sein. Basis sind dabei die veränderten Bedürfnisse und Frequenzen aufgrund der Planung für das KSB und das GKZ.

Das Bruderholzspital wird kurz- und mittelfristig weiterhin nur durch den Bus angebunden sein. Die Anbindung des Bruderholzspitals ans Tramnetz ist als mittel- bis langfristige Option insbesondere im Hinblick auf das gemeinsame Geriatriezentrum im Detail weiter zu verfolgen. Die zwischenzeitlich zu erarbeitende Buslösung muss in jedem Fall eine Qualität aufweisen, die auch mittelfristig den gemeinsamen höheren Ansprüchen genügen kann.

Der Parkraum für den motorisierten Individualverkehr (MIV) muss ebenfalls auf das neue Leistungsangebot des GKZ insbesondere auch auf die in ihrer Mobilität häufig eingeschränkten Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern des Geriatriezentrums entlang der kantonalen Richtlinien überprüft werden. Allfällig Anpassungen sind im Rahmen der weiteren Abklärungen und der erwähnten neuen Vorgaben des ÖV im weiteren Projekt- ablauf im Detail zu evaluieren. Das ganze Verkehrskonzept wird in einer detaillierten UVP im Rahmen der Baukreditvorlage und des Bewilligungsverfahren zu dokumentieren sein.

Für die Verbesserung des Knotenpunktes Bruderholzstrasse/Fiechthagstrasse hat das Tiefbauamt Basel-Landschaft im Budget 2009 Finanzmittel eingestellt. Der Verkehrsfluss im Raum der Einmündung der Fiechthagstrasse in die Bruderholzstrasse soll so zur Verminderung von Stausituationen des öffentlichen Verkehrs durch bauliche Massnahmen verbessert werden.

Für Fahrräder und Mofas werden ausserhalb des Gebäudes gedeckte Abstellplätze in genügender Anzahl angeboten werden. Entsprechende Vorgaben sind im Programm Studienauftrag 2. Stufe enthalten.

6.2.5.1 Ergänzung mit Planungsstudie Tramtunnel

In der Untersuchung „Optimierung der ÖV-Anbindung des Leimentals, Bewertung der Infrastrukturprojekte“ (Ernst Basler & Partner, 2007) wurde als langfristige Option zur Verbesserung der Anbindung des Leimentals an den Bahnhof Basel SBB eine Variante mit einem Tramtunnel ab Bottmingen via Bruderholzspital zum Gundeldingerquartier aufgeführt (Variante C1). Diese Variante bringt zwischen Leimental und Basel SBB gegenüber heute eine Fahrzeiteinsparung von rund 10 Minuten, die Kosten wurden auf CHF 150 - 200 Mio. geschätzt.

Beim Resultat dieser Untersuchung kam klar zum Ausdruck, dass die Tunnelvariante für den damaligen Entscheid nicht geeignet war, aber als Langfristperspektive behalten werden muss. Neben der reinen Fahrzeiterparnis zwischen Leimental und Basel würde vor allem die unterirdische Haltestelle Bruderholzspital und die damit einhergehende direkte Anbin-

derung des Kantonsspitals zum Leimental wie auch zum Bahnhof Basel SBB hin eine grosse Attraktivitätssteigerung darstellen.

Die Machbarkeitsstudie hat grob mögliche Portalbereiche im Raum Bottmingen und im Raum Gundeldingen geprüft und passende Korridore ausgeschieden. Hingegen wurden keine näheren Abklärungen zur Machbarkeit einer unterirdischen Anbindung des Bruderholzspitals getroffen.

6.3 Investitionen

Für den gleichlautenden Zwischenbericht der VGD und des GD vom 23. September 2008 an den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft und des Kantons Basel-Stadt wurden auf der Basis der damals vorliegenden rudimentären Raumkonzepte mit 300 Betten Kosten von rund 165 Mio. CHF geschätzt (Mittelwert). Auf der Basis der jetzt ausgearbeiteten, detaillierteren Raum- und Funktionsprogramme (vgl. Kapitel 5.2.3) wurde eine analoge Kostenschätzung aufgestellt. Der Flächenbedarf (NF) hat sich gegenüber den Annahmen im Zwischenbericht um rund 67% erhöht (neu 436 Betten gegenüber 300 und zusätzliche Flächen für Therapie und Rehabilitation gem. Leistungsauftrag 5.1.3). Um der Vorbildfunktion der Kantone Basel-Landschaft und auch Basel-Stadt gerecht zu werden, ist bei der vorliegenden Kostenschätzung ein Kostenzuschlag für die Realisierung nach Minergie-P Standard eingesetzt. Dies analog zur Vorlage für die Sanierung und Erweiterung des Kantonsspitals Bruderholz vom November 2007.

Aufgrund der noch vorhandenen Unschärfen im Raumprogramm und der schwierig vorauszusehenden konkreten Lösungsvorschläge der vier Planerteams wird für den Projektierungskredit von einer Kostenschätzung mit Streubreiten von +/- 20% auf der Basis des genehmigten Wettbewerbs- und Raumprogrammes ausgegangen.

Als Basis wird, wie für den Projektierungskredit des Neubaus des Kantonsspitals Bruderholz (LRV 2007/125), der Baupreisindex Hochbau der Nordwestschweiz vom April 2006 mit 109.1 Punkten (Oktober 1998 = 100) zugrunde gelegt. Dies um die Vergleichbarkeit der Zahlen und Annahmen zu gewährleisten und jederzeit die Abgrenzung zwischen KSB und GKZ machen zu können. Mit der Baukreditvorlage für das Projekt wird der dannzumal geltende Index als Basis für die Realisierung genommen.

Daraus ergibt sich folgende Grobkostenschätzung der Anlagekosten, mit einer Bandbreite von +/-20%, inklusive des zurzeit geltenden Mehrwertsteuersatzes von 7.6% als Basis für die Abschätzung der Projektierungskosten:

SKP	Kostenschätzung	Mittelwert CHF	Gabelwerte CHF (+/- 20%)	
0	Grundstück	0	0	0
1	Vorbereitungsarbeiten	9'800'000	7'880'000	11'740'000
2	Gebäude	183'150'000	146'520'000	219'780'000
3	Betriebseinrichtungen	in SKP 2, 7, 8 und 9 enthalten		
4	Umgebung	2'200'000	1'760'000	2'640'000

5	Baunebenkosten und Übergangskonten	11'300'000	9'040'000	13'560'000
6	Reserven 10% (Gerundet)	23'100'000	18'520'000	27'780'000
7	Medizinische Apparate und Anlagen	22'750'000	18'200'000	27'300'000
8	Medizinische Einrichtungen	6'900'000	5'520'000	8'280'000
9	Ausstattung	5'800'000	4'560'000	6'920'000
Total		265'000'000	212'000'000	318'000'000

Tabelle 15

Projektstand Oktober 2008, Baupreisindex Hochbau Nordwestschweiz April 2006 = 109.1, Oktober 1998 = 100

Die Position BKP 6 Reserven beinhaltet 10% Reserven für Unvorhergesehenes. Dies analog zur Projektierungskreditvorlage 2007/125 KSB. Dieser Wert ist angesichts der schwer abzuschätzenden Umbau- und Rückbaumassnahmen sowie der Provisorien und der Medizinischen Apparate und Einrichtungen in dieser Phase eher knapp bemessen und wird in der Baukreditvorlage entsprechend detailliert ausgewiesen und abgegrenzt werden müssen.

Nicht eingerechnet in die obigen Positionen sind die Umzugskosten für das KSB und das FPS. Diese sind durch die beiden Betriebe für die Baukreditvorlage zu budgetieren. Weiter sind keine Finanzierungskosten enthalten. Ebenfalls nicht enthalten sind allfällige Altlastensanierungen für vom GKZ allenfalls weiter genutzte Bestandesflächen. Zurzeit laufen Vorabklärungen, die bis Mitte 2009 Resultate liefern werden.

Die Gabelwerte zeigen die entsprechend grosse Bandbreite der Investitionen auf. Es ist in der 2. Stufe des Studienauftrags des Wettbewerbsverfahrens Aufgabe der Planerteams, detaillierte Grundlagen zu liefern und eine wichtige Vorgabe für das Beurteilungsgremium, ein in Bau und Betrieb wirtschaftliches Projekt zu evaluieren, wobei den betrieblichen Kosten in der Lifecycle-Betrachtungen letztendlich das grössere Gewicht zukommen.

Die Kostenaufteilung zwischen GKZ und KSB für das Gebäude erfolgt entlang der spezifisch bestellten und verantworteten Flächen und den benötigten Leistungen. Die Medizinisch technische Ausstattung und Einrichtung wird für beide Betriebe individuell verwaltet. So besteht die Gewähr einer sauberen, nachvollziehbaren Aufteilung der Investitionen von der Planung bis zum Abschluss der Realisierung, sowie für die nachfolgende Betriebsphase.

6.3.1 Grundstück

Abklärungen und Entscheide betreffend Handhabung der Grundstückskosten sind noch ausstehend.

Das Grundstück wurde bis anhin mit CHF 0 in der Kostenschätzung eingesetzt. Es wird Aufgabe der Verhandlungen zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Rahmen des auszuarbeitenden Staatsvertrags sein, hier eine für das GKZ sinnvolle Lösung zu erarbeiten. Das Vorgehen bei den bisherigen partnerschaftlichen Projekten bietet auch hier eine konkrete Basis.

6.3.2 Investitionen für Betriebseinrichtungen und Mobiliar

Die Zahlen für die SKP 7 (med. Apparate und Anlagen), 8 (Med. Einrichtung und Ausstattung) und 9 (Ausstattung) beruhen auf Schätzungen über Flächenkennwerte, die mit anderen aktuellen Projekten vergleichend kontrolliert wurden. Sie gehen von einem weiterlaufenden Ersatz der notwendigen Investitionen über das Betriebsbudget aus und beinhalten nicht einen Totalersatz der gesamten Einrichtungen und des Mobiliars durch das Baubudget.

6.3.3 Schätzung der baulichen und betrieblichen Folgekosten

Zum heutigen Zeitpunkt können keine aussagekräftigen Angaben zu den baulichen und betrieblichen Folgekosten gemacht werden. Ein grosser Teil der Aufwandpositionen (Aufwandserhöhungen aber auch -reduktionen) sind abhängig vom konkreten Bauprojekt. In der Baukreditvorlage werden die Folgekosten so transparent als möglich aufgezeigt und unterlegt werden.

6.3.4 Kennwerte und Kostensicherheit

Die ermittelten Kostenwerte wurden in Zusammenarbeit mit Metron AG als Projektmanager mit anderen Spitalprojekten verglichen. Dabei werden ausschliesslich die Erstellungskosten der Gebäude (SKP 2 ohne Grundstück, Vorbereitung, Betriebseinrichtungen, Ausstattung, Medizintechnik und ohne Umgebung) ins Verhältnis zur realisierten Geschossfläche gesetzt. Die getätigten Annahmen liegen im Bereich der Vergleichobjekte. Der Behandlungstrakt Triemli weist einen hohen spezifischen Technikanteil aus.

GKZ (Mittelwert)	CHF 3'810.- / m ²	(100%)
Neubau UKBB	CHF 3'971.- / m ²	(104%)
Triemli Behandlungstrakt Neubau	CHF 4'636.- / m ²	(122%)
Triemli Behandlungstrakt Umbau	CHF 3'988.- / m ²	(105%)
Triemli Neubau Bettenhaus	CHF 3'405.- / m ²	(89%)
Gesundheitszentrum Zürich West	CHF 3'415.- / m ²	(90%)
Zuger Kantonsspital, Baar	CHF 3'825.- / m ²	(100%)

6.3.5 Projektierungskosten

Die Berechnungen der für den Projektierungskredit massgeblichen Planungsleistungen basieren auf dem Vorgehen und den Kennzahlen der LRV 2007/125 Kantonsspital Bruderholz, Sanierung und Erweiterung" und den massgebenden Bestimmungen der SIA Normen 110, 102, 103 sowie 108 mit folgenden Kennwerten:

Geschätzte Anlagekosten	CHF 265 Mio. (Mittelwert)
Honorarberechtigte Baukosten	CHF 170 Mio. (Durchschnitt GP Mandat)
Gesamt Honorarsumme GP Team	CHF 30 Mio. (100% SIA Teilleistungen)
Zus. Kosten für Auswahlverfahren	CHF 600'000
Teilleistungen Honorare SIA 31 bis 331	32.5%
Teilleistungen Honorare SIA 411	12.5% (Total für Phase 41 ist 18%)

SIA Phasen	Leistungen	Kosten in CHF
22	Auswahlverfahren ²	600'000
31 – 33	Honorare Vorprojekt, Bauprojekt, Bewilligungsverfahren	9'750'000
41	Honorare Ausschreibung (Pläne und Submissionen)	3'750'000
22 – 41	Bauherrenleistungen und Projektmanagement ³	850'000
	Kostengarant ⁴	1'400'000
	Nebenkosten ⁵	850'000
22 – 41	Rundung, Reserve	600'000
Total Projektierungskredit, inkl. 7.6% MWSt.		17'800'000
davon Total Anteilsmässig Basel-Landschaft / Basel-Stadt je 50%		8'900'000

Tabelle 16

¹ Anteil Planungsleistungen am Gesamthonorar von 100%

² Erweiterung Wettbewerbsverfahren 2. Stufe – Entschädigungssumme und Zusatzleistungen Planer sowie Juryentschädigung

³ 6% der Gesamthonorarsumme (Anteilsmässig für Phasen 31 bis 33 und Anteil 41)

⁴ 1.8% der Honorarberechtigten Bausumme (Anteilsmässig für Phasen 31 bis 33 und Anteil 41)

⁵ Erfahrungswerte HBA mit 6% der Honorarsumme (Anteilsmässig für Phasen 31 bis 33 und Anteil 41)

6.4 Finanzierung

Wie vorgängig dargestellt liegen noch keine definitiven Aussagen oder Abklärungen betreffend den Umgang mit dem Grundstück vor. Vielmehr sind diese Bestandteil der kommenden Arbeiten an den Vereinbarungen zur Trägerschaft und zum Staatsvertrag. Mit diesen Grundlagen können auch verbindliche Aussagen zur Finanzierung gemacht werden.

Die Erarbeitung der Grundlagen für Dimensionierung und somit der notwendigen Investitions- und Folgekosten für die Parkierungsanlagen und für den ÖV sind ebenfalls Bestandteil der kommenden Planung und können erst nach Vorliegen derselben abschliessend quantifiziert werden.

7. Projektmanagement

7.1 Projektorganisation

Für den Erfolg dieses partnerschaftlichen Projekts wird eine sehr hohe Transparenz in der Projektabwicklung unabdingbar sein. Mit klar und möglichst einfach strukturierten Informationsabläufen ist auf allen Ebenen der fachlichen und politischen Entscheidungsträger und über das gesamte Projekt die Akzeptanz und Unterstützung vollumfänglich zu gewährleisten.

Das GKZ kann in der Projektorganisation aber nicht isoliert betrachtet werden. Es ist Teil des "Gesamtprojekts Bruderholz", mit grossteils den gleichen Entscheidungsträgern und sehr engen baulichen und betrieblichen Verflechtungen und gegenseitigen Vorgaben.

Um einen effizienten und transparenten Projektablauf über beide Teile zu gewährleisten, ist die Projektorganisation unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Anforderungen der beiden Betriebe KSB und GKZ einfach und wo immer möglich gemeinsam zu leben. Das Orga-

nigramm soll entsprechend dem partnerschaftlichen Modell aufgebaut werden und parallel die Eigenständigkeit des KBS abbilden. Der Vorsitz in den einzelnen Gremien soll vom Standortkanton gestellt werden und der Partner im gemeinsam als notwendig erachteten Mass auf jeder Stufe integriert werden.

Prinzipiell ist der funktional in beiden Kantonen erprobte Aufbau mit einem Steuerungsausschuss (SA) als Lenkungsorgan der Bauherrschaft, das die politische Verantwortung auf Stufe Regierungsrat trägt und die politisch-strategische Steuerung wahrnimmt. Darunter trägt eine Planungskommission (PK) die strategische Verantwortung und definiert die Ziele zu Leistungen, Kosten und Terminen. Das Projektleitungsteam (PLT) trägt im Auftrag der PK die operative Verantwortung für Umsetzung und Einhaltung der Leistungen, Kosten und Termine und stellt die Schnittstelle zum beauftragten Generalplanerteam und den Fachexperten sicher.

Ein Nutzerausschuss mit einer Co-Führung GKZ/KSB ist verantwortlich für die Erarbeitung der betriebspezifischen Grundlagen. Er delegiert dies an einzelne fachspezifisch zusammengesetzte Nutzergruppen und berichtet periodisch der PK und der PLT. Für das Wettbewerbsverfahren der 2. Stufe wurde ein vereinfachtes Modell gewählt. Beide Projektorganisationen sind als Entwurf im Anhang dargestellt.

7.2 Ressourcen Bauherrschaft

Es ist offensichtlich, dass die Bauherrschaft auf Grund der Grösse und Komplexität des Bauvorhabens für das Projektmanagement erhebliche Ressourcen bereitzustellen hat. Dies betrifft das für die Umsetzung des Vorhabens federführend zuständige Hochbauamt, aber auch das Kantonsspital Bruderholz und das Felix Platter-Spital als Nutzervertreter.

Zusätzliche Ressourcen (für befristete Stellen und/oder externes Bauherrenmandat) sind deshalb analog zum Projektierungskredit KSB über den Projektkredit bereitzustellen. Insbesondere in der Phase Planung kann durch eine kompetente und umfassende Bearbeitung und Betreuung auf Seite Bauherr der grösste Einfluss auf die Projektentwicklung genommen werden. Der Aufwand für die bauherrenseitigen Leistungen wird über das gesamte Projekt mit 6% der Honorarsumme beziffert. Im Projektierungskredit werden die entsprechenden Finanzmittel für die Phase Planung beantragt. In der Baukreditvorlage werden diese für die Phase Realisierung ebenfalls offen ausgewiesen.

7.3 Kostengarantie (analog Projektierungskreditvorlage KSB)

Bei der Grösse und Komplexität des vorliegenden Projekts ist unter anderem die Einhaltung der Kosten von zentraler Bedeutung. Auch für den Anteil GKZ wird der Abschluss eines Kostengarantievertrages gemäss SIA/BSA 1018/2001 vorgeschlagen. Die Betreuung eines Partners im Rahmen eines Kostengarantievertrags beinhaltet auch die Leistungen eines Bautreuhänders mit dem Vorteil, dass neben diesen Leistungen auch noch eine Kostengarantie übernommen wird. Mit dem Bautreuhänder ist auch eine Funktion in der Organisation an zentraler Stelle besetzt, die die Aufteilung der Kostenstellen auf KSB und GKZ neutral beurteilen und dem Leitungsorgan Bericht erstatten kann.

Mit dem Kostengarant ist ein Vertrag über die gesamte Realisierung abzuschliessen (vorbehältlich der Genehmigung des Baukredits). Er kommt bereits ab der SIA Phase 31 Vorprojekt operativ zum Tragen. Aus diesem Grunde werden im Projektierungskredit anteilmässig die notwendigen Finanzmittel beantragt.

8. Termine

8.1 Allgemein

Die Terminplanung für das GKZ geht analog dem Vorgehen für das KSB von der Möglichkeit, den durch das Bewilligungsverfahren im Landrat ausgelösten Planungsunterbruch von bis zu 9 Monaten zu aktivieren, aus.

Während dieser Zeit könnten die Planungsleistungen der SIA Phase 41 Ausschreibung weiterbearbeitet und das Baubewilligungsverfahren SIA Phase 33 durchgeführt werden. Mit Vorliegen der rechtskräftigen Baukreditgenehmigung kann mit der Realisierung des Spitalneubaus innert kurzer Zeit gestartet werden. Damit die Planungsleistungen für die SIA Phase 33 Baubewilligung und 41 Ausschreibung erbracht werden können, sind die entsprechenden Finanzmittel in der Höhe von rund CHF 17.8 Mio. für die SIA Phase 33 und die Phase 41 im vorliegenden Projektierungskredit beantragt.

8.2 Terminprogramm (abgestimmt mit Terminprogramm KSB)

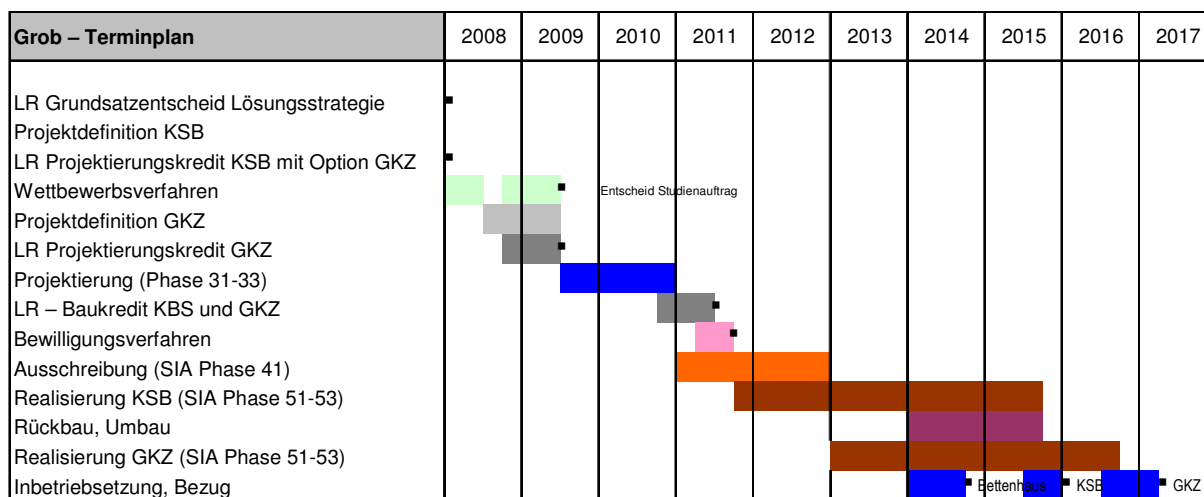
Das Terminprogramm geht von einem analogen Ablauf zum bereits bestehenden Ablauf Sanierung und Erweiterung KSB aus. Parallel zur 2. Stufe Studienauftrag wird die Projektdefinition präzisiert und verfeinert. Anschliessend an den Entscheid des Beurteilungsgremiums wird mit dem Generalplanerteam der Honorarvertrag abgeschlossen und die Ausarbeitung des Vorprojekts angegangen. Das Bauprojekt wird daraufhin bis ca. Ende 2010 vorliegen und darauf aufbauend die Baukreditvorlage mit detaillierter Kostenschätzung und die Baubewilligungseingabe. Dem Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt und dem Landrat des Kantons Basel-Landschaft werden gleichzeitig mit dem Baukredit die Ergänzung des Spitalgesetzes des Kantons Basel-Landschaft, sowie die Anpassung des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt und die Genehmigung des Staatsvertrages beantragt.

Vorbehältlich der Genehmigung durch die beiden Parlamente kann somit von einem Baubeginn in der 2. Hälfte des Jahres 2011 ausgegangen werden.

Das Akutspital muss als erstes angegangen und fertig gestellt werden um die auch vom GKZ genutzten Infrastrukturen bereit zu haben. Der Rohbau des GKZ muss so rasch als möglich nachgezogen werden, um einen optimalen und kostengünstigen Baubetrieb zu gewährleisten. Die Flächen des GKZ können dabei als Provisorien für die Rochaden des KSB genutzt werden. Dies macht des Rückbau und Umbau des Flachbaus einiges effizienter und schneller. Der Umzug der Geriatriepatienten aus dem Felix Platter-Spital und somit der Voll-

betrieb der beiden Spitäler auf dem Bruderholz erfolgt optimalerweise am Schluss der umgesetzten Massnahmen.

Der folgende Terminplan ist eine grobe Abschätzung und stellt ein mögliches, optimales "Best-Case-Szenario" dar. Er muss einerseits zwingend im Wettbewerbsverfahren von den Teams aufgrund der konkreten Projekte im Detail aufgezeigt und verifiziert werden. Je nach Vorschlag resultieren andere Abläufe und Fristen. Andererseits liegen auch gradlinige politische Entscheidungsprozesse zugrunde. Ein möglichst rascher Umzug des FPS muss dabei immer Prämisse aller Überlegungen sein.

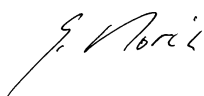


9. Antrag

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss §55 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 16. April 1997 überprüft.

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme des nachstehenden Beschlusentwurfes.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Dr. Robert Heuss
Staatschreiber

Beilagen

- Entwurf Grossratsbeschluss
- Projektorganisation Phasen 31 bis 41 (Entwurf)
- Projektorganisation Phase 22 Wettbewerb bis Mai 2009

Grossratsbeschluss

Ratschlag betreffend Projektierungskredit für einen Neubau eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation auf dem Areal Bruderholz

(vom [Hier Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsicht in den oben stehenden Ratschlag und in den Bericht Nr. [Hier Nummer des GRK-Berichts eingeben] der [Hier GR-Kommission eingeben]-Kommission, beschliesst:

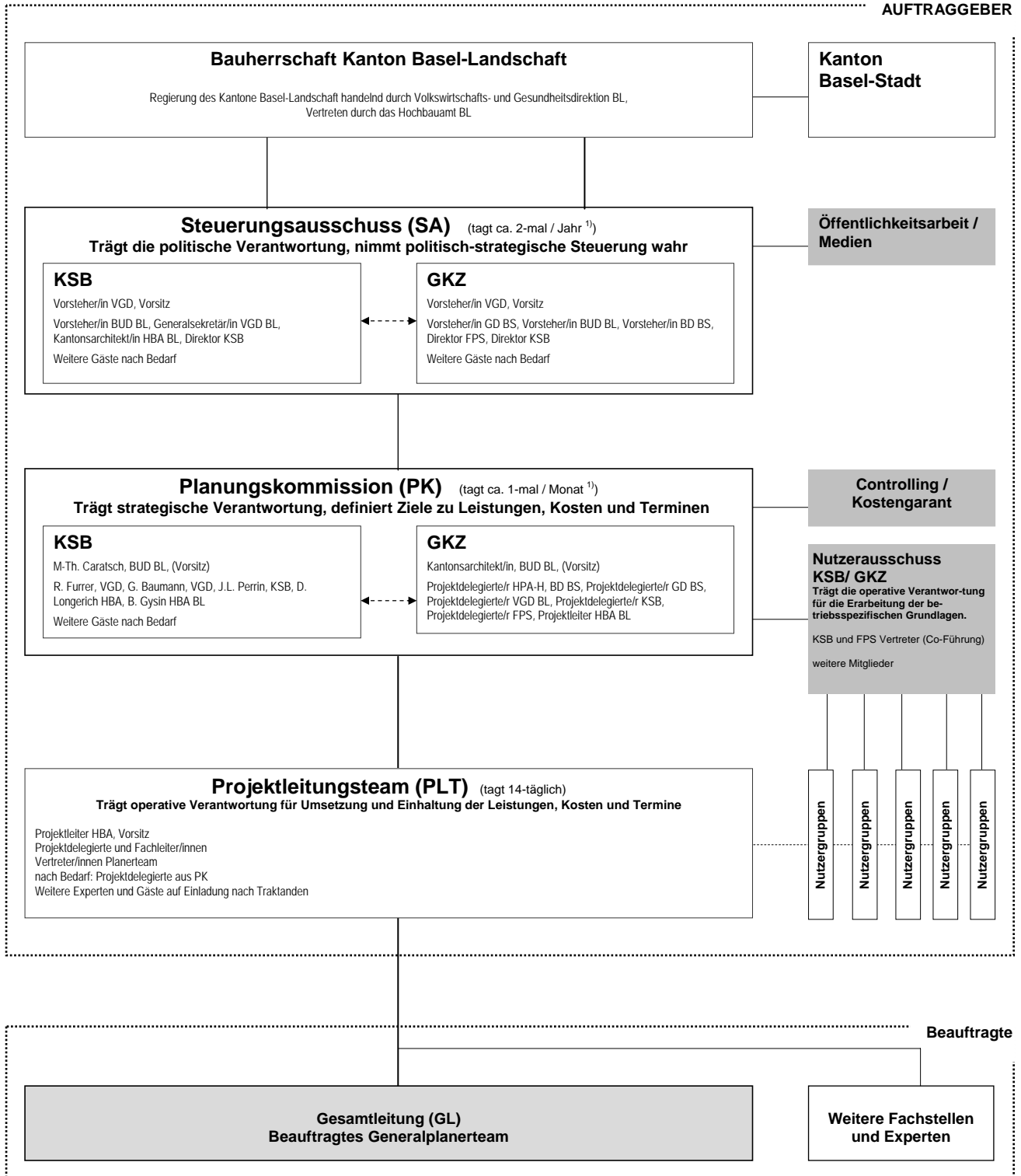
- ://:
1. Für die Projektierung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Geriatrie und Rehabilitation am Standort Bruderholz wird ein Kredit von CHF 8.9 Mio. (50% Anteil am Total Projektierungskredit von CHF 17.8 Mio., inkl. 7,6 % MwSt.) genehmigt.
 2. Die Genehmigung erfolgt unter dem Vorbehalt, dass ein gleichlautender Beschluss im Landrat des Kantons Basel-Landschaft verabschiedet wird.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Er unterliegt dem Referendum.



Beilage 1

Projektorganisation Phasen 31 bis 41 (Entwurf)



¹⁾ Die beiden Gremien SA und PK tagen zeitgleich für beide Projektteile KSB und GKZ mit nach Bedarf geteilter Traktandenliste; 1. Teil GKZ und partnerschaftliche Fragen / 2. Teil KSB - spezifische Fragen (Basel-Landschaft separat).



Beilage 2

Projektorganisation Phase 22 Wettbewerb bis Mai 2009

