



TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
WIEN

## DIPLOMARBEIT

Der Schweizer Gesundheitsmarkt: Ermittlung optimaler Standortbedingungen für  
Gesundheitszentren in der Schweiz

**Ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades eines Diplom-Ingenieurs unter  
der Leitung**

**Ao. Univ.Prof. Dipl. Ing. Dr. techn. Wolfgang Feilmayr**

Fachbereich Stadt- und Regionalforschung

**Eingereicht an der Technischen Universität Wien**

Fakultät für Architektur und Raumplanung

Von

**Balázs Németh BSc.**

01027101

Wien, am 28.11.2018

## Abstract Deutsch

Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitsbereich sind vor allem in der Schweiz, wo PatientInnen einen Selbstbehalt entrichten müssen, kosteneffiziente Leistungen gefragt. Eine Möglichkeit dafür bieten Fachärztezentren, die die Betriebskosten für Arztpraxen gering halten und sich ideal für das Hausarztmodell „Managed Care“ eignen, welches den PatientInnen Einsparungen von 20 bis 40% garantiert. Doch welche Faktoren sind bei der Standortwahl für ein Ärztezentrum entscheidend? Um diese Frage zu beantworten werden in dieser Diplomarbeit der Schweizer Gesundheitsmarkt analysiert und mittels einer beispielhaften Standortbewertung für ein Ärztezentrum im Kanton Schwyz Schlussfolgerungen für einen optimalen Standort für Ärztezentren gezogen.

## Abstract Englisch

Given the fact of rising costs in the health-care sector, cost-efficient services are demanded especially in Switzerland, where patients have to pay a deductible when they use health-care services. A possibility to cut costs are health-care centers, that keep the operating costs of doctors surgeries low and are suitable for the general practitioner model “Managed Care”, that guarantees discounts of 20 to 40% for the patients. But which are the decisive factors at the site selection process for a health-care center? To answer that question, the swiss health-care market is going to be analysed and, using an exemplary site valuation for a health-care center in the canton of Schwyz, conclusions are getting drawn.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	Seite 4
2. Theoretische Grundlagen.....	Seite 6
3. Rechtliche Grundlagen.....	Seite 10
4. Kosten des Schweizer Gesundheitssystems.....	Seite 14
5. Stakeholder.....	Seite 20
6. Managed Care.....	Seite 29
7. Unterschiede zwischen dem Schweizer und dem Österreichischen Gesundheitssystem.....	Seite 30
8. SWOT.....	Seite 32
9. Praktische Beispielanwendung.....	Seite 34
10. Diskussion der Ergebnisse.....	Seite 54
11. Conclusio.....	Seite 58

## 1. Einleitung

„There's no business like Health-Care business“

Während die Ausgaben im Gesundheitssektor stetig ansteigen, werden Maßnahmen zur Kosteneinsparung häufig von der Bevölkerung abgelehnt. (vgl.: Bundeskanzlei: Volksabstimmung vom 17.9.2016) Dazu kommt, dass Gesundheitssysteme stark von der politischen Landschaft des jeweiligen Staates geprägt sind. Hier kommt es oft zu einem Gegensatz zwischen einer natürlich gewachsenen, Jahrzehnte oder gar Jahrhunderten alten Ordnung und den Anforderungen eines durch technische Neuerungen und sozialen Veränderungen geprägten Gesundheitswesens. Die Schweiz ist hierbei eine Art Extrembeispiel: Alle 26 Kantone, angefangen beim 173 km<sup>2</sup> großen Kanton Appenzell-Innerrhoden mit 16.150 EinwohnerInnen bis Kanton Zürich mit 1.504.106 EinwohnerInnen (vgl.: Bundesamt für Statistik) haben ein eigenes Gesundheitsgesetz, welches die Gesundheitsversorgung regelt. Somit betreibt auch jedes Kanton sein eigenes Kantonsspital (vgl.: Comparis: Spitäler in der Schweiz), obwohl dies zu einer teilweisen Überversorgung führt. Zusätzlich sorgen die 26 unterschiedlichen Gesundheitsgesetze zu einer Unübersichtlichkeit des Schweizer Gesundheitssystems, da z.B. die Kompetenzverteilung zwischen Kantonen, Gemeinden und (in gewissen Kantonen) Bezirken in jedem Kanton unterschiedlich geregelt wird und nicht immer klar definiert ist. Auch die Anforderungen die ein Arzt erfüllen muss um eine Arbeitserlaubnis zu erhalten divergiert von Kanton zu Kanton. Aus dieser Unübersichtlichkeit der Kompetenzverteilung, der Komplexität der Finanzierung sowie der Einflussnahme starker Interessensgruppen, werden Reformen behindert und eine effektive Kontrolle der Ausgaben verunmöglicht. (vgl.: Sax 2015; 2) Somit liegt es an den einzelnen Akteuren, Maßnahmen in ihrem Kompetenzbereich zu ergreifen um Kosten einzusparen. Die Kantone haben dabei unterschiedliche Ansätze: einer davon ist die Auslagerung der ambulanten Versorgung an die privaten Ordinationen. Das heißt, dass durch die Schließung von Spitalsambulanzen Mittel für die stationären Abteilungen der Spitäler freigemacht werden sollen. (vgl.: Amt für Gesundheit und Soziales 2014; 5) Andererseits wird auch mit der Einführung von Hausarztmodellen versucht Geld einzusparen. Deren Sinn und Zweck ist es die Planung der Behandlungswege von Hausärzten mittels Überweisungen zu übernehmen und dem Patienten dadurch unnötige Arztbesuche bzw. dem Versicherungsträger unnötige Behandlungskosten zu ersparen. Die verpflichtende Einführung dieses Modells wurde zwar in einer Volksabstimmung abgelehnt, da allerdings

die Kosteneinsparungen an die Krankenversicherungsnehmer weitergegeben werden, erfreut es sich einer immer größerer Beliebtheit.

Ein weiterer Wandel vollzieht sich in der Schweiz bei der Ärzteschaft: immer mehr Ärzte wandern aus dem Ausland zu um von den höheren Löhnen in der Schweiz zu profitieren. Dadurch ergibt sich ein stärker werdender Konkurrenzkampf unter den einzelnen Fachärzten. Dieser spielt sich hauptsächlich in den urbanen Räumen ab, denn konträr dazu werden die klassischen Landärzte, also Hausärzte, die in peripheren Gebieten praktizieren und neben den Ordinationszeiten auch Hausbesuche bei ihren Patienten machen, immer rarer. (vgl.: Amt für Gesundheit und Soziales 2014; 9) Somit wird die Versorgung in den Städten auf Kosten der Ärzteschaft immer besser und auf dem Land auf Kosten der Patienten immer schlechter.

Aus dem Spannungsfeld des Abbaus der Spitalsambulanzen, des Trends zu Hausarztmodellen, der stärker werdenden Konkurrenz in den Städten bei gleichzeitiger schlechter werdenden Versorgungslage in der Peripherie kommt es zu einem Boom der Ärztezentren in der Schweiz. (vgl.: Forster 2016) Diese haben den Vorteil, dass sie bei einem guten Management Patienten, die ein Hausarztmodell in Anspruch nehmen kurze Wege zwischen den Fachärzten ermöglichen und die Fachärzte von den Hausärzten die Patienten zugewiesen bekommen. Durch die gemeinsame Benützung von technischen Geräten, Warteräumen usw. sparen sich die Ärzte einen guten Teil ihrer Ausgaben ein. Der Nachteil der Ärztezentren ist die hohe Abhängigkeit von der Lage. Damit ein Ärztezentrum funktionieren kann, müssen verschiedene Fachärztegruppen Zugriff auf einen gewissen Patientenmarkt haben, der das Angebot aufgrund einer guten Erreichbarkeit annimmt. Das Ziel dieser Diplomarbeit ist es herauszufinden welche Faktoren für den Bau eines Ärztezentrums ausschlaggebend sind bzw. welche Faktoren an einem Standort erfüllt werden müssen, damit sich ein Ärztezentrum in der Schweiz rentiert. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: Was charakterisiert einen optimalen Standort für ein Ärztezentrum in der Schweiz?

## 1.2 Vorgehensweise

Den Ersten Teil dieser Arbeit bilden die Theoretischen Grundlagen der Standorttheorie und der Standortbewertung, welche mittels Literaturrecherche erhoben wurden und einen Überblick über die unterschiedlichen Definitionen des Begriffes „Standort“, den unterschiedlichen Theorien über Standortfaktoren und die in Frage kommenden Bewertungsmethoden geben sollen. Darauf folgt die Analyse des Schweizer Gesundheitsmarktes in der zunächst die Gesetzeslage untersucht und die wichtigsten Gesetze bezüglich des Gesundheitssystems näher erläutert werden. Infolgedessen werden die Kostenfaktoren, die Bevölkerungsentwicklung, sowie die Akteure auf dem Gesundheitsmarkt analysiert um das ökonomische, institutionelle und gesellschaftliche Umfeld eines Neubauprojektes im Gesundheitswesen zu beleuchten. Die Situation in der Schweiz wird mit dem Österreichischen Gesundheitsmarkt abgeglichen um Ähnlichkeiten und Differenzen zwischen den Gesundheitssystemen festzustellen. Hierdurch werden einerseits die Besonderheiten des Schweizer Gesundheitssystems hervorgehoben und andererseits die Vergleichbarkeit mit dem österreichischen Gesundheitssystem analysiert.

Im Anschluss dazu werden auf Basis der Theorie sowie der Analyse Bewertungskriterien für eine Standortbewertung definiert. Schließlich folgt die Anwendung einer Standortbewertung für ein neues Gesundheitszentrum im Kanton Schwyz. Anhand dieser Beispielbewertung wird die Anwendbarkeit geprüft und evaluiert. Darauf folgt eine Sensitivitätsanalyse in der die Bewertung auf ihre Aussagekraft untersucht wird. Zum Schluss werden die Ergebnisse zusammengefasst, interpretiert und kritisch hinterfragt um die Forschungsfrage zu beantworten.

## 2. Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel setzt sich mit der Theorie der Standortfaktoren sowie mit den Bewertungsmöglichkeiten auseinander.

Zu allererst muss der Begriff des Standortes definiert werden. Dazu finden sich in der Literatur unterschiedliche Ansätze. So kann man einen Standort einerseits als „Standplatz“, also als einen geographischen Ort an dem ein Betrieb seine Produktionsfaktoren einsetzt um Güter bzw. Dienstleistungen zu erstellen, definieren. Ein weiterer Ansatz ist die Definition eines Standortes als raumwirtschaftliches Teilobjekt, sprich als räumliches Zentrum der Beziehungen zwischen Betriebswirtschaft und Umwelt. Und schließlich kann man einen Standort auch als Optimierungsobjekt betrachten. Das heißt als diejenige Alternative für die

Betriebsstätte einer Unternehmung, bei der die Differenz zwischen standortbedingten Erträgen und standortbedingten Aufwendungen einen maximalen Wert erreicht. (vgl.: Bestmann 1982)

Der Begriff „Standortfaktor“ wurde das erste Mal von Alfred Weber verwendet. Er beschrieb es als „einen seiner Art nach scharf abgegrenzten Vorteil, der für eine wirtschaftliche Tätigkeit dann eintritt, wenn sie sich an einem bestimmten Ort, oder auch generell an Plätzen bestimmter Art vollzieht.“ (Weber zitiert nach Peters, Brühl, Stelling 2005; 56) Der „Vorteil“ entsteht laut seiner Definition durch die Möglichkeit ein Produkt kostengünstiger herzustellen, als an anderen Standorten. (vgl. Peters, Brühl, Stelling; 56) Neben dieser volkswirtschaftlichen Standorttheorie nach Weber gibt es weitere Grundsätze wie die Einteilung in harte und weiche Standortfaktoren.

Harte Standortfaktoren sind Einflussgrößen die für ein Unternehmen exakt messbar bzw. berechenbar sind. Darunter fallen z.B. die Flächenverfügbarkeit, Verkehrsanbindung und der Absatzmarkt. „Harte Standortfaktoren erfuhren zwar mit der Veränderung der Produktionsbedingungen, den technischen und gesellschaftlichen Neuerungen einen Wandel ihres Bedeutungsgehaltes, haben aber ihre zentrale Position als Kriterien bei der unternehmerischen Standortwahl beibehalten.“ (SRF; 49)

Weiche Standortfaktoren sind schwer bzw. gar nicht quantifizierbar und können in die Kategorien „unternehmensbezogene weiche Standortfaktoren“ und „personenbezogene weiche Standortfaktoren“ unterteilt werden.

Unternehmensbezogene weiche Standortfaktoren wirken sich in erster Linie auf die Tätigkeit des Unternehmens aus: dazu gehören das Wirtschaftsklima, die Arbeitnehmermentalität sowie das Verhalten der örtlichen Politiker oder der örtlichen Verwaltung. Zusätzlich kann der Eindruck, den die Region als Wirtschaftsstandort erweckt (also quasi das Image der Region) in diese Kategorie eingeordnet werden. (vgl.: SRF)

Personenbezogene weiche Standortfaktoren sind die Präferenzen jener, die über den Standort entscheiden sowie die Bedürfnisse der Mitarbeiter. Es handelt sich in beiden Fällen um subjektive Einschätzungen über die Lebens- und Arbeitsqualität am Standort. Inwiefern diese in die Standortbewertung einbezogen werden hängt von den Unternehmen ab. Wenn das Unternehmen Arbeitskräfte aus anderen Regionen oder dem Ausland anwerben muss, hat es allerdings eine größere Bedeutung um die Arbeitnehmer von einem Umzug in die

Region zu überzeugen. Beispiele für personenbezogene weiche Standortfaktoren sind die Verfügbarkeit guter Schulen, saubere Luft usw.

Eine weitere Standorttheorie ist das Diamanten-Modell welches vom Wirtschaftswissenschaftler Michael Porter entwickelt wurde. Dieses Modell beschreibt wie ein Unternehmen wettbewerbsfähig wird bzw. bleibt und stellt dies durch die Analyse eines Systems aus verschiedenen, sich beeinflussenden als auch hemmenden Faktoren dar. Unter diese Faktoren fallen:

- Faktorkonditionen: geben Aussagen über die Verfügbarkeit von Produktionsfaktoren ab. Diese sind im Wesentlichen:
  - Humanvermögen: Anzahl, Ausbildung und Kosten der Arbeitskräfte
  - Materielle Ressourcen: Verfügbarkeit und Preis von Rohstoffen, Energie und Boden
  - Wissensressourcen: Know-How, welches die Fachkräfte besitzen
  - Kapitalressourcen: Verfügbarkeit von Kapital
  - Infrastruktur: Verfügbarkeit und Kosten von Transport- und Kommunikationswegen
- Inländische Nachfragekonditionen: Anspruch und Kaufkraft der Kunden
- Verwandte und unterstützende Branchen: räumliche Distanz vor- und nachgelagerter Industrien
- Unternehmensstrategie, Struktur und Wettbewerb: direkte Konkurrenz fördert Innovation und Wettbewerb

Zusätzlich zu diesen sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren nehmen im Diamanten-Modell die Determinanten Zufall und Staat Einfluss auf das System der Faktoren. (vgl.: Universität Kassel)

Das Diamanten-Konzept eignet sich am besten für die Standortbewertung für Betriebe aus dem produzierenden Gewerbe, da diese einerseits häufig auf Zulieferbetriebe angewiesen ist und sich auf einem internationalen Markt bewähren muss. Ärztezentren haben zwar Ähnlichkeiten mit Clustern, da die Ärzte z.B. durch die gemeinsame Benützung eines Röntgengeräts von Synergieeffekten durch die Nähe zueinander profitieren, jedoch müssen sich Fachärzte auf einem regionalen Patientenmarkt gegeneinander behaupten. Somit kann die Nähe von Ärzten aus dem gleichen Fachärztesegment eher als Nachteil betrachtet werden.

Karl-Weber Hausmann teilt Standortfaktoren wiederum in qualitative und quantitative ein. Diese Definition ist jener Unterteilung in harte und weiche Standortfaktoren überaus ähnlich.

Qualitative Faktoren beschreiben die Anforderungen, die ein Unternehmen an den jeweiligen Standort hat. Da es sich um schwer messbare Faktoren handelt, die zwar von den jeweiligen Unternehmen geschätzt werden, aber einer gewissen Subjektivität unterliegen haben diese Faktoren keinen direkten Einfluss auf den Unternehmenserfolg. Typische qualitative Standortfaktoren sind:

- Grundstück
- Verkehrsinfrastruktur
- Arbeitskräftebeschaffung
- Kulturelle und soziale Infrastruktur

Der Standortfaktor Grundstück umfasst die Lage, die Bodenbeschaffenheit und die Möglichkeiten einer Grundstückserweiterung sowie äußere Einflüsse wie z.B. Lärmimissionen. (vgl.: Purkhardt 2015; 10) Das Fehlen einer Erweiterungsmöglichkeit ist oftmals der Grund weshalb Unternehmen bestimmte Standorte nicht mehr weiterführen können und den Neuaufbau an einem passenderen Standort vollziehen müssen. (vgl. Kaiser 1979; 34, nach Purkhardt 2015; 10)

Der Faktor Verkehrsinfrastruktur umfasst die Anbindung an öffentliche und Individuelle Personenverkehrsnetze. Auch die Arbeitskräftebeschaffung wird als qualitativer Standortfaktor genannt. Diese beinhaltet die Bevölkerungsstruktur, den Ausbildungsstandard sowie die Arbeitskräfte reserven.

Quantitative Standortfaktoren sind im Gegensatz zu den qualitativen messbar und der Beitrag zum Unternehmenserfolg kann direkt festgestellt werden. Bei diesen handelt es sich ausschließlich um monetäre Bewertungen. Typische quantitative Standortfaktoren sind

- Grundstücks- und Erschließungskosten
- Kosten für Ankauf oder Errichtung der Gebäude
- Standortabhängige Finanzierungskosten
- Fördermaßnahmen der öffentlichen Hand
- Grund- und Gewerbesteuern

- Gewinnsteuern
- Personalkosten (vgl.: Köbernik 2014; 89 nach Purkhardt 2015; 13)

Während die ersten 3 Faktoren von Standort zu Standort unterschiedlich sind, sind die Fördermaßnahmen der öffentlichen Hand Gemeindeabhängig. Bei den letzten der Faktoren hingegen ergeben sich keine innerregionalen Unterschiede.

Das Diamantkonzept ist für die Standortbewertung von Ärztezentren zwar ungeeignet, jedoch sind die Theorien der quantitativen und qualitativen- bzw. harten und weichen Standortfaktoren anwendbare Grundlagen. Beiden liegt das Konzept von messbaren, für das Unternehmen bedeutsamen Standortfaktoren sowie nicht-messbaren für das Unternehmen sowie das Personal wichtigen Faktoren zugrunde. Dies ist insbesondere wichtig, da sich immer weniger ÄrztInnen im ländlich-peripheren Raum ansiedeln und ein guter Patientenmarkt und niedrige Betriebskosten alleine kein Garant dafür sein müssen, dass das Angebot von Ärzten angenommen wird. Daher muss eine Standortbewertung für Ärztezentren messbare und nicht-messbare Bewertungskriterien enthalten.

### 3. Rechtliche Grundlagen

Das Gesundheitssystem der Schweiz wird durch verschiedenste Gesetze geregelt, welche vom Bund sowie hauptsächlich von den Kantonen erlassen werden. Dieses Kapitel soll einen Überblick über die Gesetzeslandschaft und die Kompetenzverteilung geben. Im Folgenden werden die relevantesten Gesetze für den ambulanten Sektor aufgelistet.

#### 3.1 Bundesrecht

##### 3.1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994

Das Schweizer Krankenversicherungsgesetz (KVG), einschließlich verschiedener Ausführungserlasse, regelt die soziale Krankenversicherung. Hierzu gehören insbesondere Fragen der Zulassung von Leistungserbringern, der Finanzierung der Pflege und der Versicherungspflicht. So sind die Kantone zuständig für die Einhaltung der Versicherungspflicht, sie regeln die Restfinanzierung, koordinieren die Planungen von Spitälern und Pflegeheimen, führen entsprechende Spital- und Pflegeheimlisten und stellen die Tarifverträge für Angestellte des Gesundheitswesens sicher. Bei der Planung von

Ärztzentren kommt den Kantonen keine Koordinierungsfunktion zu. (vgl.: Bundesgesetz über die Krankenversicherung)

### 3.1.2 Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006

Das Medizinalberufegesetz regelt die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der universitären Medizinalberufe. Die Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Haltungen sind in Form normativer Ziele vorgegeben. Der Geltungsbereich umfasst die Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Fortbildung sowie der Berufsausübung der Fachpersonen im Bereich der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik, der Pharmazie und der Veterinärmedizin. (vgl.: Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe)

### 3.2 Kantonsrecht

Im Wesentlichen liegt die Kompetenz der Gesundheitsversorgung bei den Kantonen. Diese können einerseits frei entscheiden welche Kompetenzen sie an die Bezirke oder die Gemeinden abgeben und haben andererseits einen gewissen Gestaltungsspielraum beim Vollzug der eidgenössischen Gesetze. Es obliegt also dem Kanton die Art und den Umfang des öffentlichen Gesundheitswesens zu regulieren.

Hierfür gibt es schweizweit eine Fülle an unterschiedlichen Gesetzen, die von Kanton zu Kanton unterschiedlich sind. Jedoch wird der stationäre Bereich im allgemeinen durch die Spitalverordnung geregelt. Gleichfalls entscheidet der Kanton, ob Leistungen vom Privaten Sektor oder von der öffentlichen Hand wahrgenommen werden. Der ambulante Bereich ist im Gegensatz zum stationären Bereich weitgehend unregelt. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone beschränken sich im Wesentlichen auf Leistungsaufträge mit ambulanten Diensten kantonaler Bedeutung, Finanzierung der Spitex (spitalexterne Hilfe und Pflege), Zulassungsbeschränkung der Ärzte, Gesundheitsförderung und Prävention sowie meinungsbildende Maßnahmen (Werbung für Vorsorgeuntersuchungen usw.). In die Kompetenz des Kantons fällt die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung sowie die Aufsicht über die Gesundheitsberufe. (vgl.: Kanton Schwyz, Abteilung für Gesundheit und Soziales) Im Folgenden wird ein Überblick über die relevantesten Gesetze ausgewählter Kantone aus unterschiedlichen Regionen, Sprachgebieten und politischer Ausrichtung gegeben:

### 3.2.1 Spitalgesetz Kanton Schwyz

Im Spitalgesetz des Kantons Schwyz wird die Bewilligungspflicht für Spitäler und Spitalsähnliche Einrichtungen geregelt. Darüber hinaus wird die Kompetenz der Spitalplanung und die Erstellung der Spitalliste normiert. (vgl.: Spitalgesetz)

### 3.2.2 Gesundheitsgesetz des Kanton Schwyz

Im Schwyzer Gesundheitsgesetz wird das öffentliche, kantonale Gesundheitswesen geregelt. Dies ist das wichtigste Gesetz für das Schwyzer Gesundheitswesen, da es die Aufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen dem Department, welches vom Regierungsrat bestimmt wird, zuteilt. Diese vollzieht die Gesetzgebung und koordiniert die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, sowie die Überprüfung der Gesundheitseinrichtungen. Hierbei allen voran die Arztpraxen und Apotheken. Darüber hinaus wird auch die Ausübung aller Gesundheitsberufe überwacht. Das Gesundheitsgesetz regelt auch die Kompetenzverteilung zwischen Kanton und Gemeinden: so sind die Gemeinden für die Sicherstellung der Hauskrankenpflege zuständig. Weiters werden die Patientenrechte geregelt. (vgl.: Gesundheitsgesetz)

### 3.2.3 Gesundheitsgesetz des Kanton Zürich

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich regelt die Bestimmungen zur Ausübung eines Berufes im Gesundheitswesen, die Spitalplanung, Krankheitsprävention, Bestattungswesen sowie die Betriebsbewilligung für Gesundheitseinrichtungen. Darunter fallen auch ambulante ärztliche Institutionen wie Gesundheits- oder Ärztezentren. Die Bewilligung wird erteilt, wenn die Institution den angebotenen Leistungen entsprechend eingerichtet ist, über das für eine fachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal verfügt und der Direktion eine gesamtverantwortliche Leitung bezeichnet hat, das für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich ist. Der Regierungsrat kann Bestimmungen über die Höchstzahl von MitarbeiterInnen erlassen, die von ambulanten ärztlichen Institutionen beschäftigt werden dürfen. Darüber hinaus schreibt das Kanton Zürich keine Einschränkungen für Ärztezentren vor. (vgl.: Kanton Zürich: Gesundheitsgesetz)

### 3.2.4 Gesundheitsgesetz Kanton Zug

Das Zuger Gesundheitsgesetz regelt die Patientenrechte, die Zulassungsbedingungen für die Berufsausübung im Gesundheitswesen, Hygienemaßnahmen sowie die Betriebsbewilligungen für Gesundheitseinrichtungen. Unter letztere Kategorie fallen auch Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, womit vor allem Ärztezentren gemeint sind. Um eine Bewilligung zu erhalten sind die gleichen Bestimmungen, wie im Kanton Zürich einzuhalten. Auch im Kanton Zug gibt es darüber hinaus keine weiteren Einschränkungen für Ärztezentren. (vgl.: Kanton Zug: Gesundheitsgesetz)

### 3.2.5 Gesundheitsgesetz Kanton Luzern

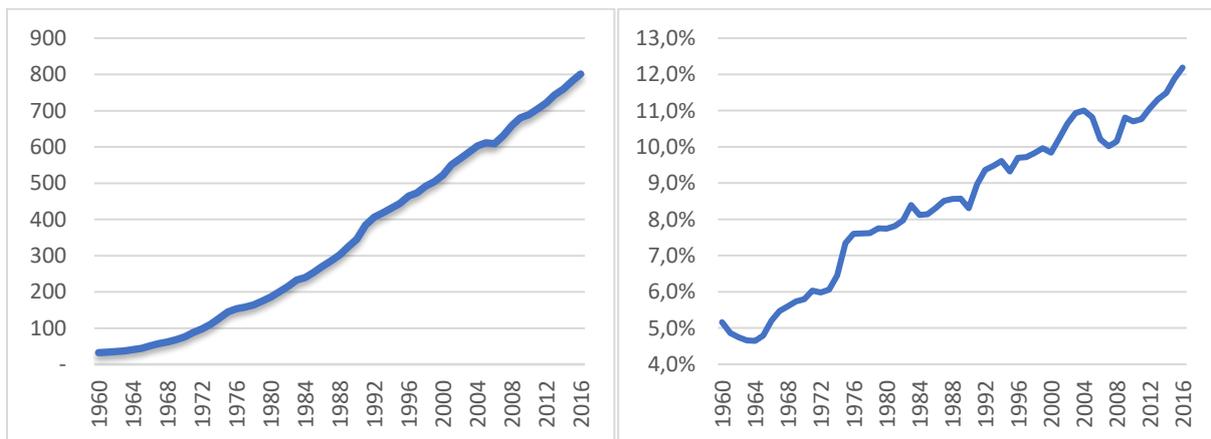
Das Luzerner Gesundheitsgesetz regelt ebenfalls die Zulassungsbedingungen für die Berufsausübung im Gesundheitswesen, die Spitalplanung sowie die Betriebsbewilligungen für Gesundheitseinrichtungen. Ärztezentren benötigen im Kanton Luzern allerdings keine Genehmigung, sondern ausschließlich Spitäler, Pflegeeinrichtungen, Apotheken und Drogerien. (vgl.: Kanton Luzern: Gesundheitsgesetz)

### 3.2.6 Loi sur la santé Kanton Waadt

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Waadt (Hauptstadt: Lausanne, Anm.) regelt neben den Patientenrechten und der Krankheitsvorbeugung die Zulassung zur Ausübung medizinischer Berufe, die Zuständigkeiten der verschiedenen Fachärztegruppen sowie die Anforderungen an Gesundheitseinrichtungen. Als Gesundheitseinrichtungen werden Einrichtungen die der Beherbergung von Personen zur Beibehaltung, Verbesserung oder Wiedererlangung ihrer Gesundheit dienen. Darunter fallen Pflegeeinrichtungen, Kurhotels usw.. Ärzte- bzw. Gesundheitszentren fallen nicht in diese Kategorie, da diese keine Patienten beherbergen. Infolgedessen bleibt die Errichtung von Ärzte bzw. Gesundheitszentren unregelt. Im Kanton Waadt dürfen alle Fachärzte, welche eine in der Schweiz anerkannte Facharztausbildung absolviert haben und nicht vorbestraft sind praktizieren. Es gibt also keine Beschränkungen für bestimmte Facharztgruppen. (vgl.: Loi sur la santé)

#### 4. Kosten des Schweizer Gesundheitssystems

Die Kosten sind ein wichtiger Indikator aus der man Rückschlüsse auf die Größe des Marktes (Höhe des jährlichen Umsatzes der Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitssektor) und seine zukünftige Entwicklung ziehen kann. Wichtige Einflussfaktoren sind hierbei die Bevölkerungszahl, das Durchschnittsalter der Bevölkerung, technische Fortschritte, Tarife, der Skill Mix und das Ausmaß der Inanspruchnahme bestimmter Versorgungsmodelle wie zum Beispiel „Managed Care“.



**Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Links: Pro Kopf und Monat in CHF. Rechts: Anteilig am BIP. Quelle: (Bundesamt für Statistik. Eigene Darstellung)**

Durch die hohe Anzahl der Einflussfaktoren ist eine Vorhersage der Kostenentwicklung schwierig, jedoch sieht man in der Abbildung 1, dass sich die Gesundheitsausgaben pro Einwohner und Monat zwischen 1990 und 2016 mehr als verdoppelt haben und konstant ansteigen. Auch gemessen am BIP zeigt der Trend eindeutig nach oben. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP hat 2016 fast 12% erreicht, während es 1995 noch 9,3% waren. Zum Vergleich: In Österreich betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 2016 10,4%, waren aber mit umgerechnet 44.910 Millionen Franken rund halb so hoch wie in der Schweiz (80.709 Millionen Franken). Da es sich um 2 benachbarte Staaten mit einer ähnlichen Einwohnerzahl handelt, können die Ausgaben für das Schweizer Gesundheitssystem als sehr hoch angesehen werden.

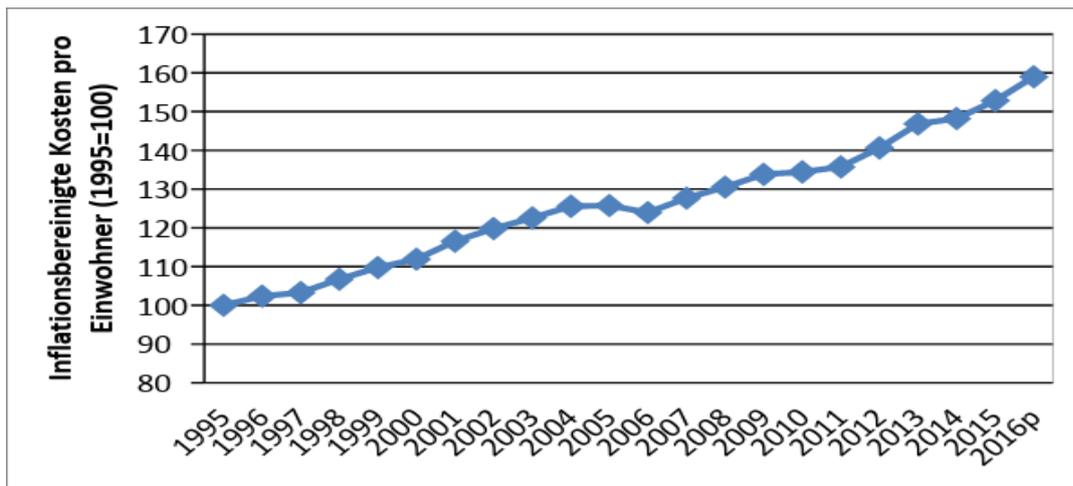


Abbildung 2: Inflationbereinigte Kosten pro Einwohner (1995=100) (Quelle: Bundesamt für Statistik. Eigene Darstellung)

Abbildung 2 zeigt die inflationsbereinigte Kostenentwicklung pro Einwohner zwischen 1995 und 2016. Durch diese Darstellung wird die Kostenentwicklung von der Einwohnerzahl und dem allgemeinen Preisniveau entkoppelt und liefert dadurch einen genaueren Blick. Auch hier zeigt sich eine klare Steigerung von 59% innerhalb von 21 Jahren. Die medizinische Behandlung der Schweizer Bevölkerung wird also stetig und auch unabhängig vom Preisniveau teurer.

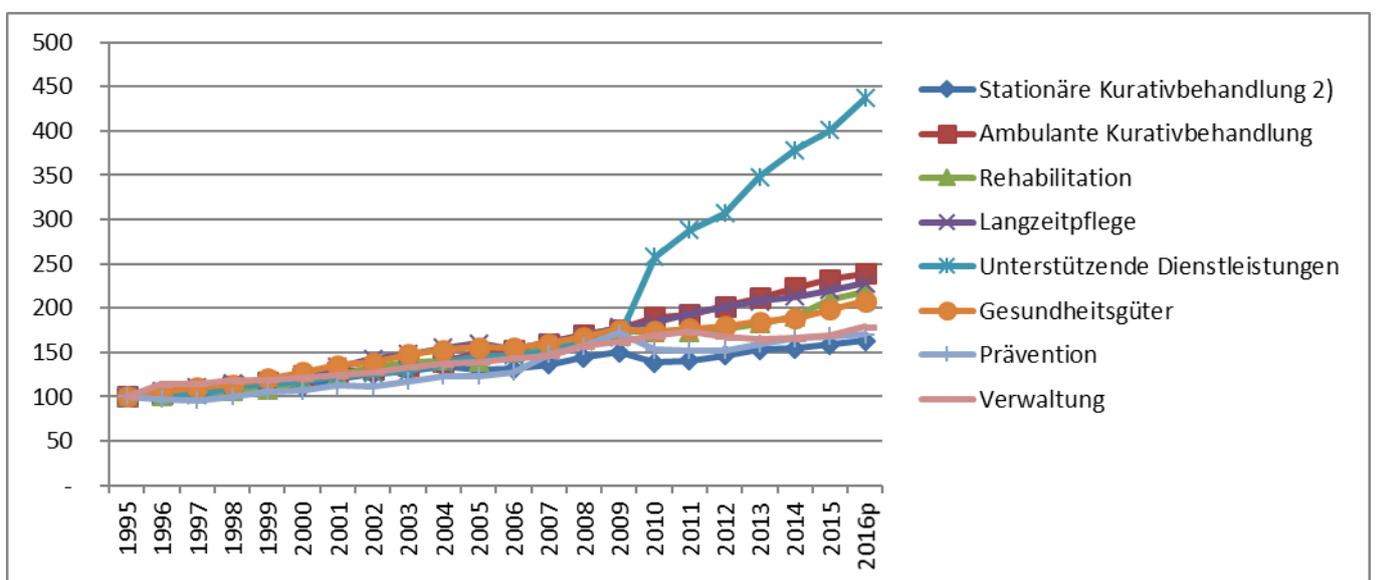


Abbildung 3: Kostenentwicklung nach Leistungsarten (1995=100) (Quelle: Bundesamt für Statistik. Eigene Darstellung)

Ein Blick auf die Kostenentwicklung der einzelnen Leistungssektoren zeigt, dass die Kosten zwischen 1995 und 2016 in allen Sektoren deutlich gestiegen sind. Dabei sticht der Sektor „Unterstützende Dienstleistungen“ in die unter anderem Laboranalysen, Radiologie sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen fallen, hervor. Diese verzeichnet einen Kostenanstieg von 336% und ist damit eindeutig am stärksten gestiegen. Besonders betroffen sind vor allem

Laboranalysen: die schweizweiten Ausgaben für diese Leistung haben sich allein zwischen 2005 und 2016 auf 2,24 Milliarden Franken verdoppelt. Das heißt einerseits, dass es einen stark steigenden Bedarf für Dienstleistungen in diesem Sektor gibt und andererseits, dass die Versicherungsanbieter in Zukunft darauf achten werden, die Kostenexplosion in diesem Sektor einzudämmen. Dies vor allem, weil die „Unterstützenden Dienstleistungen“ mit Gesamtausgaben von 5,9 Milliarden Franken pro Jahr bereits ein Drittel so hoch sind, wie die Gesamtausgaben für stationäre Kurativbehandlungen. Eine Möglichkeit dafür wäre der Ausbau des „Managed Care“-Modells um nicht zwingend notwendige Leistungen einzusparen.

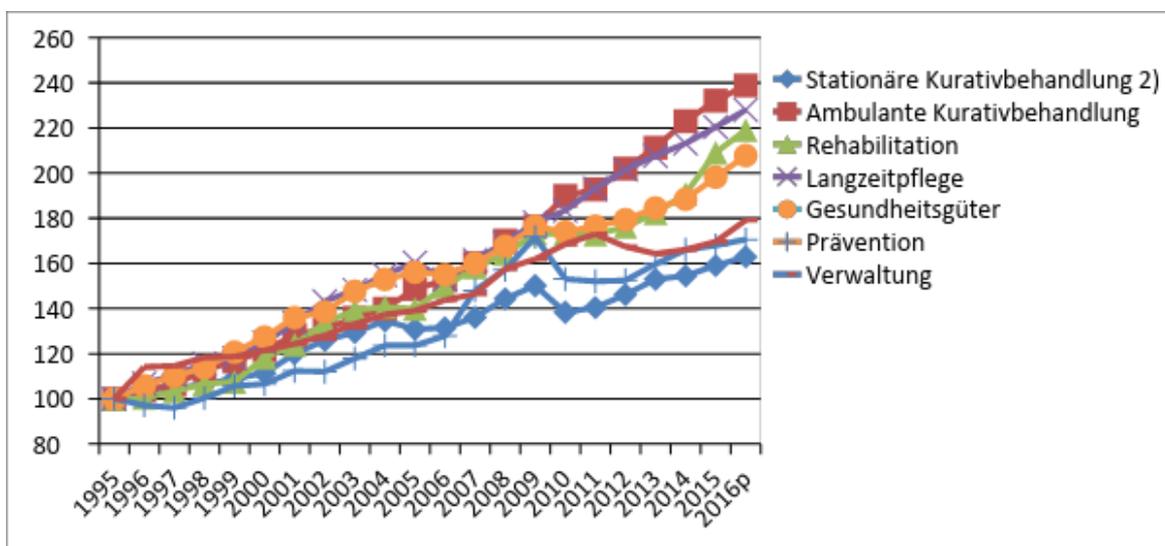


Abbildung 4: Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Leistung exklusive unterstützender Dienstleistungen. (Quelle: Bundesamt für Statistik. Eigene Darstellung)

Bei einem näheren Blick auf die Leistungsarten ohne „unterstützenden Dienstleistungen“, lässt sich erkennen, dass die Ausgaben für ambulante Kurativbehandlungen am konstantesten steigen, nämlich innerhalb von 21 Jahren um 140%. Da der Trend aus Kostengründen eindeutig in Richtung ambulant vor stationär geht und die Bevölkerung der Schweiz gleichzeitig wächst und altert, darf hier von einer weiteren Steigerung der Ausgaben in den kommenden Jahren ausgegangen werden. Ebenfalls stark angestiegen sind die Ausgaben für die Langzeitpflege. Hier wurden 2016 um 127% höhere Summen ausgegeben als 1995, was auch eindeutig auf die alternde Bevölkerung, aber auch auf den Rückgang der Pflege durch Familienangehörige zurückzuführen ist. Auch in diesem Sektor kann man von einem weiteren Anstieg der Kosten über die nächsten Jahre ausgehen. Den schwächsten Anstieg weist die Stationäre Kurativbehandlung auf. Deren Wachstum lag mit 62% allerdings immer noch deutlich über dem Inflationswert von 12,43% in der gleichen Periode. Auffallend

ist ein leichter Einbruch bei den Ausgaben im Jahr 2010, der sich in allen Sektoren, außer der Ambulanten Kurativbehandlung und der Langzeitpflege wiederfindet. Aufgrund des Zeitraums handelt es sich hierbei wohl um Sparmaßnahmen in Folge der Finanzkrise und zeigt auch, dass der ambulante Sektor krisensicher ist.

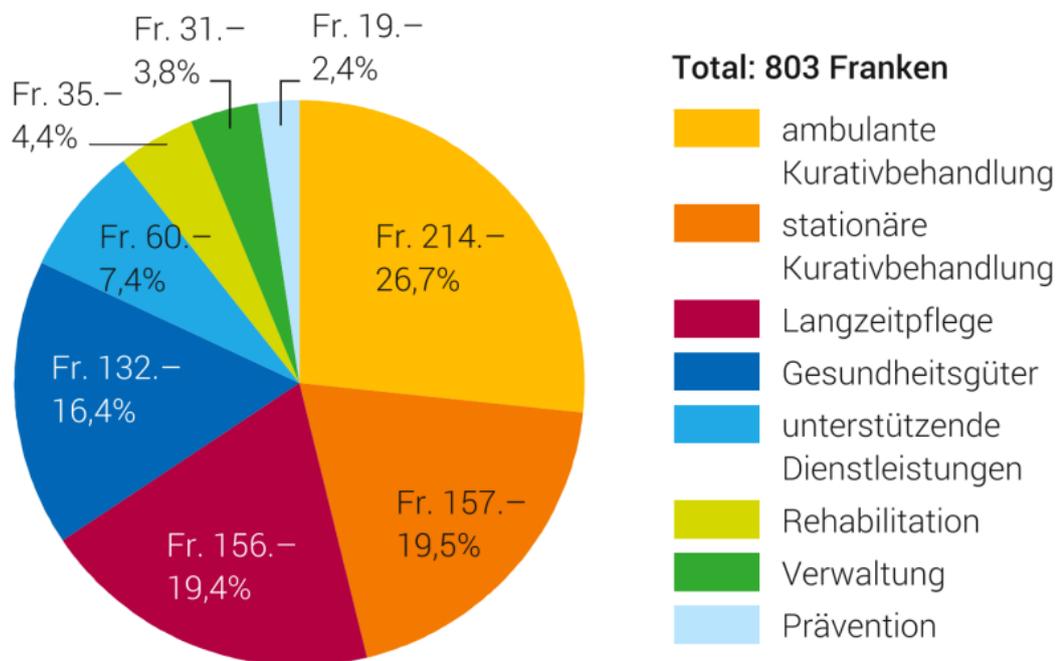
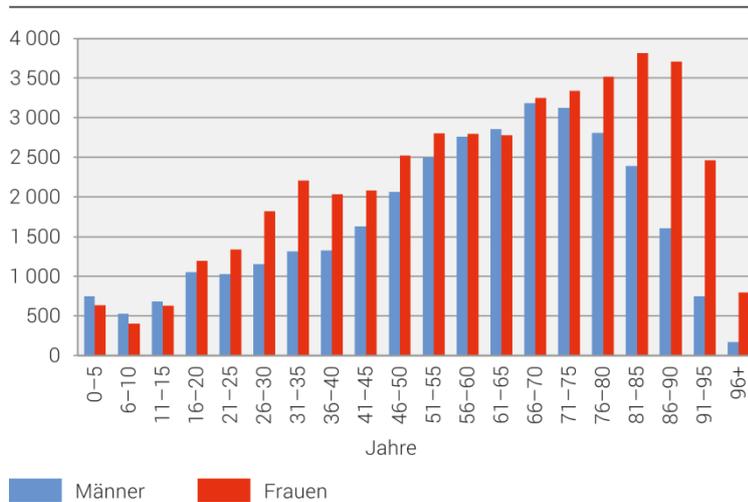


Abbildung 5: Gesundheitsausgaben pro Einwohner 2016. (Quelle: Bundesamt für Statistik)

Der Blick auf die Absoluten Kosten nach Leistungsarten je Einwohner zeigt, dass die Kosten für ambulante Kurativbehandlungen bereits mit Abstand am höchsten sind. Die stationäre Kurativbehandlungen machen mit 157 Franken pro Person „nur“ mehr 19,5% der Kosten aus, dicht gefolgt von den Kosten für die Langzeitpflege (156 Franken bzw. 19,4%). Auch hier lässt sich der Einfluss des Demografischen Überganges und des Trends zur Bevorzugung der ambulanten statt der stationären Behandlung erkennen.

## Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2015

In Millionen Franken



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU), revidiertes Modell 2017

© BFS 2017

Abbildung 6 (Quelle: Bundesamt für Statistik)

Wie die Abbildung 6 zeigt, verursachen Personen über 65 Jahren die mit Abstand höchsten Kosten im Gesundheitssystem der Schweiz, denn mit zunehmendem Alter wird es immer wahrscheinlicher, dass ein Mensch an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet. Die Einschränkungen, die durch chronische Erkrankungen verursacht werden, variieren stark und Personen können teilweise gut damit leben. Jedoch ergibt sich daraus eine neue Bedürfnislage der PatientInnen, auf die mit entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten reagiert werden muss. Die Krankheitsbewältigung rückt dabei in den Fokus. Eine Möglichkeit wäre das Chronic Care Model, welches das Selbstmanagement der PatientInnen unterstützt und die Einbeziehung verschiedener Gesundheitsfachpersonen vorsieht. Damit chronisch kranke PatientInnen möglichst lange in den eigenen vier Wänden leben können, ist ein stabiles Netzwerk von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich notwendig. So können überflüssige Spitalsaufenthalte und Heimeintritte hinausgezögert werden. Eine Möglichkeit dafür bieten neben Hausärzten, welche auch Hausbesuche bei älteren Menschen machen können, Ärztezentren bzw. Gesundheitszentren, da diese kurze Wege zwischen den einzelnen Fachärzten garantieren und sich dadurch Ausgaben für Krankentransporte einsparen lassen können. (vgl. Fachbericht des Amtes für Gesundheit und Soziales; 2014)

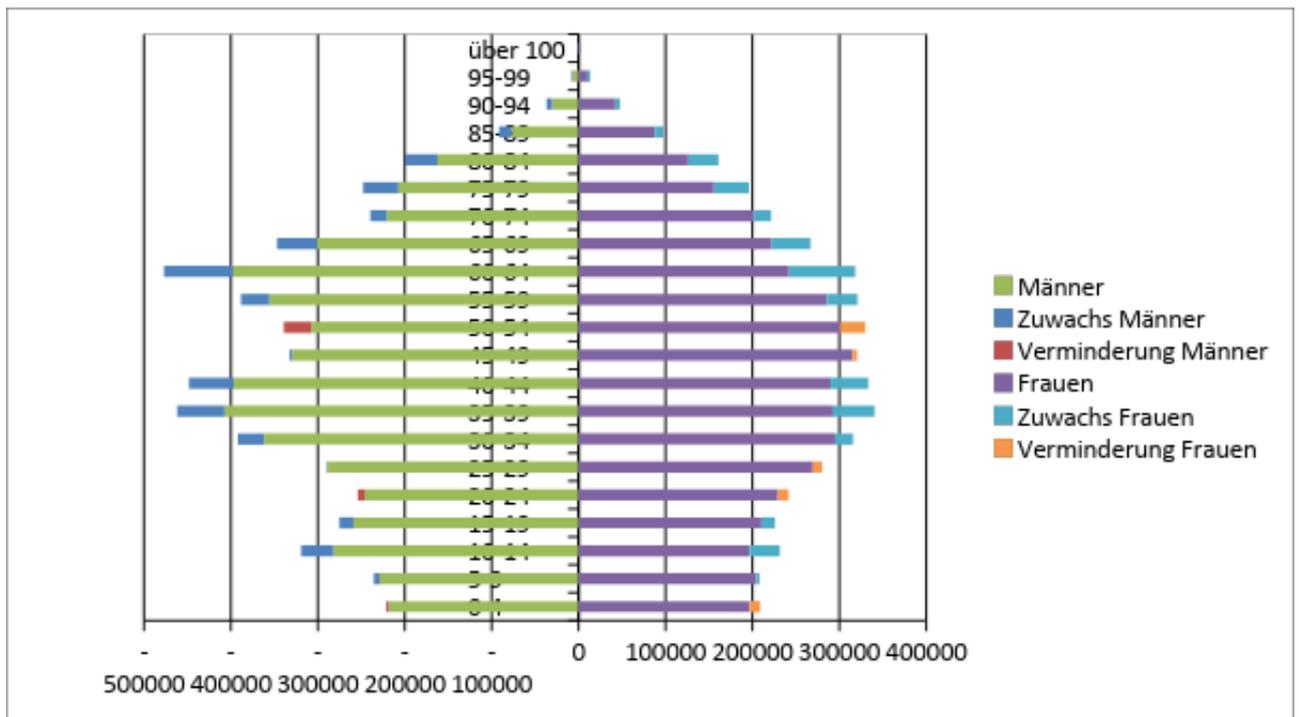


Abbildung 7: Prognostizierte Bevölkerungspyramide der Schweiz 2026 verglichen mit der Bevölkerungspyramide 2016. (Quelle: Bundesamt für Statistik. Eigene Darstellung)

In Abbildung 7 wird deutlich, dass die Anzahl der Personen über 65 in den nächsten 10 und insbesondere in den kommenden 15 Jahren zunehmen wird. Dies wird dafür sorgen, dass die Kosten und der Bedarf an ambulanten Einrichtungen sowie Pflegekräften steigen werden. Ärztezentren kommt hierbei wie bereits oben beschrieben eine wichtige Rolle zu, da sie ein gutes Angebot für ältere Menschen im ambulanten Bereich schaffen. Da die Ausgaben im ambulanten Bereich weiter ansteigen werden bedeutet dies, dass die Nachfrage nach ambulanten Behandlungen weiter steigen wird und sich somit auch das Angebot erweitern muss. Außerdem kann durch den Anstieg der Kosten davon ausgegangen werden, dass der Staat sowie die Krankenversicherungen weiterhin versuchen werden, die Anzahl stationärer Behandlungen zu dezimieren und stattdessen ambulante Behandlungen zu bevorzugen. Eine wichtige Rolle könnte dabei dem Managed-Care Modell zukommen. Durch die Schaffung von weiteren Anreizen könnte dieses Modell ausgebaut werden und somit einige stationäre Behandlungen durch ambulante ersetzt bzw. die Patienten zu ambulanten Einrichtungen außerhalb der überlasteten Kantonsspitäler gelotst werden. Dies ergibt eine gute Marktsituation für den Bau neuer Ärztezentren, da die Nachfrage nach- bzw. die Einnahmen von Fachärzten steigen werden. Außerdem bieten Ärztezentren den schon oben beschriebenen Vorteil der kurzen Wege zwischen den Fachärzten. Auch durch einen Ausbau von „Managed Care“-Modellen könnten Ärztezentren profitieren, da hierbei der im

Ärztzentrum ordinerende Hausarzt durch Zuweisungen für eine gute Auslastung seiner Facharztkollegen im Ärztezentrum sorgen kann.

## 5. Stakeholder

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Akteure des Schweizer Gesundheitssystems beschrieben. Zweck dieses Kapitels ist es zu beschreiben welche Stakeholder auf welche Art und Weise im Schweizer Gesundheitssystem mitmischen und welche Ziele diese verfolgen.

### 5.1 Bund

Wie im Kapitel „Rechtliche Grundlagen“ beschrieben, kommt der Schweizer Eidgenossenschaft im Gesundheitssystem nur eine untergeordnete Rolle zu. Sie schafft mit Gesetzen wie dem Krankenversicherungsgesetz und dem Medizinalberufsgesetz den Rahmen für das Gesundheitssystem. Die wichtigste Bundesbehörde im Gesundheitswesen ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Sie ist zuständig für die Ausführung und Umsetzung der eidgenössischen Gesetze. Zudem übt es die Aufsicht über die Sozialversicherungen (neben der Kranken- auch die Unfall- und Militärversicherung) in der Schweiz aus indem es die Einhaltung der Gesetze kontrolliert und die Höhe der Versicherungsprämien genehmigt. Weiters bestimmt das BAG, welche Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung zu erstatten sind und ist für den Verbraucherschutz im Gesundheitsbereich zuständig. (vgl.:ErfahrungsMedizinisches Register)

Eine Auswirkung auf den Betrieb von Facharztordinationen hat der Bund also hauptsächlich durch die obligatorisch Krankenversicherung bzw. deren Leistungsumfang. Je mehr Leistungen durch diese abgedeckt werden, desto mehr können diese von PatientInnen die nur obligatorisch versichert sind genutzt werden. In weiterer Folge entsteht eine höhere Inanspruchnahme der Ärzte.

### 5.2 Kantone

Die Kantone sind die wichtigsten gesundheitspolitischen Player. Sie haben, wie im Kapitel „Rechtliche Grundlagen“ ersichtlich, die Kompetenz um die Gesundheitsgesetze zu bestimmen und sind für die stationäre Versorgung zuständig. Das heißt, dass sie den notwendigen Bedarf an Spitälern bzw. Spitalsbetten eruieren, Leistungsaufträge an die

Spitäler vergeben und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben kontrollieren. Außerdem überprüfen die Kantone, ob und inwiefern Investitionen in medizinische Einrichtungen von Nöten sind. Darüber hinaus sind die Kantone auch für die Spitalfinanzierung zuständig, welches im jeweiligen Spitalverordnungsgesetz geregelt wird.

Ein wichtiger Punkt ist, dass die Kantone die Berufszulassung und Praxisbewilligung der Ärzte regeln. Um also in einem Kanton den Beruf eines Arztes ausüben zu können, müssen die Ärzte beim Kanton um eine Bewilligung ansuchen.

Ferner überwachen die Kantone die Berufstätigkeit in den Gesundheitsberufen. Da die Zulassungsbestimmungen in den einzelnen Kantonen unterschiedlich sind, lässt sich keine einheitliche Aussage treffen, welche Mediziner ihren Beruf im jeweiligen Kanton ausüben dürfen und welche nicht. Erfahrungsmediziner dürfen z.B. in manchen Kantonen ohne Einschränkungen praktizieren und in manchen wiederum gar nicht. Eine weitere Kompetenz der Kantone ist die Organisation des Notfalls- und Rettungsdienstes, welches meist an die kantonale Ärztesgesellschaft (Notfalldienst) bzw. private Rettungsorganisationen abgegeben wird. Der Kantonsarzt wird genauso wie dessen Aufgabengebiete vom Kanton bestimmt. Hauptsächlich ist dieser für die Meldung ansteckender Krankheiten wie Aids zuständig. (vgl.: ErfahrungsMedizinisches Register)

### 5.3 Gemeinden

Die Rolle der Gemeinden im Gesundheitssystem ist stark davon abhängig, in welchem Kanton sich diese befinden, da die Zuständigkeiten von den Kantonen an die Gemeinden abgetreten werden müssen. In der nachfolgenden Tabelle wird veranschaulicht welche Kompetenzen in welchen Kantonen an die Gemeinden abgegeben werden:

	Spitex	Stationäre Pflege	Bestattungs- wesen	Allgemeine Hygiene- bestimmungen	Gesundheits- förderung	Schulärzte
Aargau					x	
Appenzell Ausserrhoden			x	x		x
Basel- Landschaft						
Bern						
Freiburg			x	x		
Genf				x		
Glarus	x	x	x			
Graubünden			x	x		x
Jura			x	x		
Luzern				x		
Neuenburg				x		
Nidwalden	x		x			
Obwalden	x		x	x		
Schaffhausen			x			
Schwyz	x		x			
Solothurn						x
St. Gallen	x					
Tessin						
Thurgau	x	x	x	x	x	

Uri		x	x			
Waadt						
Wallis				x		
Zug				x		
Zürich						

Zusätzlich wird im Kanton Schwyz die „Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Gemeinde“ an die Gemeinden und das Rettungswesen an die Bezirke abgegeben. Letzteres obliegt im Kanton Zürich den Gemeinden. Arztpraxen (auch jene in Fachärztezentren) müssen von den Kantonen genehmigt werden, allerdings müssen diese Zentren gut in die regionale Versorgung eingebettet sein. Die Tabelle zeigt, an welche politische Ebene man sich wenden muss, wenn man z.B. mit Pflegeeinrichtungen kooperieren will.

#### 5.4 Bauherren

Bauherren sind jene die selbst oder durch Dritte auf eigene Verantwortung ein Bauvorhaben wirtschaftlich und technisch vorbereiten und durchführen. Bei Spitalbauten in der Schweiz treten meist die Spitalsbetreiber, bei Kantonsspitalern auch die zuständige Behörde der Kantonsverwaltung, als Bauherren auf. Als Beispiele können folgende Bauherren angeführt werden:

Schweizer Paraplegiker Stiftung: Erweiterung des Paraplegiker Zentrums in Nottwil (Luzern)  
(vgl.: hemmi fayet)

Luzerner Kantonsspital: Totalerneuerung des Luzerner Kantonsspitals, Neubau des Spitals Wolhusen (vgl.: Competitionline)

Amt für Hochbauten des Kantons Uri: Um- und Neubau des Kantonsspital Uri (vgl.: R+B engineering ag)

Hochbauamt Kanton Zürich: Neubau des Kantonsspitals Winterthur (vgl.: Demmel Bauleitungen)

Spital Bülach AG: Partieller Neubau des Spital Bülach (Competitionline)

MedicoPlus Immo AG: Bau des Medicoplus Ärztezentrums in Einsiedeln. (vgl.: Bauder AG)

Dies bedeutet, dass Ärzte- bzw. Gesundheitszentren nicht ausschließlich von großen Unternehmen oder Betreibern einer Filialkette errichtet werden, sondern auch von kleinen, extra für die Gesundheitseinrichtung gegründeten Unternehmen erbaut werden. Während Betreiber von Filialketten darauf achten, dass ihre einzelnen Unternehmensstandorte sich nicht gegenseitig im Weg stehen und den Markt abgraben, suchen kleine Unternehmen eher nach dem optimalen Standort an dem sich Profite generieren lassen.

### 5.5 General- und Totalunternehmer

Generalunternehmer sind Firmen, die bei einem Bauvorhaben die Hauptverantwortung und die Koordination der Subunternehmer übernehmen. Totalunternehmer hingegen sind Bauunternehmen, die sowohl die Planung als auch den Bau ausführen. Da es sich bei Gesundheitseinrichtungen meistens um größere Bauvorhaben handelt, wird auf General- oder Totalunternehmer zurückgegriffen um die Baufortschritte zu koordinieren, Termine einzuhalten und Preisexplosionen zu vermeiden. Die wichtigsten General- oder Totalunternehmer im Schweizer Gesundheitswesen sind:

Die Steiner AG mit Sitz in Zürich bietet Entwicklungs-, General-, und Totalplanungsdienste im Gesundheitswesen an. Ihre Referenzprojekte umfassen das Kantonsspital Münsterlingen, das Alters- und Pflegeheim Birsfelden, sowie das Betagtenzentrum Emmenfeld. (vgl.: Steiner AG)

Die Gross AG dient als Totalunternehmer bei Bauprojekten aller Art. Darunter bei der Klinik Barmelweid und der Rehaklinik Aareha Schinach-Bad. (vgl.: Gross AG)

Implenia mit Hauptsitz in Dietlikon ist eines der führenden Bau- und Baudienstleistungsunternehmen in der Schweiz und beschäftigt europaweit rund 10.000 Mitarbeiter. Sie bietet integrierte Lösungen als One-Company an, indem sie die verschiedenen Geschäftsbereiche miteinander verknüpft und somit Synergien im Bauprozess ausschöpft. Ihr Angebot umfasst neben Spitalsbauten auch Strassen- und Brückenbauten usw. (vgl.: Implenia)

Losinger-Marazzi AG ist ein Tochterunternehmen von „Bouygues Construction“, welcher sich unter anderem auf den Bau von Spitälern fokussiert hat. Losinger-Marazzi bietet Bauten aus

einer Hand. Es integriert Facility-Management-Aspekte in der Planungsphase um den Unterhalt sowie den Betrieb der Immobilie zu optimieren. Ihr Leuchtturmprojekt ist das Spital Limmattal, welches im Rahmen eines Gesamtleistungsauftrages realisiert wurde. (vgl.: Losinger-Marazzi AG)

## 5.6 Ärzte

Die Ärzte sind in der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) organisiert. Diese ist der Dachverband von 70 Ärzteorganisationen und Vertritt die Ärzteschaft gegenüber der Bevölkerung, den Behörden und weiteren Institutionen. Dabei will sie der Ärzteschaft bei gesundheitspolitischen Fragen Gehör verschaffen und eine ärztliche Versorgung hoher Qualität zu angemessenen Kosten gewährleisten. Ihre Aufgaben sind:

- der Erlass und Durchführung einer Weiterbildungsordnung
- die Erarbeitung von eidgenössischen Tarifstrukturen
- Angebot und Vermittlung vorteilhafter Dienstleistungen im wirtschaftlichen, rechtlichen und sozialen Bereich an ihre Mitglieder
- Information der Mitglieder über aktuelle und grundsätzliche berufs- und gesundheitspolitische Fragen und Entwicklungen (vgl.: Foederatio Medicorum Helveticorum)

Relevanz hat vor allem die Erarbeitung der Tarifstrukturen, da diese über die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis mitentscheiden können. Hier gilt in der Schweiz das System der TARMED: Für jede ärztliche Leistung bzw. Leistungsdauer wird ein Fixpreis vorgeschrieben, aus dem sich schließlich die Behandlungskosten ergeben.

## 5.7 Private Anbieter

Von 345 Spitälern in der Schweiz werden 132 von privaten Anbietern betrieben. Diese sind nicht immer gewinnorientiert, sondern haben meist einen gemeinnützigen Hintergrund. Privatkliniken erfüllen einen meist einen öffentlichen Versorgungsauftrag und erhalten dafür Subventionen von Kantonen und Gemeinden. Hauptsächlich erfolgt die Finanzierung über Behandlungstaxen, die deswegen markant höher sind als in den öffentlichen Spitälern. Die obligatorische Krankenversicherung deckt diese Leistungen folglich nur in Ausnahmefällen ab. Will ein Privater Anbieter ein Spital bauen, braucht er dafür eine Genehmigung des

Kantons. Die Bedingungen für eine solche Genehmigung sind in den jeweiligen Spitalsgesetzen geregelt.

Die größte Privatkrankenhaus-Gruppe in der Schweiz ist die Hirslanden-Gruppe. Diese betreibt 17 Kliniken in 11 Kantonen und macht bei ca. 9000 Mitarbeitern einen Umsatz von CHF 1,7 Mrd. im Jahr. Eine Besonderheit der Hirslanden-Gruppe ist, dass diese auch grundversicherte Patienten behandelt. Diese machen mit 44,8% die größte Patientengruppe neben halbprivat (31,2%) und privatversicherten (24%) Patienten aus. Die Klinikgruppe bietet Gesundheitsdienstleistungen aller Art an, zeichnet sich aber durch einen hohen Spezialisierungsgrad bei gewissen Krankheitstypen aus. So werden unter anderem ein Kopfwehzentrum und mehrere Fortpflanzungsmedizinische Abteilungen betrieben. Die Kliniken vernetzen sich auch mit lokalen Gesundheitszentren und Fachärzten um auf diese Weise das Angebot für ihre Patienten zu erweitern. (vgl.: Hirslanden-Gruppe) Momentan wird die Klinik-Gruppe aber von der Verlagerung stationärer Behandlungen auf ambulante Eingriffe getroffen. Der Wert des Unternehmens sank aufgrund von Umsatzeinbußen innerhalb eines halben Jahres um CHF 800 Mio. (vgl.: Medinside)

Der größte Anbieter von Gesundheitszentren ist die Medbase-Gruppe. Diese ist eine Tochter der Migros-Genossenschaft und betreibt Gesundheitszentren in der gesamten Schweiz. Ihr Angebot reicht dabei von der Allgemeinmedizin über die Rehabilitationsmedizin bis hin zu Massagen und Akupunktur. Ihr Fokus liegt dabei auf Sportlern und auf rekonvaleszenten Patienten. Medbase hat eine Partnerschaft mit den Fitnesscentern der Migros-Gruppe, dem Krankenversicherer Swica, sowie bestimmten Kliniken und Physiotherapeuten. (vgl.: Medbase) An den Standorten Zürich und Genf mietet sie sich in zentralen Bahnhofsgebäuden ein um die Patienten von einem Innenstadtnahen Standort zu versorgen. In Bern hat man dieses Konzept allerdings schon aufgegeben. (vgl.: Medbase Bern Bahnhof)

Der größte Anbieter von Ärztezentren ist die Ärztezentren Deutschschweiz AG und wird ebenfalls privat betrieben. 2009 gegründet übernimmt sie Arztpraxen und baut sie zu Gruppenpraxen aus, die mit einem Team von Medizinern gefüllt und betrieben werden. Der Fokus liegt dabei auf der hausärztlichen Grundversorgung, wodurch hauptsächlich Allgemeinmediziner und Internisten angestellt werden. Sonstige Fachärzte wie z.B. Dermatologen oder Gynäkologen werden nicht angestellt. (vgl.: Ärztezentren Deutschschweiz AG)

Neben der Ärztezentren Deutschschweiz AG existieren viele kleinere Ärztezentren-Betreiber. Ihre Konzepte sind meist ähnlich und es handelt sich oft um Gruppenpraxen von Hausärzten, Internisten und einem oder zwei Fachärzten. Bei diesen „kleinen“ Anbietern sticht das Konzept der MedicoPlus in Einsiedeln heraus. Diese vereint als Zentrum für ambulante Medizin die medizinische Grundversorgung mit bedarfsgerechter Spezialversorgung und vernetzt sich durch ihre geographische Nähe um Spital Einsiedeln mit deren stationären Einrichtungen. Ein Geschäftsbereich koordiniert die verschiedenen Bereiche des Ärztezentrams miteinander um die Versorgung der Patienten so rasch wie möglich zu gestalten. Dabei wird großer Wert darauf gelegt, dass die Mitarbeiter den Betrieb mitgestalten können. (vgl.: MedicoPlus)

## 5.8 Versicherungen

Alle Personen, die sich in der Schweiz aufhalten oder in der Eidgenossenschaft arbeiten, sind nach dem Krankenversicherungsgesetz dazu verpflichtet Kranken- bzw. Unfallversichert zu sein. Der Versicherer ist frei wählbar und hat seinerseits die Pflicht jeden Kunden anzunehmen, falls diese im gewünschten Kanton tätig ist. Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt Abklärungen, Behandlungen und Arzneimittelkosten im Falle von Krankheiten, Unfällen, Entbindungen und Abtreibungen, während Zahnarztkosten nur in Ausnahmefällen gedeckt werden.

Die Versicherten haben für Leistungen, die in der Grundversicherung anfallen eine Selbstbeteiligung zu bezahlen. Diese besteht aus der Franchise sowie dem Selbstbehalt. Die Franchise ist ein jährlich anfallender Festbetrag in der Höhe von 300 CHF. Der Patient kann sich aber auch dazu entscheiden, eine höhere Franchise zu bezahlen und einen dementsprechend niedrigeren Versicherungsbeitrag einzuzahlen.

Der Selbstbehalt hingegen fällt bei den verursachten Kosten an und beträgt 10% des Rechnungsbetrages. Lässt man sich jedoch Originalpräparate statt Generika verschreiben, erhöht sich der Selbstbehalt auf 20%. Um einer Kostenexplosion für schwer kranke Menschen vorzubeugen wurde eine Selbstbehaltsdeckelung von 700 Franken pro Jahr für Erwachsene sowie 350 Franken für Kinder eingeführt.

In der Schweiz gab es 2016 8.334.165 Versicherte die von 55 verschiedenen Versicherungsträgern gedeckt wurden. Die 3 größten Versicherungsträger CSS-Gruppe, die Assura-Basis AG sowie die Helsana Versicherungen AG hatten einen insgesamt Marktanteil von ca. 35%. Man kann also sagen, dass der Versicherungsmarkt in der Schweiz intakt ist und nicht von einigen wenigen Big Playern dominiert wird.

Der größte Versicherungsanbieter in der Schweiz ist die CSS-Kranken-Versicherung Ag. Diese gliedert sich in sieben Gesellschaften: einerseits die CSS-Kranken-Versicherung AG, INTRAS Kranken-Versicherung AG sowie die Arcosana AG welche obligatorische Krankenversicherungen anbieten, wobei CSS und INTRAS auch Kranken-Zusatzversicherungen , kollektive Krankentaggeldversicherungen, kollektive Unfallversicherungen sowie weitere Versicherungsprodukte nach dem Versicherungsvertragsgesetz VVG anbieten. Die Tochtergesellschaft vivit bietet Gesundheitsdienstleistungen und –produkte an, die Tochter MC Makler Consulting unterhält eine Vermittlerplattform für Versicherungen und Finanzdienstleistungen. Die CSS-Gruppe betreibt weder Arztpraxen noch Gesundheits- oder Ärztezentren. Der Unternehmenssitz befindet sich in Luzern und 2017 wurde ein Umsatz von 6,166 Mrd. CHF erwirtschaftet. (vgl.: CSS-Gruppe)

Der zweitgrößte Versicherer ist die Assura-Basis SALADIE mit Sitz in Pully. Diese versichert 904.816 Personen und machte 2017 einen Umsatz von 338 Mio. CHF. Auch sie betreibt und baut keine eigenen Infrastruktureinrichtungen. (vgl.: Assura-Basis)

Die drittgrößte Versicherungsgruppe ist die Helsana Versicherungen AG. Diese ist in Dübendorf beheimatet und zu ihr gehören die Helsana und die Progrès Versicherungen AG. Im Jahr 2016 waren durchschnittlich 764.853 Personen bei Helsana versichert und es wurde ein Umsatz von 6,4 Mrd. CHF gemacht. Wie die zwei größten Versicherungsanbieter, betreibt auch die Helsana-Gruppe keine eigenen Infrastruktureinrichtungen im Gesundheitswesen. (vgl.: Helsana)

Viertgrößter Anbieter ist die SWICA Krankenversicherung AG. Ihr Firmensitz befindet sich in Winterthur und sie arbeitet eng mit Medbase Gesundheitszentren zusammen. Darüber hinaus bestehen Partnerschaften mit Centramed, Monvia, Sanacare und weiteren Einzelanbietern. Die Anzahl der versicherten Personen betrug 2016 durchschnittlich 642.789. (vgl.: Swica Krankenversicherung AG)

Die in Luzern beheimatete Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG versicherte 2016 durchschnittlich 546.221 Schweizer, womit sie der fünftgrößte Versicherer ist. Zur Concordia gehören die Monvia AG sowie die Sanacare AG. Die Monvia AG mit Sitz in Luzern führt 8 hausärztliche Gesundheitszentren in den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, Solothurn und Zürich und betreibt das medizinische Callcenter concordiaMed. Die Monvia Gesundheitszentren bieten die ambulante Grundversorgung für die ganze Familie, auch in ländlichen Gebieten. Deshalb arbeiten dort neben Allgemeinpraktikern auch Pädiater und Gynäkologinnen. Die Sanacare AG mit Sitz in Winterthur gehört je zur Hälfte der CONCORDIA Beteiligungen AG und der Sanitas. Sie führt 13 hausärztliche Gruppenpraxen in den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, St. Gallen, Schwyz, Tessin und Zürich. Ihr Fokus gilt der Managed-Care-Organisation.

Weitere wichtige Versicherungsanbieter sind:

- Visana AG mit Sitz in Bern und 456.382 versicherten
- Groupe Mutuel Assurance Maladie SA mit Sitz in Martigny und 386.135 versicherten
- Sanitas Grundversicherungen AG mit Sitz in Zürich und 352.572 versicherten

Der Markt der Krankenversicherer wird also nicht von einigen wenigen Versicherungsträgern dominiert. Das heißt, dass diese ihre Marktmacht nicht ausüben können um Standortentscheidungen der Ärzte zu beeinflussen.

## 6. Managed Care

„Managed Care ist ein medizinisches Versorgungskonzept, das eine ganzheitliche, von einer Hand gesteuerte Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette und über alle Versorgungssektoren hinweg, gewährleisten soll.“ (Strehle, Weber; 1) Dabei soll verhindert werden, dass Patienten überflüssige oder falsche ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Ein weiterer Grund ist, dass immer mehr Patienten gleich die Ambulanzen der Kantonsspitäler aufsuchen anstatt ihre Symptome zunächst von einem Allgemeinmediziner untersuchen zu lassen. Dadurch kommt es zu einer Überlastung der Spitalsambulanzen. Die Konsequenzen sind lange Wartezeiten und Kostenexplosionen, da das Gesundheitssystem nicht effizient genutzt wird. Dem wirkt in einem bestimmten Grad das Managed-Care-Modell entgegen, welches in den USA entstanden ist und dort 1999 bereits von 104,6 Mio. Patienten in Anspruch genommen wurde. Dieses wird in der Schweiz seit der Mitte der

1980-er Jahre angewendet. Mittlerweile haben sich verschiedene Modelle herausgebildet, welchen laut einer Projektgruppe des Bundesamtes für Gesundheit folgende Kennzeichen gemein sind:

- Steuerung des gesamten Prozesses durch einen gewählten Gatekeeper
- Horizontale (Leistungserbringer gleicher Spezialität) wie auch vertikale (intersektorale) Vernetzung von Behandlungseinrichtungen
- Finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko (vgl.: Baur 2005, nach Strehle, Weber)

Dabei wird in der Schweiz zwischen zwei verschiedenen Organisationsformen unterschieden: zum einen sind das die Health Maintenance Organizations (HMO) und zum anderen die Ärztenetze. Bei HMOs sind Ärzte in einer Gruppenpraxis angestellt, die entweder im Besitz von Krankenversicherungen oder Ärzten ist. In Ärztenetzen hingegen vernetzen sich selbständige Ärzte im ambulanten Bereich zu einem Modell, welches sowohl ein Hausarzt- als auch ein Fächerübergreifendes Modell sein kann.

Dass Managed-Care-Modelle zu Kosteneinsparungen führen ist unbestritten. Jedoch ist nicht eindeutig geklärt wie hoch diese ausfallen. Für HMOs geht man von Einsparungen zwischen 26 und 40% aus, während Ärztenetzen Einsparungen zwischen 10 und 20% errechnet wurden. Ein Teil der Einsparungen wird an die Patienten weitergegeben, was sich in Anbetracht steigender Krankenversicherungskosten in Zukunft an Attraktivität gewinnen könnte. Für Fachärzteezentren ist dieses Modell insofern relevant, als dass die im Ärztezentrum praktizierenden Hausärzte ihre Patienten an die Fachärzte des Ärztezentrums überweisen könnten. Für die Patienten entstehen dadurch kurze Wege und die Fachärzte profitieren von der neuen Kundschaft. (vgl.: Strehle, Weber)

## 7. Unterschiede zwischen dem Schweizer und dem Österreichischen Gesundheitssystem

Österreich und die Schweiz sind zwei ähnliche Staaten: abgesehen davon, dass es sich um zwei Nachbarstaaten handelt und in großen Teilen der Schweiz Deutsch gesprochen wird, teilen sich die beiden Länder eine ähnliche, von den Alpen geprägte Topographie, sowie eine ähnliche Bevölkerungszahl mit 8,773 Mio. Österreichern und 8,42 Mio. Schweizern. Darüber hinaus ist die Bevölkerung der beiden Staaten vom demographischen Wandel geprägt und

altert. Unter diesen Umständen macht es also Sinn die Gesundheitssysteme der beiden Länder zu vergleichen und daraus auch Schlüsse zu ziehen inwiefern das Ergebnis dieser Arbeit auf Standortentscheidungen für Ärztezentren in Österreich anwendbar sein könnte.

Eines der wesentlichen Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen ist das Versicherungsprinzip. In Österreich gilt das Prinzip der Pflichtversicherung: Bis auf wenige Berufsgruppen darf sich niemand seinen Krankenversicherungsträger aussuchen, sondern wird nach der Berufsgruppe einem staatlichen Versicherer zugewiesen. Es herrscht allerdings keine direkte Pflicht sich zu versichern, so sind ~0,1% der Österreicher nicht krankenversichert. Unabhängig vom Versicherungsträger stehen allen Pflichtversicherten die gleichen Leistungen zu.

In der Schweiz hingegen besteht das Prinzip der Versicherungspflicht: Jede in der Schweiz wohnhafte oder Erwerbstätige Person ist dazu verpflichtet sich zu versichern. Die Versicherungsträger sind privatwirtschaftlich organisiert und frei wählbar. Der Versicherungsbeitrag sowie das Ausmaß der angebotenen Leistungen divergieren zwischen den einzelnen Versicherungsträgern, aber es wird eine Grundversorgung definiert, die von allen Versicherungsträgern an alle Versicherungsnehmer garantiert werden muss. Die Höhe der Versicherungskosten hängt im Gegensatz zum Österreichischen Gesundheitssystem nicht von der Höhe des Einkommens ab, sondern ist für alle Versicherungsnehmer des jeweiligen Krankenversicherers gleich. Allerdings übernimmt der Staat einen Teil des Versicherungsbeitrages für Einkommensschwache Personen.

Ärzte haben in der Schweiz eine Niederlassungsfreiheit, das heißt sie dürfen sich in der Gemeinde ihrer Wahl ansiedeln und jeden Patienten unabhängig von seinem Versicherungsträger behandeln. Einzige Voraussetzung ist, dass Symptome behandelt werden, die zur fachspezifischen Qualifikation des Arztes passen.

Im Gegensatz dazu muss ein in Österreich praktizierender Arzt einen Kassenvertrag mit dem Versicherungsträger des jeweiligen Patienten abgeschlossen haben, damit dieser die Behandlungskosten übernimmt. Ist kein Kassenvertrag vorhanden muss der Patient die Behandlungskosten selbst begleichen. Da die Versicherungsträger und die Ärztekammern Pläne erarbeiten, die die Anzahl der Ärzte pro Region regeln, kann ein Arzt nicht damit rechnen, dass er unabhängig vom Standort seiner Praxis einen Vertrag bekommt. In diesen Plänen ist eine minimale, sowie eine maximale Versorgungsdichte pro Versorgungsregion

festgelegt. Wird die maximale Versorgungsdichte überschritten, werden keine neuen Verträge abgeschlossen. Diese Maßnahme soll Versorgungsungleichheiten verhindern und fehlt in der Schweiz komplett.

In Österreich ist das Gesundheitswesen in der Bundesverfassung geregelt und fällt bis auf das Krankenanstaltswesen in die Kompetenz des Bundes. In der Schweiz hingegen fällt es bis auf das Krankenversicherungsgesetz und das Arzneimittelgesetz welche in die Bundeskompetenz fallen, in die Kompetenz der Kantone. Die Finanzstruktur in der Schweiz ist ebenso komplex und wird zwischen den Kantonen, dem Bund sowie Privaten aufgeteilt und eine Kontrolle des Kostenwachstums ist schwierig. In Österreich fehlt die marktwirtschaftliche Komponente und die Kosten werden zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und sozialen Versicherungsträgern aufgeteilt. (vgl. Zottler 2017; 60-75)

Wesentlich für die Übertragbarkeit einer Standortbewertungsmethode für Ärztezentren auf Österreich ist also das Modell der Kassenverträge. Folglich müsste die Versorgungslage in der Region auf jeden Fall ausgewertet und mit den Definitionen der Krankenkassen über die maximale bzw. minimale Versorgungsdichte abgeglichen werden. Eine Überversorgung wäre ein Ausschließungsgrund, es sei denn das Ärztezentrum würde sich auf Wahlärzte fokussieren.

## 8. SWOT

Den Abschluss der Analyse des Gesundheitsmarktes bildet die folgende SWOT-Analyse. Diese fasst die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken für ein Ärztezentrum in der Schweiz zusammen. Dies soll bei der Planung helfen, die Stärken zu fördern, die Chancen wahrzunehmen, den Schwächen entgegenzuwirken und auf Risiken vorbereitet zu sein.

# SWOT Analyse

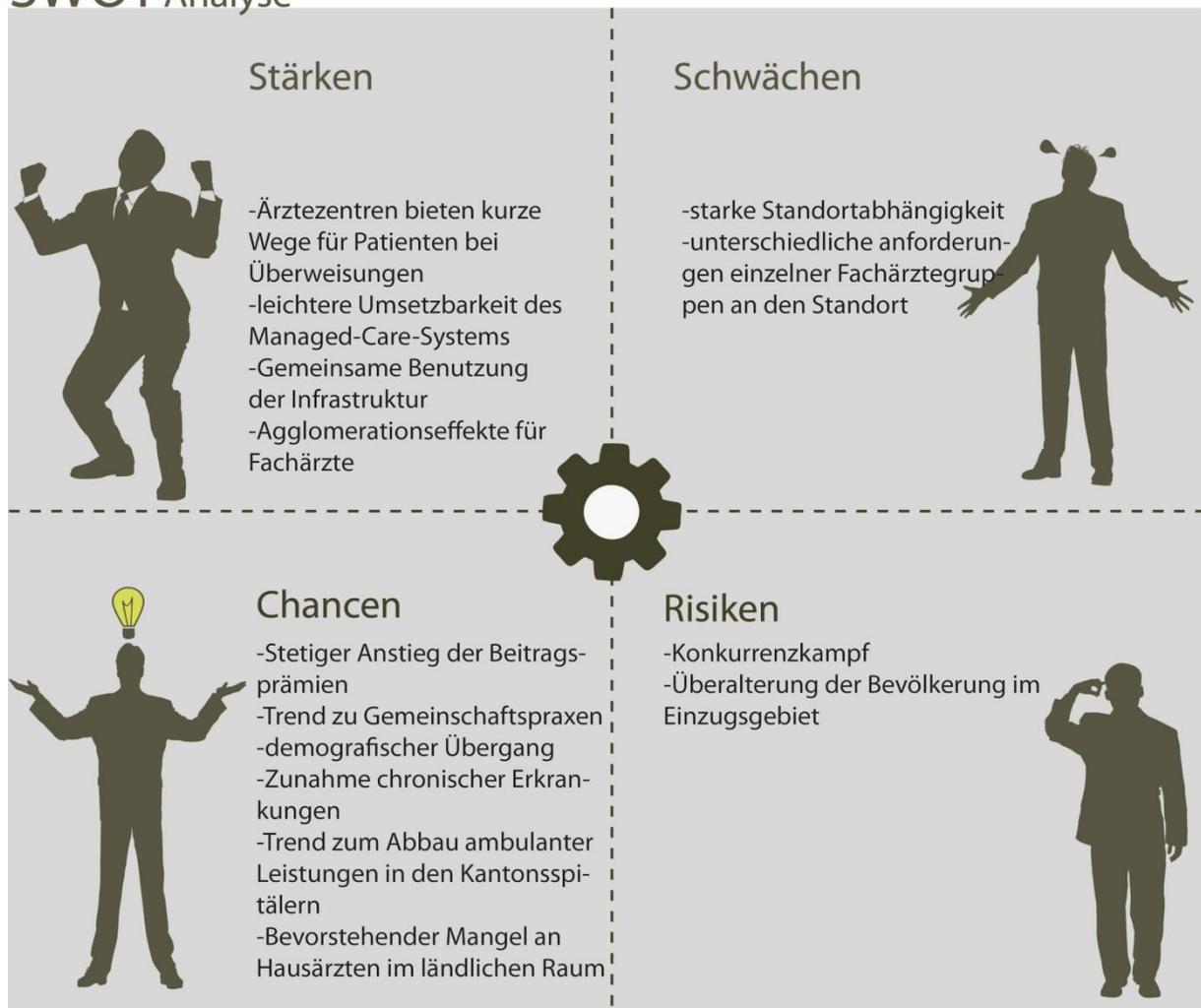


Abbildung 8: SWOT-Analyse. Eigene Darstellung

Als Stärken eines Ärzteentrums gelten eindeutig die kurzen Wege für Patienten bei Überweisungen. Sucht der Patient im Rahmen des Managed Care den Hausarzt im Ärztezentrum auf, kann dieser ihn bei Bedarf an einen Facharzt im Zentrum überweisen. Dafür gilt es die Ordinationszeiten der Haus- und Fachärzte miteinander zu harmonisieren, damit das Ärztezentrum mit einer schnellen und möglichst umfassenden Versorgung punkten kann. Eine weitere Möglichkeit, die diese Einrichtung bietet ist die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur. Dazu können eine zentrale Patientenaufnahme, gemeinsame Warteräume, und bei Teilzeitarbeit eine gemeinschaftliche Nutzung der Arztpraxen gehören. Solche Bedürfnisse müssen bereits in der Planungsphase des Ärzteentrums berücksichtigt werden.

Als Schwäche zählen die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Fachärztegruppen an einen Standort. So benötigen z. B. Dermatologen mehr Personen in ihrem Einzugsgebiet

als Hausärzte. Unterschiede gibt es auch bei der Abhängigkeit von der Konkurrenzsituation und den demografischen Bedürfnissen. Kinderärzte benötigen logischerweise im Idealfall kinderreiche Gegenden, während für die restlichen Fachärztegruppen ein Patientenmarkt mit leicht erhöhtem Anteil an über 65-Jährigen den Idealfall darstellt. Diese Bedürfnisse müssen im Laufe der Standortwahl berücksichtigt werden, wenn das Ärztezentrum mit einer Vielfalt an Fachärztegruppen punkten will.

Als Chance gelten die stetig steigenden Beitragsprämien an die Krankenversicherer. Dies signalisiert einerseits, dass immer mehr Leistungen in Anspruch genommen werden und andererseits, dass Managed-Care Angebote in Zukunft an Attraktivität gewinnen werden. Eine weitere Chance ist der bevorstehende Hausarztmangel im ländlichen Raum, die die Nachfrage nach Hausarztmodellen in regionalen Unterzentren anheben wird. Dazu kommt der demografische Übergang samt der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen. Zusätzlich werden operative Eingriffe vermehrt ambulant durchgeführt um auf diese Weise Kosten einzusparen. Es existieren Pläne, die Spitalsambulanzen abzubauen, damit sich die Kantonsspitäler auf ihren Kernbereich der stationären Behandlung fokussieren können. Das heißt, dass Ärztezentren für ambulante Eingriffe vorbereitet sein müssen und Spitäler nicht als Konkurrenten, sondern mehr als Partner im Gesundheitssystem gelten.

Ein Risiko stellt der Konkurrenzkampf dar. Schließlich zieht ein guter Standort, sowie ein gutes Konzept immer Konkurrenten an. Durch die Besetzung eines optimalen Standortes und die Einbindung in regionale Versorgungsstrukturen (z.B. Partnerschaften mit Pflegeeinrichtungen) kann das Ärztezentrum für solche Situationen gewappnet sein. Weitere Risiken bestehen durch die Überalterung. Diese könnte sich negativ auf die Bevölkerungsentwicklung auswirken, wodurch der Standort nach einigen Jahrzehnten unprofitabel werden kann. Daher ist bei der Standortbewertung eine Bevölkerungsprognose vorzunehmen.

## 9. Praktische Beispielanwendung

Um die ausgemachten Standortfaktoren in der Praxis auf ihre Anwendbarkeit zu prüfen und daraus in weiterer Folge Schlüsse für einen optimalen Standort ziehen zu können, befasst sich der folgende Abschnitt dieser Diplomarbeit mit einer Beispielbewertung für ein potenzielles neues Ärztezentrum im innerschweizer Kanton Schwyz. Dieser wurde aus folgenden Gründen ausgewählt:

- **Ärztedichte:** Im Jahr 2015 gab es im Kanton Schwyz 689 Einwohner pro Arzt. Dieser Wert liegt stark unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 454 Einwohnern je Arzt. (vgl.: Schwyzer Kantonalbank: Zahlenspiegel 2017; 21) Dies zeigt, dass das Kanton schlechter mit Ärzten versorgt wird, als andere, urbanere Regionen der Schweiz. Dadurch ist eine Voraussetzung für ein neues Ärztezentrum schon vorab gegeben: ein geringes Ausmaß an Konkurrenz. So existieren im Kanton mit Stand 2018 3 Spitäler in den Gemeinden Schwyz, Einsiedeln und Lachen, sowie 3 Ärztezentren in den Gemeinden Reichenburg, Wollerau und Einsiedeln. Dies erhöht die Chancen, dass die Beispielbewertung zum Bau eines neuen Ärztezentrums im Kanton Schwyz führen wird.
- **Lage:** Wie in der Analyse beschrieben profitieren Schweizer Ärzte von der Niederlassungsfreiheit im ambulanten Sektor und siedeln sich vornehmlich in urbanen Räumen an, während die Zahl der Landärzte zurückgeht. Das Kanton Schwyz liegt in der Innerschweiz und ist ländlich geprägt. Die größte Gemeinde Freienbach zählte im Jahr 2017 16.269 EinwohnerInnen. (vgl.: Bundesamt für Statistik) Im Kanton fehlt also ein großes Zentrum, wodurch mehrere Standortgemeinden für ein Ärztezentrum in Frage kämen. Darüber hinaus ist das Kanton von einer Voralpinen Topographie geprägt, die sich auf die Erreichbarkeiten der Ortschaften auswirkt. Dadurch fallen einzelne Standortqualitäten stärker ins Gewicht und lassen stärkere Rückschlüsse zu.

## 9.1. Bewertungsmethoden

Für eine Standortbewertung bieten sich mehrere Bewertungsmethoden an. In diesem Kapitel werden die relevantesten Methoden dargestellt und eine ausgewählt.

### 9.1.1 Kosten-Nutzen-Analyse

Die Kosten-Nutzen-Analyse ist eine Analysemethode, die in erster Linie der Bewertung öffentlicher Projekte dient. Hierbei werden die gesamtwirtschaftlichen Kosten dem monetarisierten Nutzen gegenübergestellt. Reduziert man die Kosten auf die Gesamtausgaben, die dem Investor bzw. dem Eigentümer ab dem Beginn der Planung über die Bauphase bis zu den Instandhaltungskosten anfallen, eignet es sich auch als Standortbewertungsmethode. Nach der Ermittlung aller Kosten und der projizierten, monetarisierten Nutzen werden die Werte auf einen Gegenwartswert diskontiert, also

abgezinst um schließlich die Summe der Nutzen durch die Kosten zu dividieren. Ist der Quotient höher als 1, so ist das Projekt am jeweiligen Standort voraussichtlich rentabel. Je höher der Nutzen-Kosten-Quotient über 1 liegt, desto profitabler wäre das Projekt. Folglich wäre die Auswahl der Standortalternative mit dem höchsten Quotienten zu empfehlen. (vgl. Hanusch 2011; 1-14)

### 9.1.2 Nutzwertanalyse

Die Nutzwertanalyse ist ein Bewertungsverfahren, bei der Handlungsalternativen im Hinblick auf verschiedene Zielsetzungen bewertet werden. Für diese Bewertungsmethode werden Ziele für den künftigen Standort, wie z.B. „Nähe zu Haltestellen öffentlicher Verkehrsmittel“ definiert und gewichtet. Anschließend würde man die Entfernung aller Standortalternativen zur nächstgelegenen Station eines öffentlichen Verkehrsmittels abmessen und das Ergebnis nach dem Grad der Zielerfüllung ordinal bewerten. Durch die Multiplikation des Zielerfüllungsgrades mit den Gewichten würde ein Teilnutzwert entstehen. Alle Teilnutzwerte der jeweiligen Standortalternative zusammenaddiert, würden schließlich den Nutzwert ergeben. Je höher der Nutzwert, desto besser eignet sich die Fläche als Standort für das jeweilige Vorhaben.

Dieses Bewertungsverfahren eignet sich für die Erfassung subjektiver, objektiver, monetärer und nicht-monetärer Faktoren. Allerdings wird die Kostenseite nicht explizit berücksichtigt. (vgl.: Hanusch 2011; 175) Deswegen ist sie für die Standortbewertung von Ärztezentren des privaten Sektors eher ungeeignet, da hierbei die Rentabilität ein viel zu wichtiger Faktor ist.

### 9.1.3 Social Return on Investment-Analyse

Eine weitere Standortbewertungsmethode ist die Social Return on Investment-Analyse (kurz: SROI) bei der die Wirkungen einer sozialen Investition auf verschiedenen Stakeholder identifiziert und monetarisiert werden. Der Quotient aus der Summe aller Netto-Wirkungen dividiert durch die Summe aller Investitionen ergibt den SROI-Wert. ( $\frac{\sum \text{Netto-Wirkungen}}{\sum \text{Investitionen}} = \text{SROI-Wert}$ ) Je höher dieser ist, desto mehr zahlt sich die Investition am jeweiligen Standort aus. „Stakeholder sind hierbei alle Personengruppen, die von den Tätigkeiten des Projekts (also in dem Fall des Ärzte zentrums) gegenwärtig oder in Zukunft betroffen sein werden.“ (Rauscher 2018; 10) Das heißt es würde sich dabei sowohl um die ÄrztInnen, Angestellte der Arztpraxen, als auch um die PatientInnen handeln. Durch die

Einbeziehung des monetarisierten Nutzens der PatientInnen eignet sich die Bewertungsmethode hauptsächlich für die Standortbewertung sozialer oder Non-Profit-Projekte.

#### 9.1.4 Kosten-Wirksamkeitsanalyse

Die Kosten-Wirksamkeitsanalyse ist eine Bewertungsmethode geplanter Projekte, welche die Projektkosten sowie dessen Wirkungen gegeneinander abwägt. In die Kosten fließen sowohl die Errichtungs- bzw. Anschaffungskosten als auch die zu erwartenden Instandhaltungskosten mit hinein. Diese werden normalerweise über den Opportunitätskostenansatz ermittelt. Das heißt, dass ein Planungsnullfall definiert wird, worin ein Zukunftsszenario erstellt und daraus die entstehenden Kosten eines Verzichts auf einen Neubau (in diesem Fall der Bau eines Fachärzteezentrums) ausgerechnet werden. Diese Kosten werden dann von den Errichtungs- und Instandhaltungskosten einer Projektverwirklichung abgezogen. Die Differenz fließt folglich in die KWA hinein. Diese Vorgehensweise wäre dann geeignet, wenn die KWA aus der Sicht der Versicherungsträger erstellt werden würde. Da hier allerdings aus der Sicht von Bauherren und Investoren analysiert wird, werden die entstehenden Kosten bei einem Planungsfall auf CHF 0 festgelegt.

Den entstehenden Kosten wird die Wirksamkeit des Projekts gegenübergestellt. Dieser wird nicht monetarisiert, sondern anhand der Erfüllung von vordefinierten Subzielen bewertet. Folglich werden die einzelnen Wirkungen gewichtet und summiert. Anschließend wird die Summe der Kosten durch die Summe der Wirkungen dividiert. Der Standort mit dem geringsten Kosten-Wirksamkeitsquotienten wäre folglich der geeignetste. Ein Vorteil der KWA ist, dass je nach Relevanz für die Projektplaner die Gewichtung der einzelnen Wirkungen mit geringstem Aufwand abgeändert werden kann. Das Ergebnis der KWA dient folglich als Empfehlung und ist nicht absolut.

In dieser Diplomarbeit wird die Kosten-Wirksamkeitsanalyse verwendet, da es einerseits die entstehenden Kosten für die InvestorInnen berücksichtigt und andererseits den Nutzen nicht monetär, sondern ordinal und gewichtet wiedergibt.

Als Grundvoraussetzungen für die potenziellen Grundstücke dienen eine Entsprechende Nutzungskategorie (Bauland mit der Möglichkeit der Gewerbenutzung), die Möglichkeit ein Gebäude in einer für ein Fachärzteezentrum entsprechenden Größe zu erbauen, sowie eine gewisse Zentralität. Letzteres bedeutet, dass jene Grundstücke welche außerhalb eines Ortsgebiets liegen und auch nicht an einem belebten, gut erschlossenem Ort wie zum Beispiel einem Einkaufszentrum liegen, von der Bewertung ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus wurde der Fokus auf unbebaute Grundstücke sowie am Markt angebotene Gebäude gerichtet. Wurden diese Kriterien erfüllt, so wurden die Standorte anhand des Erfüllungsgrades folgender Unterziele bewertet:

- Größe des Einzugsgebietes

Hier gilt generell je mehr desto besser. Da der Österreichische Strukturplan Gesundheit, in der die Einzugsgebiete für Fachärztegruppen definiert werden, die Einzugsgebiete nach Reisedauer definiert und diese in 10-, 20- und 30 Minuten Entfernung kategorisiert, wurde dieser Nutzenfaktor ebenfalls in diese Kategorien aufgeteilt. Da es sich bei der Kategorie „<10 Minuten“ um den Kernmarkt des Ärzteezentrums handeln würde, wurde dieser am stärksten und die Kategorie „21-30 Minuten“ am geringsten gewichtet. Zur Ermittlung der Erreichbarkeit wurde sowohl die Erreichbarkeit per Motorisiertem Individualverkehr als auch mit Öffentlichen Verkehrsmitteln ermittelt. Diese fließen anhand des durchschnittlichen Modal Splits im Kanton Schwyz, welches einen Anteil von ca. 80% zu 20% für den MIV ausweist, in die Bewertung hinein. So wurden 80% der Einwohner im Umkreis von 30 Minuten mit dem Motorisierten Individualverkehr, sowie 20% der Einwohner im Umkreis von 30 Minuten mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln herangezogen. (vgl.: Gesamtverkehrsstrategie 2040; S.16)

- Suffizienz des Einzugsgebietes

Die Suffizienz des Einzugsgebietes gibt eine Aussage darüber ab, für welche bzw. wie viele Fachärztegruppen die Größe des Einzugsgebietes ausreicht. Als Grundlage für die Bewertung der Suffizienz wurden die Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit herangezogen (siehe Abb.8). Diese Planungsrichtwerte sagen aus, wie hoch die Anzahl der Bevölkerung in einem gewissen Umkreis zum Standort sein muss um diese profitabel betreiben zu können. Des Weiteren

sagt sie aus wie hoch die minimale bzw. maximale Versorgungsdichte in einer Region bzw. im Umkreis der Erreichbarkeit pro 100.000 Einwohnern sein darf.

Fachrichtung/Fachbereich **	Err. (Min.)	VDmin	VDmax	VD2014	BEVmin
Allgemeinmedizin (AM)**	10	34,8	64,7	49,8	2.000
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)**	20	4,1	7,7	5,9	17.000
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	*	*	*	*
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) <sup>1</sup>	30	0,6	1,2	0,4	120.000
Chirurgie (CH)	*	4,1	7,7	5,9	*
Neurochirurgie (NCH)	*	*	*	*	*
Innere Medizin (IM)**	20	10,3	19,1	14,7	6.800
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	1,3	2,4	1,9	54.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	30	6,4	11,9	9,2	11.000
Neurologie (NEU)	30	1,9	3,5	2,7	37.000
Psychiatrie (PSY)	30	2,4	4,4	3,4	30.000
Dermatologie (DER)	30	2,9	5,5	4,2	24.000
Augenheilkunde (AU)	30	4,3	8,0	6,2	16.000
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	30	2,7	5,0	3,9	26.000
Urologie (URO)	30	2,1	4,0	3,1	33.000
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	*	*	*	*
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	30	6,7	12,5	9,6	10.000
- davon Orthopädie/orthopädische Chirurgie (OR)	30	2,7	5,0	3,9	26.000
- davon Unfallchirurgie (UCH)	*	4,0	7,5	5,7	17.000
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) <sup>2</sup>	30	27,0	50,1	38,6	2.600

<sup>1</sup> vorrangig in multiprofessionellen niederschweligen Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich; auf Grund des in Aufbau befindlichen Fachbereichs erfolgt die Festlegung der PRW für KJP in Anlehnung an die Bedarfsplanungsrichtlinie in Deutschland.

<sup>2</sup> derzeit inkl. MKG, wird zukünftig getrennt nach ZMK und MKG dargestellt.

Abbildung 9: Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich nach ÖSG (Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit)

Auf diese Planungsrichtwerte muss deswegen zurückgegriffen werden, da es sie in der Schweiz nicht gibt. Wie bereits erwähnt sorgen Österreichische Krankenkassen mit diesen Planungsrichtwerten für eine ausreichende Versorgung in allen österreichischen Regionen. Da in der Schweiz die Niederlassungsfreiheit für Fachärzte gilt, entwickelt sich die ambulante Versorgung ungeplant. Auch wenn man österreichische Richtwerte nicht Eins zu Eins auf die Schweiz übertragen kann, so gibt diese Tabelle eine Auskunft darüber, wie groß die Einzugsgebiete der einzelnen Fachärzte sind und welcher Bedarf in der Bevölkerung an ihnen besteht.

- ÖV-Anschluss

In etwa 18% der Wege werden im Kanton Schwyz mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt. Was vor allem im Vergleich zum Anteil des Motorisierten Individualverkehrs am Modal Split (72%) irrelevant klingt, hat für Arztpraxen eine hohe Bedeutung. (vgl.: Kanton

Schwyz: Gesamtverkehrsstrategie 2040) Durch eine gute ÖV-Anbindung wird der Standort für Patienten unabhängig davon, ob diese ein Auto besitzen oder eines zur Verfügung haben, erreichbar. Dies ist ein Standortvorteil, welches insbesondere bei der Auswahl eines Arztes ins Gewicht fallen kann. Dazu kommt, dass gewisse Patientengruppen nicht fahrtauglich sind und ohne ÖV-Anschluss zusätzliche Kosten für ein Taxi oder in Einzelfällen einen Krankentransporter auf sich nehmen müssten. Betroffen wären davon vor allem ältere Patienten, welche durch Ihre überdurchschnittlichen Arztbesuche, die wichtigste Patientengruppe sind.

Als guter ÖV-Anschluss gilt, wenn sich der Standort innerhalb von 400m zu einer zu einer Verkehrsmittelhaltestelle liegt. Zwischen dem Standort und der ÖV-Haltestelle sollte es keine Bergaufwege geben, da dies für Fußgänger als äußerst unattraktiv und für ältere Menschen als besondere Belastung gilt. Das öffentliche Verkehrsmittel muss durch einen Integralen Taktfahrplan in ein regionales Verkehrsnetz integriert sein um eine optimale Erreichbarkeit zu garantieren. Weiters muss es regelmäßig, optimalerweise in einem 7,5-Minuten-Takt oder geringer fahren, da Fahrgäste bei solchen Takten nicht auf den Fahrplan achten, und auf diese Weise jederzeit anreisen können.

Es wurden also die Parameter „Entfernung zur nächstgelegenen ÖV-Station“, Intervall, Bergaufweg ja/nein, sowie die Einbettung in ein regionales Verkehrsnetz untersucht. Für eine Lage innerhalb von 400m wurde 1 Punkt, für die Lage innerhalb von 200m 2 Punkte verteilt. Bei Bergaufwegen gab es einen Punkteabzug und die Intervalle wurden mit einem Punkt bei einem unter-30-Minuten-Takt, zwei Punkten bei einem unter-15-Minuten-Takt, sowie drei Punkte bei einem unter-7,5-Minuten-Takt. Die Einbindung in ein regionales Verkehrsnetz war ein Qualifikationskriterium und bei einer Lage außerhalb von 400m zur nächstgelegenen Busstation bzw. 1000m zur nächstgelegenen Bahnstation gab es automatisch 0 Punkte. Lag der Standort direkt an einer Bahnstation wurde die Punktezahl verdoppelt, da Bahnstationen in der Regel ein größeres Einzugsgebiet sowie Laufkundschaft mit sich bringen.

- Konkurrenz

Ein guter Standort bringt meistens Konkurrenten mit sich. So befinden sich in den Ortszentren vieler Schweizer Gemeinden größere Ansammlungen von Arztpraxen. Darüber hinaus befinden sich 3 Gesundheits- bzw. Ärztezentren im Norden des Kantons (Einsiedeln,

Wollerau, Reichenburg). Bei der Bewertung der Konkurrenzsituation wird auf die Anzahl der Konkurrenten im Einzugsgebiet eingegangen. Besonderes Augenmerk dient hierbei den Ärztezentren, da diese gleichfalls mit Managed-Care aufwarten können. Ziel ist ein Standort mit einer Versorgungsdichte unter der minimalen Versorgungsdichte des Österreichischen Strukturplanes zur Gesundheit, da dies eine Unterversorgung der Region durch die jeweilige Fachärztesgruppe signalisiert.

- Parkplatzsituation

Wie bereits erwähnt, werden ca. 72% der Wege im Kanton Schwyz mit dem Motorisierten Individualverkehr zurückgelegt. Dies bedeutet, dass Parkplätze in der Umgebung des Standortes vorhanden sein müssen, damit die Patienten problemlos An- und Abfahren können. Sind keine Parkplätze vorhanden, müsste eine Garage gebaut werden. Diese ist allerdings bei Bauprojekten ein hoher Kostentreiber, den es bei Möglichkeit zu vermeiden gilt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Schaffung von oberirdischen Parkplätzen, wozu allerdings das Grundstück eine ausreichende Größe vorweisen muss. Distanzen zwischen 0 und 400m zwischen dem Standort gelten als ausreichend, weshalb es für 400m 1 Punkt und für Distanzen unter 60 Meter 5 Punkte gibt.

- Anteil der über 65-Jährigen

Personen die älter als 65 sind, gehen überdurchschnittlich oft zum Arzt und sind deshalb wichtige Kunden. Der Schweizer Durchschnitt der über 65-Jährigen liegt bei 18,1%. (vgl.: Bundesamt für Statistik 2016) Anzustreben ist also ein höherer Anteil. Darüber hinaus muss auch beachtet werden, wie sich die Anzahl der über 65-Jährigen in 10 bzw. 20 Jahren entwickeln wird, da Ärzte bei einer Neuansiedlung für 2-3 Jahrzehnte vorausplanen müssen. Optimal ist ein überdurchschnittlicher Anteil an über 65-Jährigen bei gleichzeitigem Anstieg in den kommenden 20 Jahren.

- Zentralität

Ein belebter Ort, wie zum Beispiel ein Orts- oder Einkaufszentrum gelten als das Optimum für Arztpraxen, da Patienten den Arztbesuch z.B. mit dem täglichen Einkauf kombinieren können und keine Umwege in Anspruch nehmen müssen. Folglich ist das hier definierte Ziel die Lage im Ortszentrum einer größeren Gemeinde an einer belebten Stelle. Wird eines der 3

Kriterien nicht erfüllt gibt es einen Punkteabzug. Bei der Verfehlung des Kriteriums Hauptort, wird zunächst auf Einkaufszentrum abgestuft und schließlich auf ein Nicht-Zentrum.

## 9.2. Flächen

Für die Standortbewertung wurden folgende Flächen ausgesucht:

- Freienbach Pfarrmatte 8

Das Grundstück mit der Grundstücks-Nummer 2092 befindet sich mitten im Ortskern von Freienbach und hat eine Größe von 5041m<sup>2</sup>. Derzeit ist es unbebaut und steht auf keiner Immobilienplattform zum Verkauf. Unter Heranziehung des durchschnittlichen Quadratmeterpreises in der Region wurde ein Ankaufspreis von CHF 4.536.900 ermittelt. Der Fläche wurde eine Nutzung als Zentrumszone zugewiesen. Das heißt, dass laut den Bebauungsbestimmungen der Gemeinde Freienbach Bauten mit zentrumsbildender Funktion, insbesondere Geschäfts- und Gewerbebetriebe sowie Wohnungen erwünscht sind. Eine Gebäudehöhe von höchstens 13m (also in etwa 4 Geschoßen) ist erlaubt, wobei die Firsthöhe bis zu 17m betragen kann. Der Wohnanteil bei einem Neubauprojekt muss mindestens 30% und maximal 70% betragen, das Gebäude dürfte also nicht ausschließlich als Ärztezentrum genutzt werden. Weitere Ausgestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich dieser Mischnutzung werden nicht genannt, wodurch es dem Bauherren überlassen ist ob die Wohnungen in einem separaten Geschoß oder einem eigenen Gebäude auf dem Grundstück untergebracht werden. Die Bauten haben sich in Gestalt, Maßstab und Farbgebung gut in die Umgebung einzuordnen. Mindestens die Hälfte der vorgeschriebenen Abstellplätze (1 pro 50m<sup>2</sup> Bruttogeschoßfläche) sind in Sammelgaragen im Untergeschoß anzuordnen, während im Erdgeschoß der Hauptbauten Garagen nicht zulässig sind. Dies würde beim Bau zusätzliche Kosten in der Höhe von etwa CHF 17000 je Stellplatz verursachen (vgl.: VCÖ). Zusätzlich wird bei Zentrumszonen auf eine ansprechende Umgebungsgestaltung wert gelegt. (vgl.: Baureglement Freienbach)

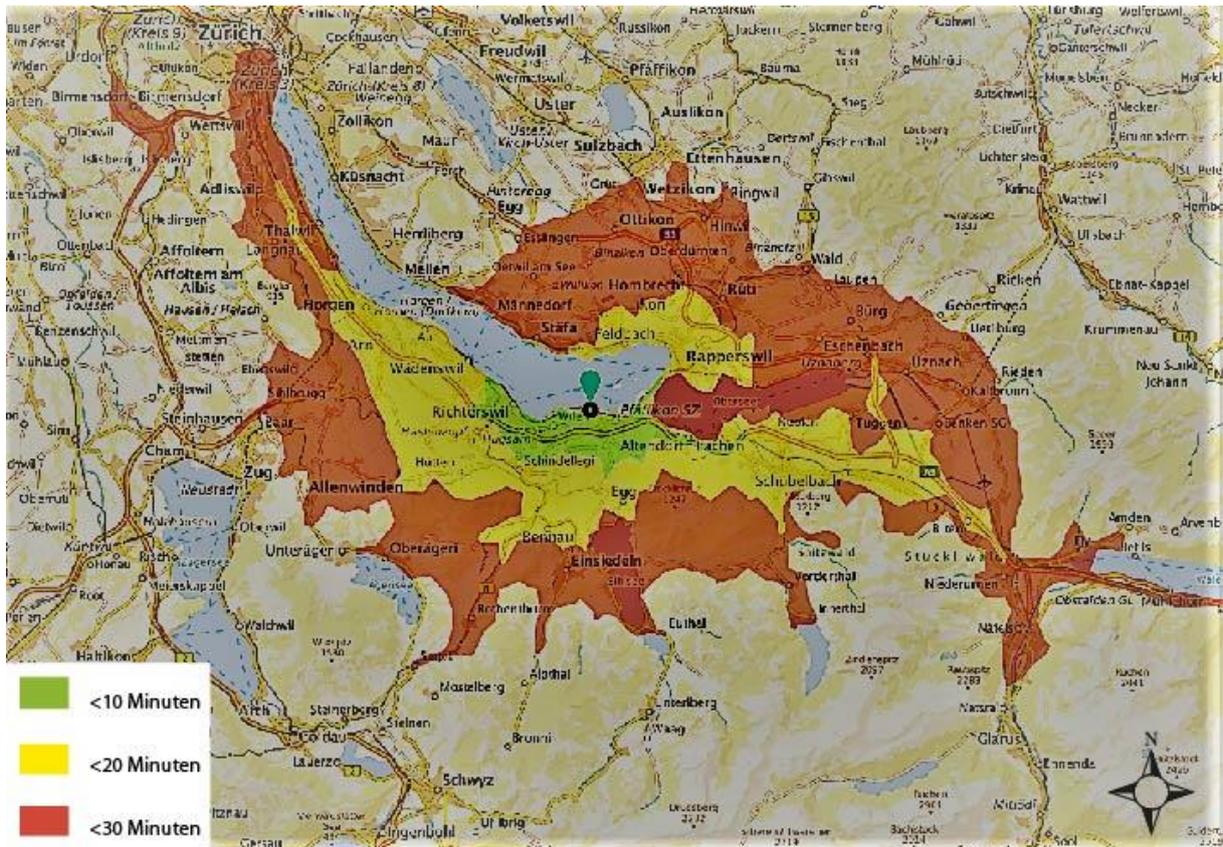


Abbildung 10: Erreichbarkeit des Freienbacher Standortes per MIV (Quelle: Openroute Service)

## Küssnacht

Eines der beiden Küssnächter Grundstücke befindet sich zwischen den Siegwartstrasse 17 und Giessenweg 22 und trägt die Grundstücksnummer 3029. Es misst 9991m<sup>2</sup> und ist als Zone für öffentliche Nutzungen ausgewiesen. Dies bedeutet, dass es für Kirchen, Schulhäuser, Kindergärten und weitere der Öffentlichkeit dienenden Anlagen bestimmt ist. Dass Fachärzteezentren in die letztere Kategorie fallen ist anzunehmen, wird allerdings nicht explizit miteingeschlossen. Die Überbauungsmaßnahmen sind den Nachbarzonen anzupassen. Es sind also 3 bis 4 Vollgeschoße möglich, sowie eine Gebäudelänge von 40m. Das Grundstück liegt unweit des Einkaufszentrums Rigimärt, allerdings nicht an der

Hauptstraße des Ortes. Der Bahnhof liegt in etwa 400m entfernt.

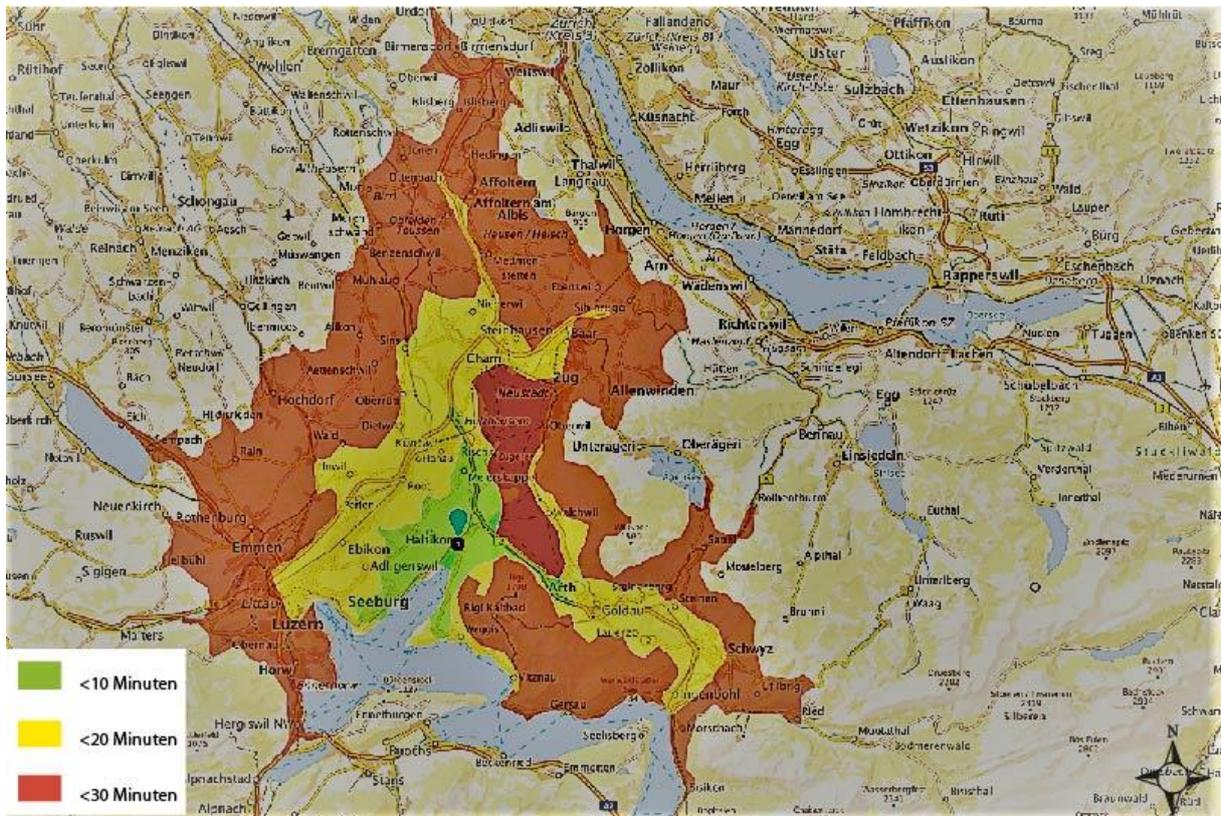


Abbildung 11: Erreichbarkeit des Standortes „Küssnacht Siegartstrasse“ per MIV. (Quelle: Openroute Service)

#### Küssnacht Bahnhofstrasse

An der Küssnachter Bahnhofstrasse liegt ein zweites potentielles Grundstück mit der Nummer 2985, welches derzeit als Parkplatz genutzt wird. Das Grundstück befindet sich in der Zentrumszone wo folgende Überbauungsmasse erlaubt sind:

Geschosszahl: 4 Vollgeschosse, wovon das oberste innerhalb der Dachschräge zu liegen hat.

Gebäudehöhe: 9m

Firsthöhe: 15m

Die Grundstücksgröße beträgt 1595m<sup>2</sup>, welche bei der Bebauung voll ausgenutzt werden dürfen. Über die Richtwerte des Kantons für Grundstückskäufe wurde ein Kaufpreis von CHF 1.518.100 ermittelt. (vgl.: Baureglement Bezirk Küssnacht)

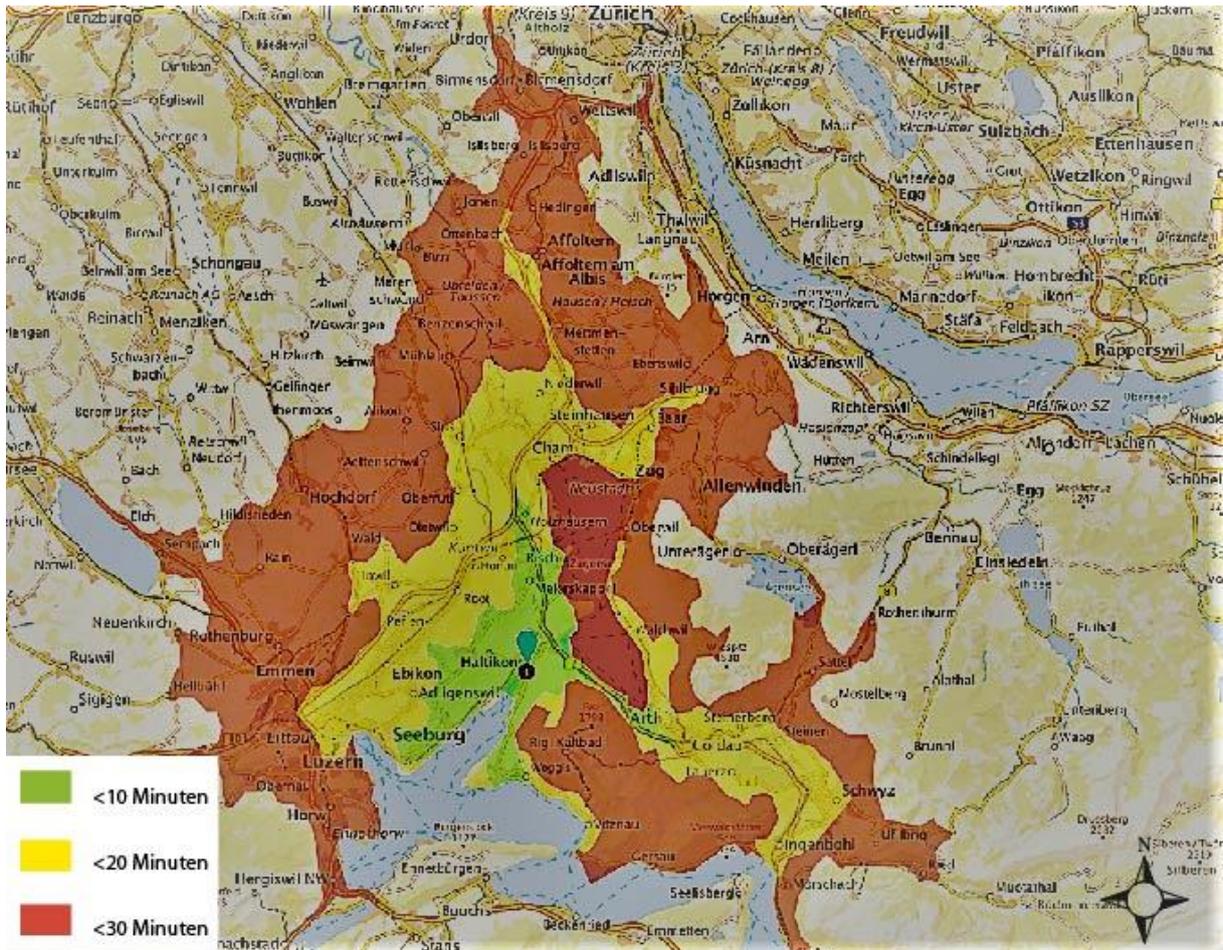


Abbildung 12: Erreichbarkeit des Standortes „Küssnacht Bahnhofstrasse“ per MIV. (Quelle: Openroute Service)

- Schwyz

Die Schwyzer Standortoption liegt im Ortszentrum der Gemeinde Schwyz. Es befindet sich in der Schutzenstrasse und trägt die Grundstücksnummer 4692. Das Grundstück ist 2804m<sup>2</sup> groß und als Wohnzone W4 gewidmet. Das heißt, dass 3 Geschosse bei einer Bauhöhe von 10m erlaubt sind. Die Ausnutzungsziffer beträgt 0,55, was soviel heißt wie dass die Bruttogeschossfläche eines Ärztezentrum auf diesem Grundstück 1542m<sup>2</sup> nicht überschreiten darf. Ausnahmen gibt es für Gebäude die den Minergie- bzw. Minergie-P Standard erreichen. Deren Bruttogeschossfläche darf bis zu 1927,5m<sup>2</sup> bzw. 1976m<sup>2</sup> betragen. (vgl.: Gemeinde Schwyz 2017) Das Grundstück liegt zwar in einer Wohnstrasse, allerdings in unmittelbarer Nähe zur Geschäftsstrasse der Gemeinde, was für eine gewisse Zentralität sorgt.

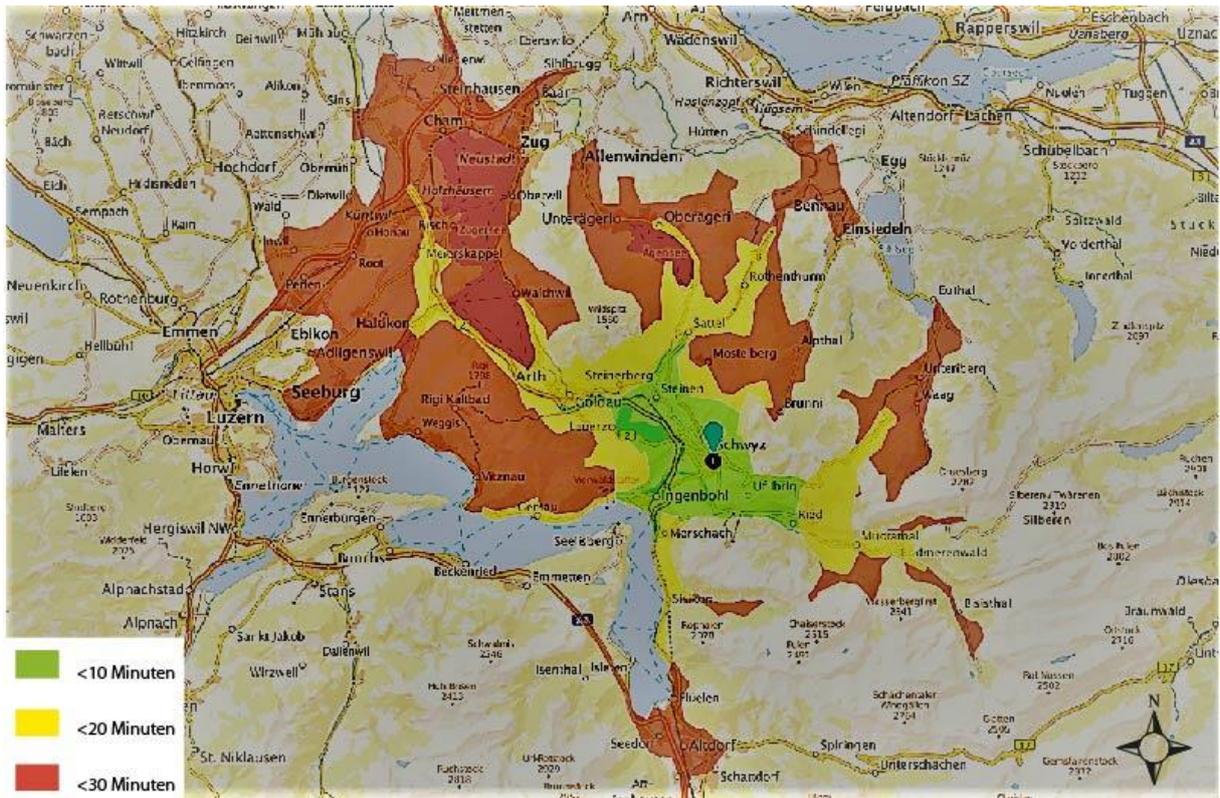


Abbildung 13: Erreichbarkeit des Standortes Schwyz per MIV. (Quelle: Openroute Service)

- Pfäffikon

Das Grundstück Nummer 2207 befindet sich im Freienbacher Ortsteil Pfäffikon in der Weidstraße am Ortsrand. Es ist momentan unbebaut und als Wohnzone W2 gewidmet. Das heißt, dass es mit zweigeschoßigen Wohnbauten aller Art überbaut werden darf. Ein bestimmter Wohnanteil wird allerdings nicht vorgegeben und Betriebe mit einem geringen Störungsgrad wie Arztpraxen sind erlaubt. Die Gebäudehöhe darf 7m nicht überschreiten. Die maximale Gebäudelänge liegt bei 40m und die maximale Bruttogeschoßfläche auf dem 4263m<sup>2</sup> großen Grundstück darf 1918m<sup>2</sup> nicht überschreiten. (vgl.: Baureglement Freienbach)

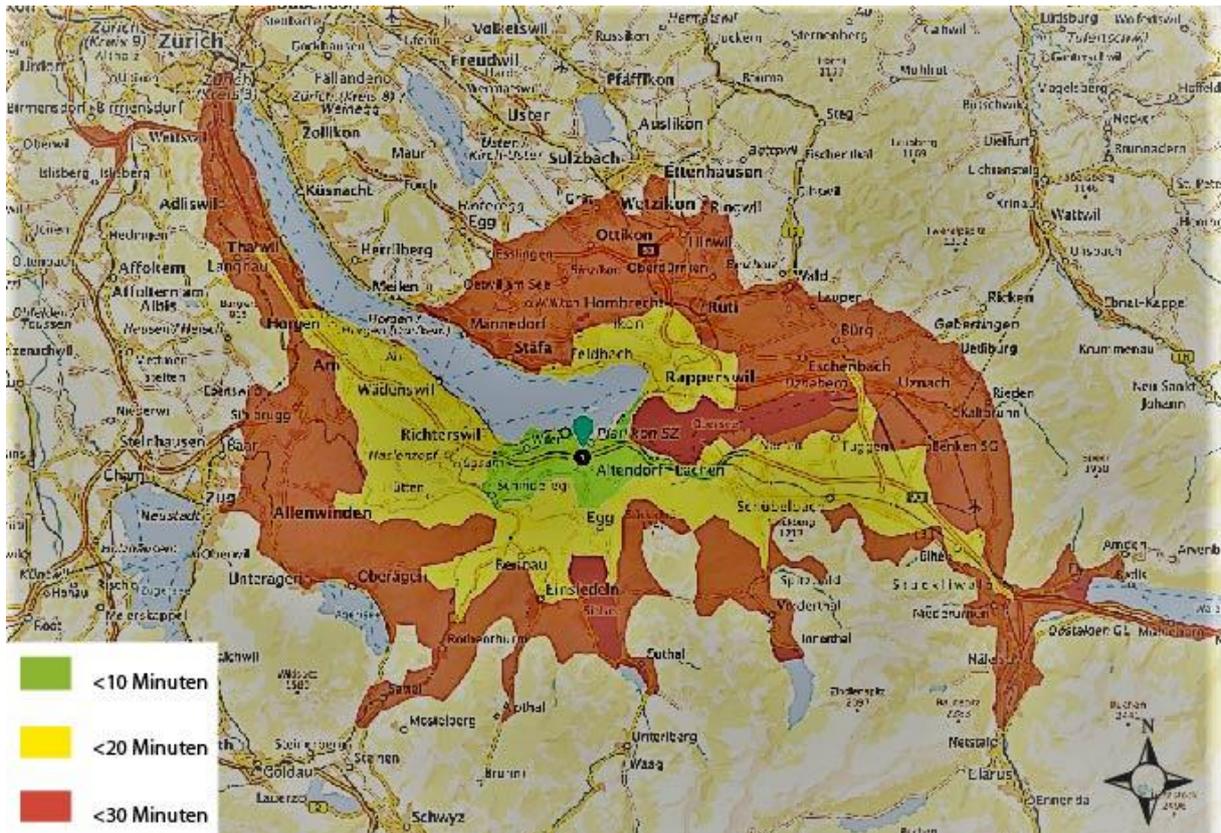


Abbildung 14: Erreichbarkeit des Standortes Pfäffikon. (Quelle: Openroute Service)

- Siebnen

Das Geschäftshaus „Bären“ in der Glarnerstrasse 18 befindet sich auf dem Grundstück Nummer 87, welches eine Fläche von 1318m<sup>2</sup> hat und als Zentrumszone genutzt werden darf. Das Gebäude samt Grundstück kostet CHF 3,4 Mio. und hat 4 Geschoße. Im Falle eines Neubaus könnte auf dem Grundstück ein Gebäude mit maximal 5 Stockwerken, einer Höhe von 15m bzw. Firsthöhe von 18m errichtet werden. Dabei müsste ein jeweiliger Abstand von 50% der Gebäudehöhe zu den Grundstücksgrenzen eingehalten werden. (vgl.: Baureglement Schübelbach) Das Gebäude befindet sich direkt an einer belebten Geschäftsstrasse neben einem Parkplatz. Es ist per Bus an das ÖV-Netz angeschlossen. Der Bahnhof ist jedoch 1km weit entfernt.

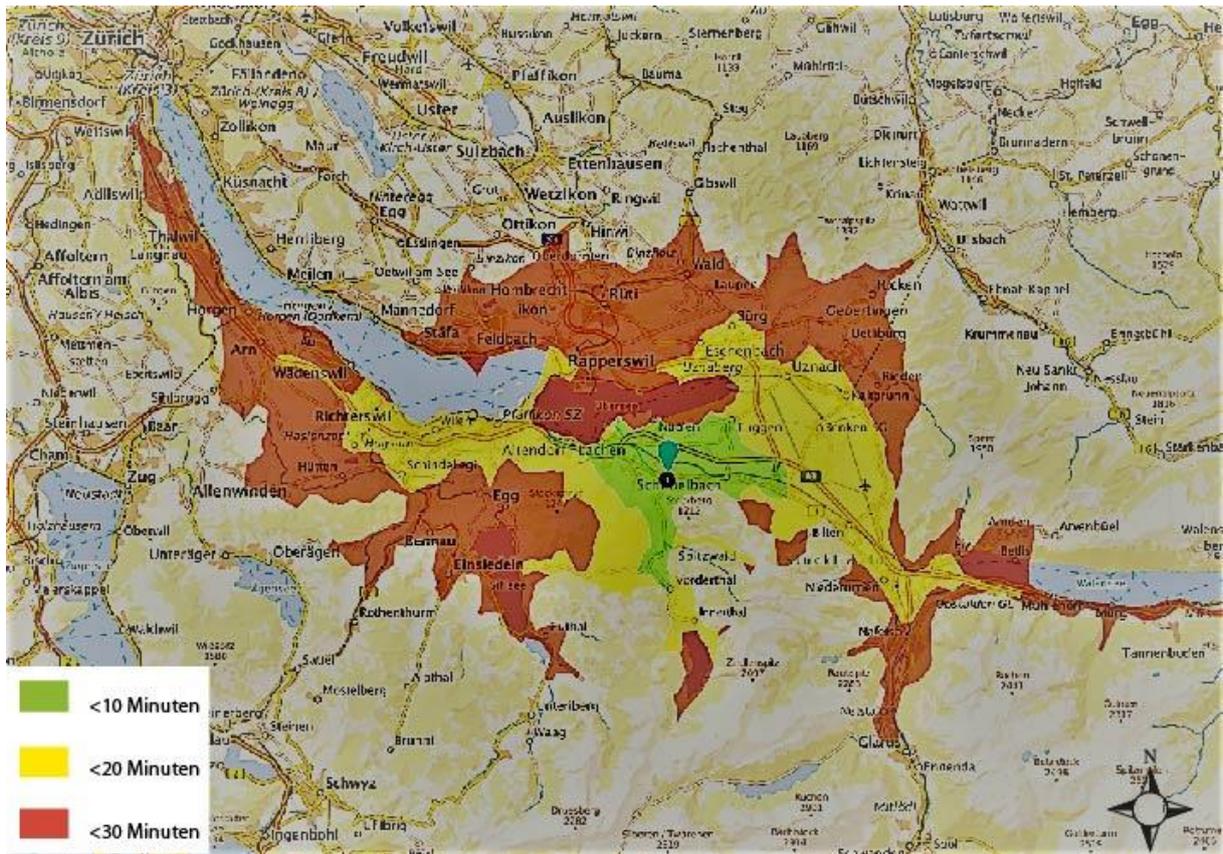


Abbildung 15: Erreichbarkeit des Standortes Siebnen per MIV (Quelle: Openroute Service)

- Arth

An der Gotthardstrasse befindet sich das Grundstück mit der Grundstücksnummer 253, welches momentan als Parkplatz genutzt wird. Das Grundstück ist als Zentrumszone gewidmet und die Grundfläche beträgt 447m<sup>2</sup>. Es gelten folgende Baubestimmungen:

Gebäudehöhe: 13m

Firsthöhe: 16m

Vollgeschosszahl: 4 (vgl.: Baureglement Arth)

Über die Richtwerte des Kantons wurde ein Grundstückspreis von CHF 312.900 ermittelt. (vgl.: Kantonale Steuerverwaltung)

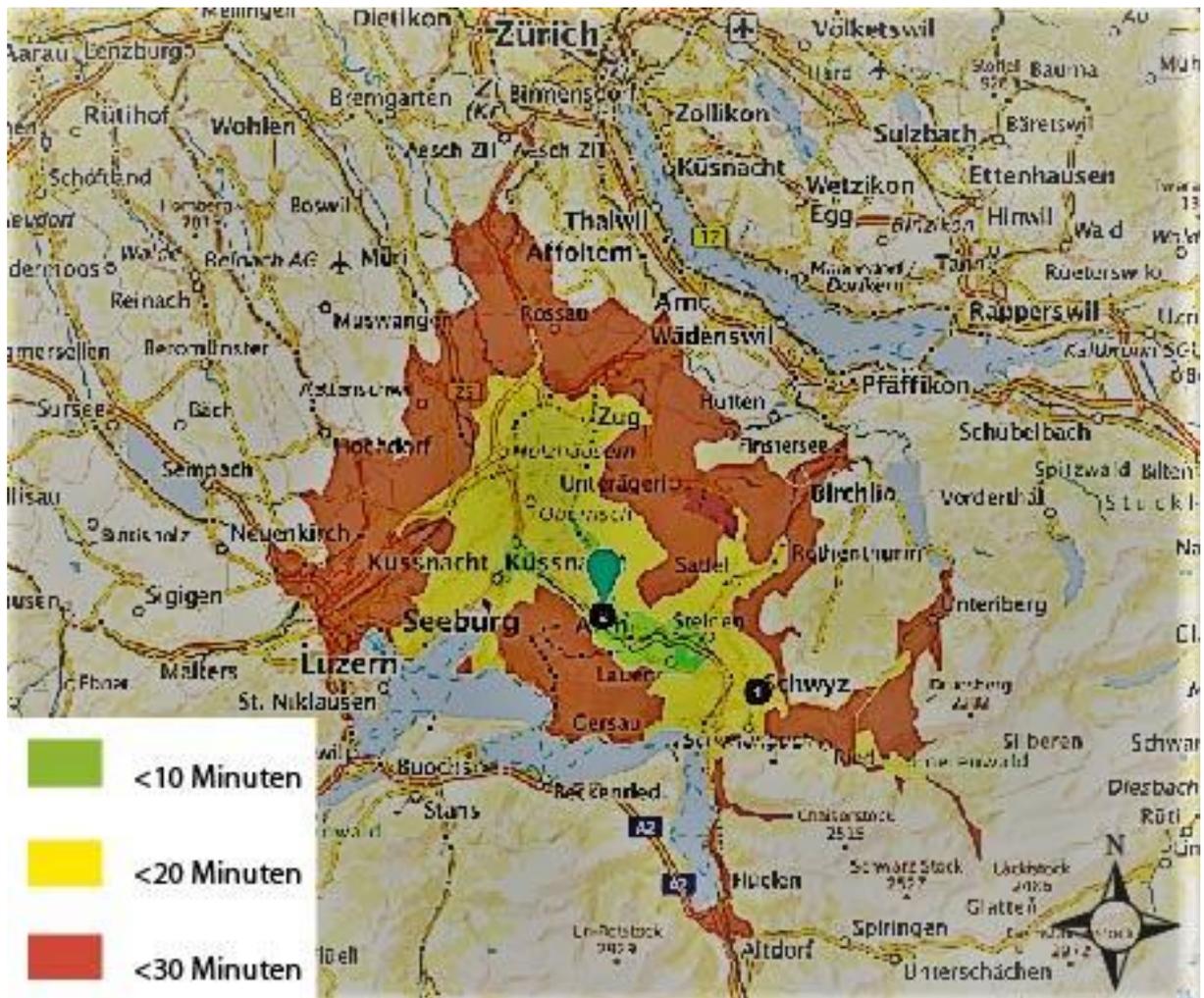


Abbildung 16: Erreichbarkeit des Standortes Arth per MIV. (Quelle: Openroute Service)

Ingenbohl

Der Standort in Ingenbohl hat eine Grundfläche von 3486 m<sup>2</sup>, welche als „WG3 Mischzone“ gewidmet ist. In dieser Widmungskategorie dürfen Wohn- und Gewerbebauten mit mäßigen Immissionen und 3 Geschossen erbaut werden. Auf den Ausnutzungsgrad wird im Baureglement nicht eingegangen. (vgl.: Gemeinde Ingenbohl: Baureglement, 2002; 24)

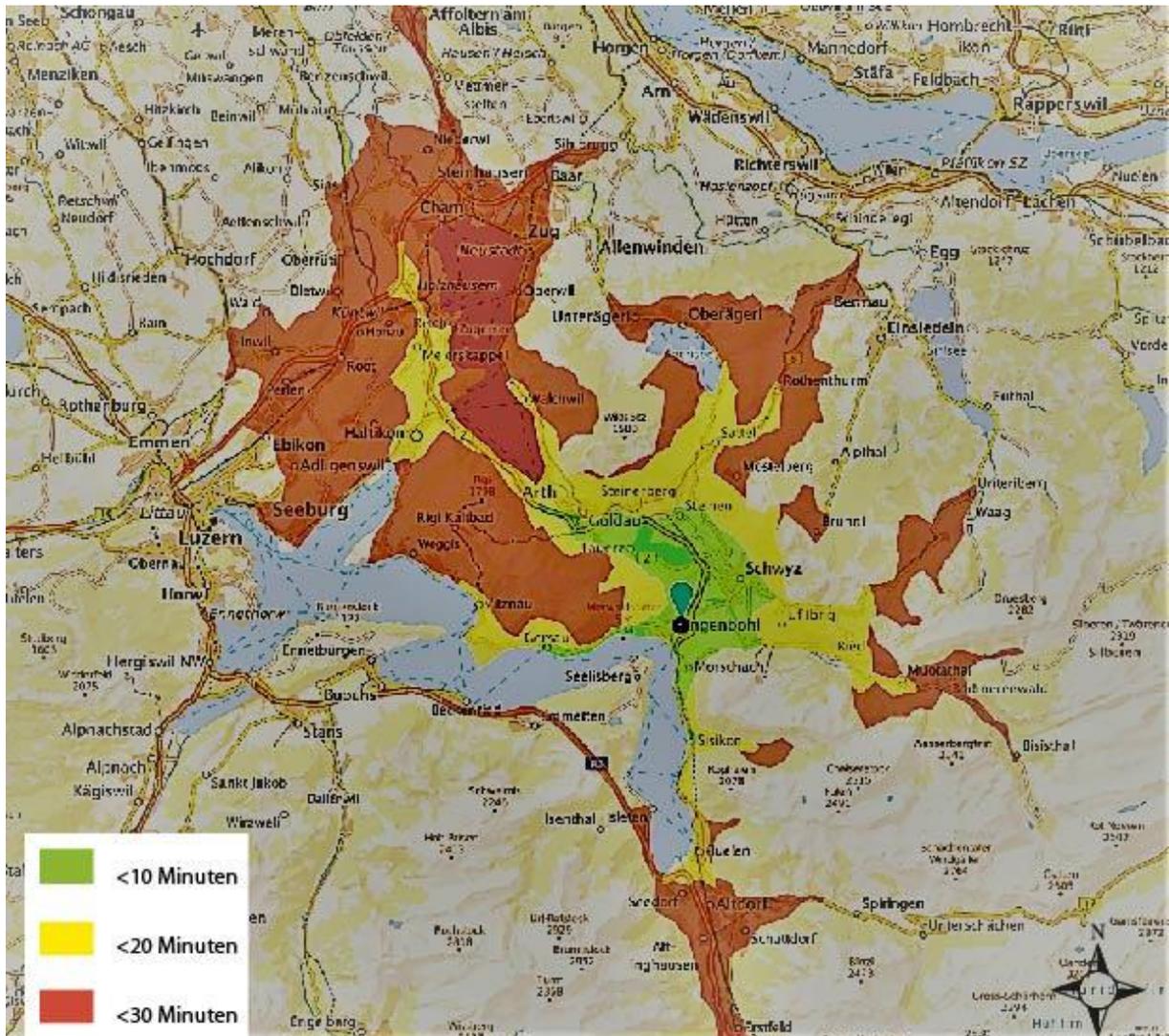


Abbildung 17: Erreichbarkeit des Standortes Ingenbohl per MIV. (Quelle: Openroute Service)

Lachen

In Lachen steht ein dreigeschoßiges Gewerbehaus mit 1.341m<sup>2</sup> Grundfläche für CHF 4.700.000 zum Verkauf. Da es sich um einen Neubau handelt, kann man davon ausgehen, dass für eine Umnutzung als Ärztezentrum nur leichte Adaptierungen notwendig wären. Das Grundstück liegt in der Nähe des Lachener Bahnhofs und ist somit sehr Gut an das öffentliche Verkehrsnetz angebunden.

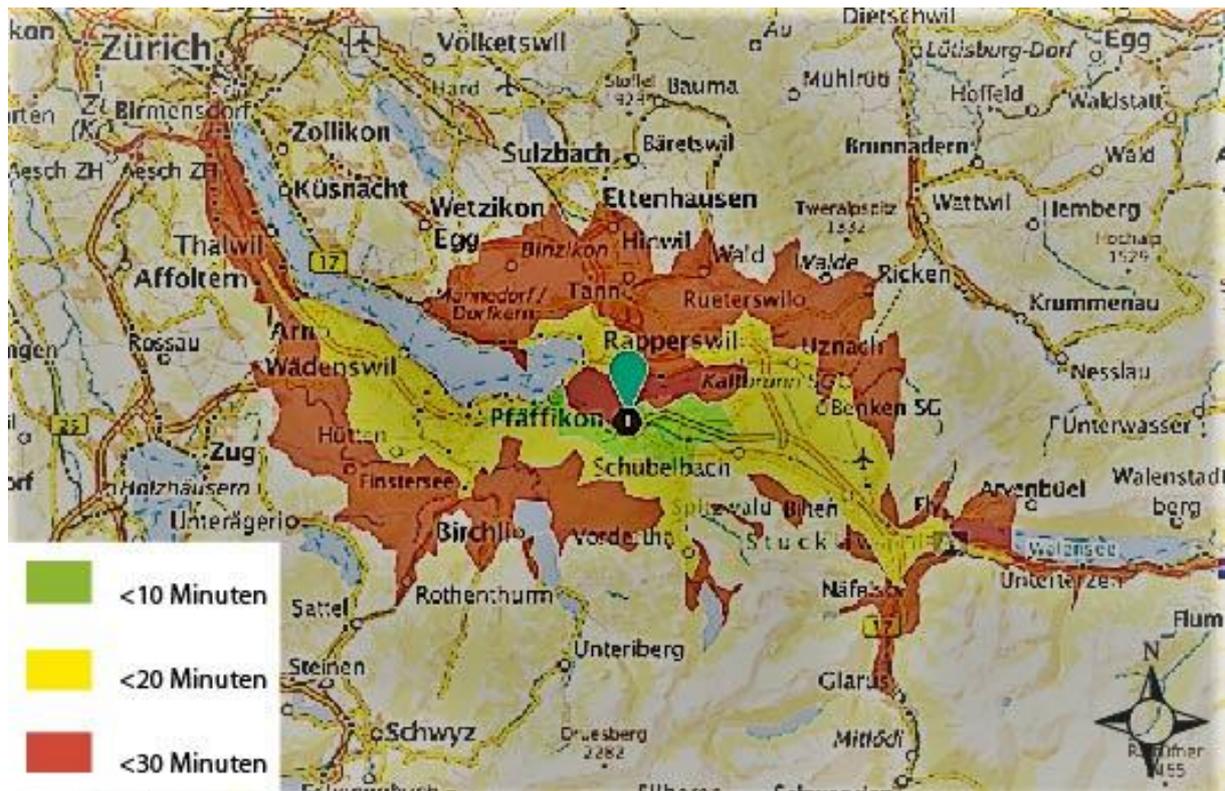


Abbildung 18: Erreichbarkeit des Standortes in Lachen. (Quelle: Openroute Service)

### 9.3. Bewertungsmatrix

Die ermittelten Kosten und Wirkungen eines neuen Ärztezentrum im Kanton Schwyz wurden in einer Bewertungsmatrix zusammengefasst und durch die Division der Kostensumme durch die gewichtete Summe der Wirkungen, ein Kosten-Wirksamkeitsquotient errechnet. Dabei wurden Neubaukosten in der Höhe von CHF 6.476.849 angenommen. Dieser Wert wurde aus den Errichtungskosten des MedicoPlus Ärztezentrum in Einsiedeln (CHF 6,5 Mio.) errechnet, indem es auf das Jahr 2018 diskontiert wurde. (vgl.:swiss-architects) Die Kosten für die Bestandsobjekte in Siebnen und Lachen wurden von den Immobilienportalen entnommen. Als Baukosten wurden die zu erwartenden Umbaukosten verwendet. Diese wurden im Falle des Standorts in Siebnen von den Umbaukosten eines ehemaligen Hotels in Chur zu einem Ärztezentrum im Jahr 2018 entnommen und die Anpassung des Preises an die Größe des Bauwerks geschätzt. Im Falle des Standorts in Lachen wurden geringe Umbaukosten in der Höhe von CHF 100.000 geschätzt, da es sich um ein Behindertengerechtes Gebäude handelt und somit nur leichte Anpassungen nötig wären.

	Kosten		Einwohner im Einzugsgebiet					Wirkungen					Kosten- Wirksamkeits- quotient	
	Grundstück	Bau	Summe	<10 Minuten	11-20 Minuten	21-30 Minuten	Suffizienz des Einzugsgebietes	ÖV-Anschluß	Kon-kurrenz situation	Parkplatz-situation	Anzahl der über 65-jährigen	Zen-tralität		Wirkungs-summe
Gewichtung	-	-	-	0,15	0,1	0,05	0,15	0,15	0,2	0,05	0,15	0,15	1	
Freienbach	4536900	6476849	11013749	5	3	4	5	3	3	5	2	3	4,05	2719444
Küssnacht Stegwartstr.	6993700	6476849	13470549	4	3	3	2	2	2	4	3	4	3,3	4081985
Schwyz	1682400	6476849	8159249,5	3	1	1	3	2	4	3	5	3	3,5	2331214
Pfäffikon	2430400	6476849	8907249,5	4	5	3	5	2	3	0	2	3	3,65	2440342
Siebnen	3500000	1650000	5150000	4	4	3	5	4	3	5	2	3	4,1	1256098
Küssnacht Bahnstr.	1518100	6476849	7994949,5	3	3	3	2	3	2	5	1	5	3,2	2498422
Arth	312900	6476849	6789749,5	2	2	4	2	4	2	5	4	3	3,3	2057500
Ingenbohl	704700	6476849	7181549,5	3	1	2	2	3	4	5	5	4	3,8	1889881
Lachen	4700000	100000	4800000	2	4	4	4	4	3	3	2	5	3,9	1230769

Abbildung 19: Bewertungsmatrix. (Eigene Darstellung)

Abbildung 19 zeigt die fertige Bewertungsmatrix der Standortoptionen. Die ersten 3 Spalten zeigen die absoluten Kosten, die für die Errichtung eines Ärztezentrums am jeweiligen Standort entstehen. Die restlichen Spalten zeigen die Bewerteten Wirkungen der Wirkungsfaktoren. Eine Tabelle mit den absoluten Wirkungswerten befindet sich im Anhang. Die vorletzte Spalte beinhaltet die Wirkungssumme und die letzte den Kosten-Wirksamkeits-Quotienten.

#### 9.4 Sensitivitätsanalyse

In einer Sensitivitätsanalyse wird die Stabilität der Ergebnisse gegenüber Veränderungen der Eingangsdaten und Verfahrensteile untersucht. Die Sensitivitätsanalyse umfasst eine wiederholte Durchführung einzelner Verfahrensschritte mit systematisch veränderten Eingangsdaten. Dabei wird geprüft ob sich die Reihung der Standortalternativen verändert. Hierfür wurden 2 Zukunftsszenarien erstellt, die jene Eingangsdaten verändern, welche am ehesten zukünftigen Schwankungen unterliegen könnten. Dies ist einerseits der Anteil der über 65-Jährigen und andererseits die Anzahl der Ärzte, die mit einem neuen Ärztezentrum konkurrieren würden.

##### 9.4.1 Szenario 1: anzunehmende Alterung bis 2037

Wie schon in der Analyse beschrieben wurde, befindet sich die Bevölkerung der Schweiz in einem demografischen Wandel. Das heißt, dass der Anteil der über-65 Jährigen in den kommenden Jahren weiter Ansteigen wird, während bei einer anhaltenden, niedrigen Geburtenrate der Anteil der unter 15-Jährigen weiter sinken wird. Mittels Kohortenmodell wurde versucht die Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen bis 2037 zu prognostizieren. Die Ergebnisse wurden nach den gleichen Gesichtspunkten bewertet, wie in

der eigentlichen Standortbewertung und miteinander verglichen.

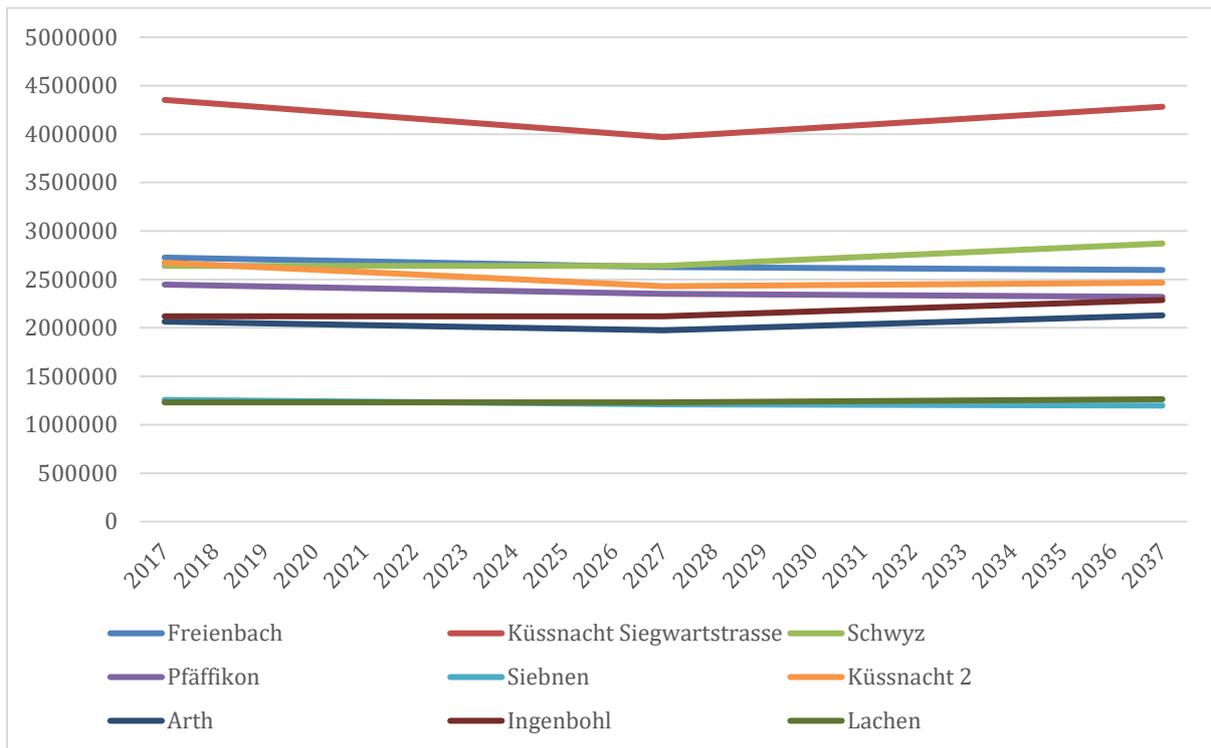
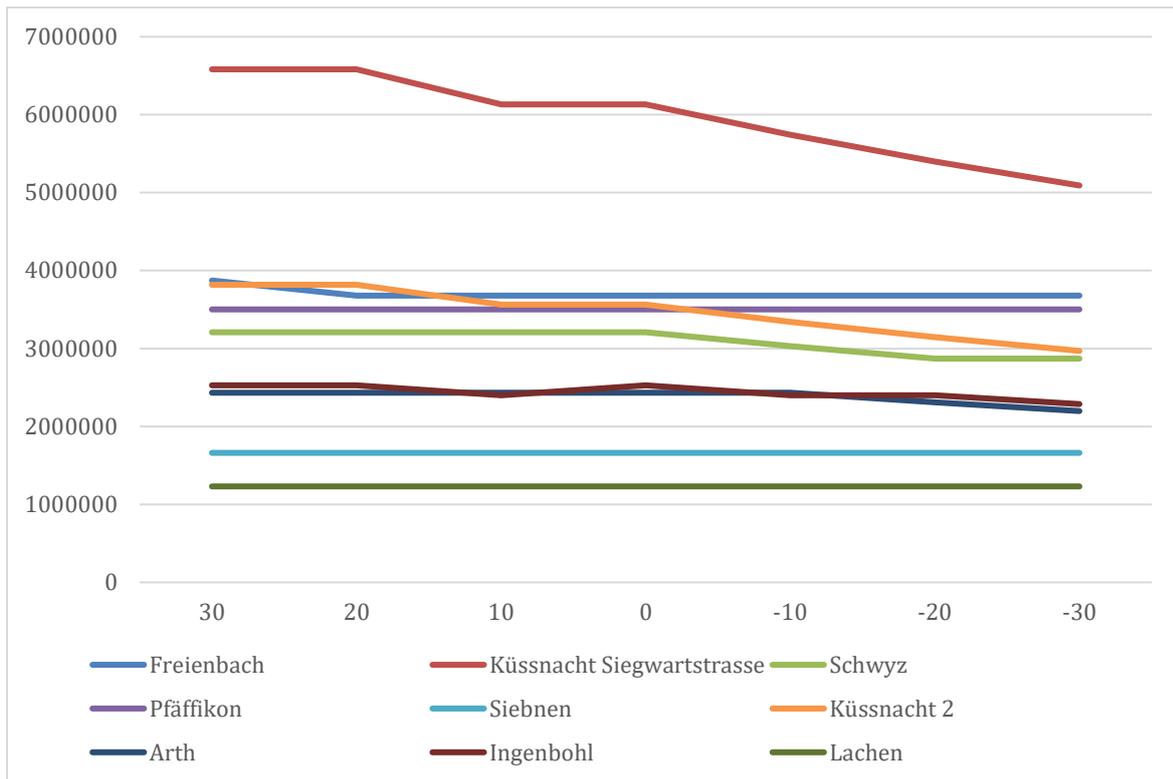


Abbildung 20: Entwicklung der Kosten-Wirksamkeitsquotienten laut prognostizierter Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen in den Einzugsgebieten der jeweiligen Standortalternativen (Quelle: Bundesamt für Statistik. Eigene Darstellung)

Die obige Abbildung zeigt die Entwicklung der Kosten-Wirksamkeitsquotienten bis zum Jahr 2037. Es lässt sich erkennen, dass es bis zum Jahr 2027 zu einem leichten Absinken des Quotienten kommt, der in den Jahren darauf wieder ansteigt. Dies ist ein Zeichen dafür, dass der Anteil der über 65-Jährigen in den Einzugsgebieten bis 2027 steigen und danach wieder abfallen wird. Die Reihung der Standortalternativen wird nicht großartig von den Veränderungen beeinflusst, jedoch überholt Siebnen den Standort Lachen bis 2037 knapp. Auch der Standort Freienbach reiht sich um einen Platz nach vor und überholt dabei Schwyz. Im Großen und Ganzen lässt sich sagen, dass die Werte stabil sind und nicht stark vom demographischen Wandel beeinflusst werden.

#### 9.4.2 Szenario 2: Veränderung der Konkurrenzsituation

Als zweites Szenario wurde die Veränderung der Konkurrenzsituation in Prozent gewählt. Die Anzahl der Ärzte ist ein sich ständig ändernder Wert. Aufgrund von Pensionierungen, Ab- bzw. Neuansiedlungen kann die Anzahl der Konkurrenten im Umkreis im Laufe einer Facharztkarriere starken Schwankungen unterliegen.



**Abbildung 21: Veränderung des Kosten-Wirksamkeitsquotienten vor dem Hintergrund einer Veränderten Konkurrenzsituation**

Das Diagramm zeigt in diesem Szenario stärkere Schwankungen als in Szenario 1. Hierbei muss selbstverständlich die Zahl 0 in der Mitte des Diagramms als Ausgangspunkt betrachtet werden. Es zeigt sich, dass die zwei bestgeeignetsten Standorte Siebnen und Lachen konstant bleiben, was darauf hindeutet, dass die Konkurrenzsituation gut ist. Das heißt, dass die Anzahl der Konkurrenten so gering ist, dass eine Schwankung von 30% nicht ausreicht um den Wirkungsgrad zu beeinflussen. Die Küssnachter Standorte sind hingegen stark von der Konkurrenzsituation betroffen. Der Quotient der Küssnachter Bahnhofsstrasse fällt z.B. um ca. 18% wenn die Anzahl der Konkurrenten um 30% sinkt. Das heißt, dass die Küssnachter Werte instabil sind und dass die Anzahl der Konkurrenten von großer Bedeutung sein kann.

## 10. Diskussion der Ergebnisse

Das Ergebnis der Kosten-Wirksamkeits-Matrix führt eindeutig vor Augen, dass die wichtigsten Parameter für die Standortwahl eines Ärztezentrums die Kosten sind. So haben die beiden Bestandsobjekte, die gleichzeitig die geringsten Kosten verursachen, die Besten

Kosten-Wirksamkeits-Quotienten. Generell lassen sich auch die Größten Differenzen bei den Grundstückskosten beobachten. So ist das Grundstück in Arth mit CHF 312.900 das Günstigste, während das 9991 m<sup>2</sup> große Grundstück in der Küssnacher Siegwartstrasse mit CHF 6.993.700 am teuersten zu Buche schlägt. Diese enormen Unterschiede in den Grundstückskosten sind einerseits auf die durchschnittlichen Quadratmeterpreise für Bauland in den einzelnen Gemeinden (CHF 450 in Ingenbohl bis CHF 950 in der Küssnacher Bahnstrasse) und andererseits an der Grundstücksgröße. So ist das Siegwartstrasser Grundstück in Küssnacht definitiv zu groß für ein Ärztezentrum. Es würde sich folglich nur in einem Mischkonzept mit Wohn- und Gewerbebauten für ein medizinisches Zentrum eignen. Auch Flächenextensive Gebäude sind angesichts solcher Grundstückspreise unrentabel. Es gilt also, die Flächen sowie die baulichen Möglichkeiten, die die Widmung des Grundstücks zur Verfügung stellt maximal auszunutzen und in die Höhe zu bauen. Die Nutzungskategorien bieten Gebäudehöhen zwischen 7m (also in etwa 2 Geschoßen) in Pfäffikon bis 18m First- bzw. 15m Gebäudehöhe in Siebnen (also bis zu etwa 5 Geschoße) möglich. Eine Mischnutzung mit Wohnungen ist auf allen Grundstücken möglich und kann dadurch zu einer höheren Profitabilität eines Neubaus beitragen, falls nicht die Ganze Geschoßfläche für Ordinationen in Anspruch genommen wird.

Bei den Einzugsgebieten zeigt sich eine große Differenz zwischen inneralpinen und Nordschwyzer Lagen. Diese war aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte in der alpinen Schweiz nicht anders zu erwarten, jedoch ist es überraschend, dass die geringe Bevölkerungszahl nicht durch eine geringe Anzahl an Konkurrenten bzw. einer höheren Suffizienz für die Ansiedlung von Fachärzten ausgeglichen wird. Denn es zeigen sich zwar gewisse regionale Unterschiede bei der Suffizienz, jedoch haben diese nur bedingt mit der Topographie der Grundstücksumgebung zu tun. So haben die Grundstücke in Küssnacht, Arth und Ingenbohl die schlechtesten Suffizienzwerte unter allen Standortalternativen obwohl sie als inneralpin angesehen werden können. Dies liegt einerseits am kleinen Einzugsgebiet. Das trifft vor allem auf den Ingenbohler Standort zu, welches im Süden des Kantons liegt. Und zum anderen an der Nähe der Kantonszentren Zug und Luzern, welche ein ausreichendes Angebot an Fachärzten gewährleisten. Diese Konkurrenzsituation trifft vor allem auf die Standortalternativen in Küssnacht und Arth zu. Die beste Suffizienz haben überraschenderweise die Nordschwyzer Grundstücke in Freienbach, Pfäffikon und Siebnen. Dies obwohl die Anzahl der Konkurrenten in dieser Region höher ist. Jedoch wird das durch

die hohe Bevölkerungszahl in den Gemeinden um den Zürichsee kompensiert. Der Anschluss an die öffentlichen Verkehrsmittel korreliert gar nicht mit der topographischen Lage: so hat jedes Grundstück einen Anschluss an das regionale Busnetz, welches in der Regel mit Intervallen von 30 Minuten verkehrt und durch einen Integrierten Taktfahrplan einen Anschluss an den Bahnverkehr bietet. So hat auch das Arther Grundstück einen guten ÖV-Anschluss obwohl es kilometerweit von der nächsten Bahnstation entfernt liegt. Das gleiche trifft auf Siebnen zu, wo die Bahnstation außerhalb des Ortskerns liegt, allerdings mit dem Busnetz gut an die umliegenden Ortschaften angebunden ist. Die einzige Standortalternative, welche eine unzureichende Parkplatzsituation hat ist jene in Pfäffikon. Hier müssten also neue Parkplätze errichtet werden. Ansonsten liegen alle Standortalternativen in der Nähe größerer Parkplatzanlagen, wodurch sich der teure Neubau von Tiefgaragen ersparen lassen würde. Der Anteil der über 65-Jährigen ist im Inneralpinen Raum der Schwyz höher als im nördlichen Hügelland. Es gebe also mehr Arztbesuche pro EinwohnerInnen als in der Nordschwyz, allerdings sind die Unterschiede beim Anteil älterer Personen nicht hoch genug um die geringeren Einzugsgebiete zu kompensieren.

Die Wirkungssumme zeigt, dass insgesamt alle Grundstücke passabel abschneiden. Keines der Standortalternativen hat eine durchschnittliche Wirkung von weniger als 3,0 im arithmetischen Mittel. Die 3 Standortalternativen Freienbach, Siebnen und Lachen setzen sich allerdings ganz klar an die Spitze. Das bedeutet, dass sich die Lage im Nordschwyz Hügelland besser für die Neuansiedlung eines Ärztezentrums eignet als die inneralpine Schwyz.

Die Sensitivitätsanalyse hat gezeigt, dass die Kosten-Wirksamkeits-Quotienten relativ stabil sind. Bei der prognostizierten Veränderung des Anteils bzw. der Anzahl der über 65-Jährigen Bevölkerung würde sich wenig an den jeweiligen Quotienten verändern und die Reihenfolge der Standortalternativen würde auch gleich bleiben. Die Veränderung der Konkurrenzsituation würde die Quotienten stärker beeinflussen, allerdings bleiben auch hier die Standortalternativen aus dem Nordschwyz Hügelland vor den inneralpinen sowie die Bestandsobjekte vor den „grünen Wiesen“.

## 11. Conclusio

Die stetig steigenden Gesundheitsausgaben in der Schweiz und der demografische Wandel ermöglichen einen optimalen Hintergrund für den Bau von Ärztezentren. Dies wird durch

Rechtliche Rahmenbedingungen wie die Niederlassungsfreiheit für Fachärzte und die Abwesenheit von Zulassungsbedingungen in vielen Kantonen, sowie Hausarztmodellen wie „Managed Care“ zusätzlich begünstigt.

Diese Arbeit hat gezeigt, dass bei der Standortwahl für Ärztezentren grundsätzlich Bestandsgebäude vor Neubauten auf der grünen Wiese zu favorisieren sind, da Bauland in der Schweiz rar gesät und die Kosten für Ankauf, Erschließung und Bau wesentlich höher sind, als Anschaffungskosten eines Bestandsgebäudes samt Umbau. Dies setzt natürlich voraus, dass das Bestandsgebäude für den Umbau in ein Ärztezentrum geeignet ist. Falls die Wahl auf einen Neubau auf der grünen Wiese fällt, so sind ein Grundstück mit einer Größe von etwa 1000-1500m<sup>2</sup> und eine dichte Bauweise zu bevorzugen.

Weiters ist die Erreichbarkeit ein wichtiger Faktor, bei der es zwischen dem alpinen Raum und dem Flachland erhebliche Unterschiede gibt, die durch die geringere Konkurrenzsituation sowie die Suffizienz des Einzugsgebietes im alpinen Raum nicht ausgeglichen wird. Da selbst im ländlichen Kanton Schwyz 16% der Wege mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt werden, sind diese sowohl bei der Erreichbarkeit als auch als eigener Nutzenfaktor zu berücksichtigen. Durch den integrierten Taktfahrplan gibt es hier allerdings nur geringe Unterschiede zwischen den potenziellen Standorten. Der Konkurrenzkampf ist vor allem in den Zentren sehr hoch und eine Veränderung der Konkurrenzsituation hätte auch Auswirkungen auf das Bewertungsergebnis. Folglich sind potenzielle Pensionierungen im Einzugsgebiet eines Standortes zu beachten.

Der optimale Standort für ein neues Ärztezentrum in der Schweiz ist folglich ein Bestandsgebäude, welches sich für einen Umbau in ein Ärztezentrum eignet. Es befindet sich eher im Flachland, wird von möglichst vielen potenziellen PatientInnen je nach Ärzteangebot innerhalb von 10, 20 oder 30 Minuten erreicht, bietet Parkmöglichkeiten und einen Anschluss an das öffentliche Verkehrsnetz. Es befindet sich im Ortszentrum, der Anteil der über 65-Jährigen ist leicht überdurchschnittlich und die Konkurrenzsituation ist entweder gering genug um den Patientenmarkt für ÄrztInnen nicht insuffizient zu machen oder von einer herannahenden Pensionierungswelle betroffen.

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben Quelle: Bundesamt für Statistik:Kosten.

Verfügbar unter: [https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21\\_1461223447965\\_\\_content\\_bfs\\_de\\_home\\_statistiken\\_gesundheit\\_kosten-finanzierung\\_kosten\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs) (zuletzt aufgerufen am: 3.5.2018)

Abbildung 2: Inflationsbereinigte Kosten seit 1995 (1995=100). Quelle: Bundesamt für Statistik:

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960. Verfügbar unter:

[https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21\\_1461223447965\\_\\_content\\_bfs\\_de\\_home\\_statistiken\\_gesundheit\\_kosten-finanzierung\\_kosten\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs) (3.5.2018)

Abbildung 3: Kostenentwicklung nach Leistungsarten. Quelle: Bundesamt für Statistik: Kosten des

Gesundheitswesens nach Leistungen. Verfügbar unter:

[https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21\\_1461223447965\\_\\_content\\_bfs\\_de\\_home\\_statistiken\\_gesundheit\\_kosten-finanzierung\\_kosten\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs) (3.5.2018)

Abbildung 4: Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Leistung exklusive unterstützender

Dienstleistungen. Quelle: Bundesamt für Statistik: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen.

Verfügbar unter: [https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21\\_1461223447965\\_\\_content\\_bfs\\_de\\_home\\_statistiken\\_gesundheit\\_kosten-finanzierung\\_kosten\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs) (3.5.2018)

Abbildung 5: Gesundheitsausgaben pro Einwohner 2016. Quelle: Bundesamt für Statistik. Verfügbar

unter: [https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs)

[finanzierung/kosten.html#21\\_1461223447965\\_\\_content\\_bfs\\_de\\_home\\_statistiken\\_gesundheit\\_kosten-finanzierung\\_kosten\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs) (3.5.2018)

Abbildung 6: Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht 2015. Quelle: Quelle: Bundesamt

für Statistik: Kosten. Verfügbar unter:

[https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21\\_1461223447965\\_\\_content\\_bfs\\_de\\_home\\_statistiken\\_gesundheit\\_kosten-finanzierung\\_kosten\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#21_1461223447965__content_bfs_de_home_statistiken_gesundheit_kosten-finanzierung_kosten_jcr_content_par_tabs) (3.5.2018)

Abbildung 7: Prognostizierte Bevölkerungspyramide der Schweiz 2026 verglichen mit der

Bevölkerungspyramide 2016. Quelle: Bundesamt für Statistik: Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Kanton, Bezirk und Gemeinde, 2010-2016. Verfügbar unter:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3202996.html> (3.5.2018)

Abbildung 8: SWOT-Analyse. Eigene Darstellung.

Abbildung 9: Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich nach ÖSG. Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Verfügbar unter:

[https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg\\_2017\\_-\\_textband,\\_stand\\_29.06.2018.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_29.06.2018.pdf)

Abbildung 10: Erreichbarkeit des Standortes Freienbach-Pfarrmatte. Quelle: Open Route Service.

Verfügbar unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 11: Erreichbarkeit des Standortes „Küssnacht Siegwartstrasse“. Quelle: Open Route

Service. Verfügbar unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 12: Erreichbarkeit des Standortes „Küssnacht Bahnhofstrasse“

Abbildung 13: Erreichbarkeit des Standortes Schwyz. Quelle: Open Route Service. Verfügbar unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 14: Erreichbarkeit des Standortes Pfäffikon. Quelle: Open Route Service. Verfügbar unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 15: Erreichbarkeit des Standortes Siebnen. Quelle: Open Route Service. Verfügbar unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 16: Erreichbarkeit des Standortes Arth per MIV. Quelle: Open Route Service. Verfügbar

unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 17: Erreichbarkeit des Standortes Ingenbohl per MIV. Quelle: Open Route Service.

Verfügbar unter:

<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 18: Erreichbarkeit des Standortes Lachen. Quelle: Open Route Service. Verfügbar unter:  
<https://maps.openrouteservice.org/reach?n1=47.294948&n2=8.913208&n3=10&a=47.192696,8.85234&b=0&i=0&j1=30&j2=10&d=100&k1=en-US&k2=km> (3.8.2018)

Abbildung 19: Bewertungsmatrix. Eigene Darstellung.

Abbildung 20: Entwicklung der Kosten-Wirksamkeitsquotienten laut prognostizierter Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen in den Einzugsgebieten der jeweiligen Standortalternativen. Eigene Darstellung. Quelle: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter:  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.2240354.html> (5.8.2018)

Abbildung 21: Veränderung des Kosten-Wirksamkeitsquotienten vor dem Hintergrund einer Veränderten Konkurrenzsituation. Eigene Darstellung

Quellen:

Ärztezentren Deutschschweiz AG: Ärztezentren Deutschschweiz AG. Verfügbar unter:  
<https://www.aerztezentren.ch/aerztezentren-deutschschweiz-ag/ueber-uns.html> (5.8.2018)

Assura-Basis: Porträt. Verfügbar unter: <https://de.assura.ch/assurance-maladie/portrat> (5.8.2018)

Bauder AG: Ärztezentrum MedicoPlus in Einsiedeln. Verfügbar unter:  
<https://www.bauder.ag/ch/referenzen/steildach/aerztezentrum-medicoplus.html> (4.8.2018)

Baur R: Managed-Care-Modelle – Bestandaufnahme 2004, Bundesamt für Gesundheit, 2005. Aus  
Strehle, Oliver; Weber, Andreas: Die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz. Verfügbar  
unter:  
<https://www.medsolution.ch/PDF/Die%20Weiterentwicklung%20von%20Managed%20Care%20%20in%20der%20Schweiz.pdf> (28.11.2018)

Baureglement Freienbach. Verfügbar unter:  
<http://www.ortsplanung.ch/freienbach/baofreienbach/frebaoparagraf/baoreg000.pdf> (4.8.2018)

Baureglement Bezirk Küsnacht. Verfügbar unter:  
<http://www.kuessnacht.ch/dl.php/de/45810a4e33a89/Baureglement.pdf> (4.8.2018)

Bestmann, Uwe: Kompendium der Betriebswirtschaftslehre, 1982.

Bundesamt für Statistik: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Verfügbar unter:  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung/Portal-statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html> (5.8.2018)

Bundesamt für Statistik: Bevölkerungsentwicklung 2016: provisorische Ergebnisse. Verfügbar unter:  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.2240354.html> (5.8.2018)

Bundesamt für Statistik: Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach Jahr, Kanton, Bezirk, Gemeinde, Bevölkerungstyp und Geschlecht. Verfügbar unter:  
<https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/?rxid=1c76b8e2-6e64-4353-9a1f-204be101fbc7>  
(4.8.2018)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Verfügbar unter:  
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201801010000/832.10.pdf>  
(4.8.2018)

Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe. Verfügbar unter:

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html> (4.8.2018)

Comparis: Spitäler in der Schweiz. Verfügbar unter:

<https://www.comparis.ch/spitalvergleich/spital/spitalliste> (26.11.2018)

Competitionline: Neubau LUKS. Verfügbar unter:

<https://www.competitionline.com/de/ergebnisse/255446> (4.8.2018)

Competitionline: Partieller Neubau des Spitals Bülach. Verfügbar unter:

<https://www.competitionline.com/de/ausschreibungen/289290> (4.8.2018)

CSS-Gruppe: Konzernzahlen – Die CSS Gruppe auf einen Blick. Verfügbar unter:

[https://www.css.ch/de/home/ueber\\_uns/unthhttps://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/auszeichnungen-ueberblick/detailernehmen/gruppengesellschaft/kennzahlen.html](https://www.css.ch/de/home/ueber_uns/unthhttps://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/auszeichnungen-ueberblick/detailernehmen/gruppengesellschaft/kennzahlen.html) (5.8.2018)

Demmel Bauleitungen: KSW Ersatzneubau Kantonsspital Winterthur. Verfügbar unter:

<https://www.demmelbauleitungen.ch/aktuelle-auftraege> (4.8.2018)

ErfahrungsMedizinisches Register: Die Akteure des Schweizer Gesundheitswesens. Verfügbar unter:

<http://www.emr.ch/newsletter/r2011-09/Akteure-BAG-D.pdf> (4.8.2018)

Forster, C.: Boomende Gruppenpraxen. Neue Züricher Zeitung, 2016. Verfügbar unter:

<https://www.nzz.ch/schweiz/aktuelle-themen/managed-care-ld.115043> (27.11.2018)

Gemeinde Arth: Baureglement. Verfügbar unter:

<http://www.arth.ch/dl.php/de/20070320132801/Baureglement-Arth.pdf> (4.8.2018)

Gemeinde Ingenbohl: Baureglement. Verfügbar unter:

<https://www.brunnen.ch/fileadmin/twwc/seitentemplate/redakteur/pdf/verwaltung/dienstleistungen/baureglement.pdf> (27.11.2018)

Gemeinde Schübelbach: Baureglement. Verfügbar unter:

<http://www.schuebelbach.ch/dl.php/de/5885d267733d0/Baureglement.pdf> (4.8.2018)

Gemeinde Schwyz (2017): Baureglement-Teilrevision. Verfügbar unter:

<https://www.gemeindeschwyz.ch/public/upload/assets/6961/01%20Verbindlicher%20Inhalt%20Baureglement.pdf> (4.8.2018)

Gesundheitsgesetz. Verfügbar unter: [https://www.sz.ch/public/upload/assets/32454/571\\_110.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/32454/571_110.pdf) (4.8.2018)

Gesundheitsverordnung. Verfügbar unter:

[https://www.sz.ch/public/upload/assets/4202/571\\_111.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/4202/571_111.pdf) (4.8.2018)

Gross AG: Laufende Projekte der Gross AG. Verfügbar unter: <http://www.gross-ag.ch/projekte.html>

(4.8.2018)

Hanusch, H. et al.: Nutzen-Kosten-Analyse, Vahlen, München, 2011, S. 1-14.

Helsana: Portrait. Verfügbar unter: [https://www.helsana.ch/de/helsana-](https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/portrait)

[gruppe/unternehmen/portrait](https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/portrait) (5.8.2018)

Hemmi Fayet: Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil. Verfügbar unter:

[http://www.hemmifayet.ch/detail/schweizer\\_paraplegiker\\_zentrum%2C\\_nottwil\\_a295](http://www.hemmifayet.ch/detail/schweizer_paraplegiker_zentrum%2C_nottwil_a295) (4.8.2018)

Hirslanden Gruppe: Unser Unternehmensprofil. Verfügbar unter:

<https://www.hirslanden.com/de/international/ueber-hirslanden.html> (5.8.2018)

Implenia: Referenzliste Hochbau/Neubau. Verfügbar unter: [https://www.implenia.com/de-](https://www.implenia.com/de-ch/leistungen/schweiz/hochbauneubau.html)

[ch/leistungen/schweiz/hochbauneubau.html](https://www.implenia.com/de-ch/leistungen/schweiz/hochbauneubau.html) (4.8.2018)

Kaiser, Karl-Heinz: Industrielle Standortfaktoren und Betriebstypenbildung, Berlin 1979, S.34

Kantonale Steuerverwaltung: Richtwerte 2011 für Baulandpreise. Verfügbar unter:

[https://www.sz.ch/public/upload/assets/18063/land-richtpreise-kanton\\_sz-2011.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/18063/land-richtpreise-kanton_sz-2011.pdf) (2.8.2018)

Kanton Luzern: Gesundheitsgesetz. Verfügbar unter:

[https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiltP6-8XfAhWFDSwKHY8EDuoQFjABegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fsz.ch%2Ffrontend%2Fversions%2F2583%2Fdownload\\_pdf\\_file&usg=AOvVaw1NHZB8jvU26wVWtWcJDHuK](https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiltP6-8XfAhWFDSwKHY8EDuoQFjABegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fsz.ch%2Ffrontend%2Fversions%2F2583%2Fdownload_pdf_file&usg=AOvVaw1NHZB8jvU26wVWtWcJDHuK) (27.11.2018)

Kanton Schwyz, Amt für Gesundheit und Soziales: Ambulante medizinische Versorgung, 2014.

Verfügbar unter:

[https://www.sz.ch/public/upload/assets/7623/fachbericht\\_ambu\\_med\\_versorgung\\_nov\\_2014.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/7623/fachbericht_ambu_med_versorgung_nov_2014.pdf) (26.11.2018)

Kanton Schwyz: Gesamtverkehrsstrategie 2040. Verfügbar unter:

[https://www.sz.ch/public/upload/assets/29065/Gesamtverkehrsstrategie\\_Analyse.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/29065/Gesamtverkehrsstrategie_Analyse.pdf) (4.8.2018)

Kanton Zug: Gesundheitsgesetz. Verfügbar unter:

[https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwii9vrz-8XfAhULEYwKHXPrcDKQFjACegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.zg.ch%2Fbehoerden%2Fgesundheitsdirektion%2Fdirektionssekretariat%2Fneues\\_gesundheitsgesetz%2Fdownloads%2F13-gesundheitsgesetz-vom-30.10.2008-gesg-bgs-821.1%2Fdownload&usg=AOvVaw2uLO9bTdScqOA5Zft6FWIU](https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwii9vrz-8XfAhULEYwKHXPrcDKQFjACegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.zg.ch%2Fbehoerden%2Fgesundheitsdirektion%2Fdirektionssekretariat%2Fneues_gesundheitsgesetz%2Fdownloads%2F13-gesundheitsgesetz-vom-30.10.2008-gesg-bgs-821.1%2Fdownload&usg=AOvVaw2uLO9bTdScqOA5Zft6FWIU) (27.11.2018)

Kanton Zürich: Gesundheitsgesetz. Verfügbar unter:

[http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex\\_r.nsf/0/F9850B7EB3CA2B46C12577E1003B0567/\\$file/810.1\\_2.4.07\\_71.pdf](http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/F9850B7EB3CA2B46C12577E1003B0567/$file/810.1_2.4.07_71.pdf) (27.11.2018)

Köbernik, Gunnar: Seminar Fabrikplanung, Salzburg 2014, S.89

Loi sur la santé. Verfügbar unter:

[https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante/Professionnels/Autorisations\\_de\\_pratique\\_r/LSP.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/Autorisations_de_pratique_r/LSP.pdf) (27.11.2018)

Losinger-Marazzi: Gesundheitswesen. Verfügbar unter: [https://www.losinger-](https://www.losinger-marazzi.ch/media/filer_public/01/31/01310e4e-3885-4f37-88ad-ca19a6629b06/gesundheitsbroschure_de_2016.pdf)

[marazzi.ch/media/filer\\_public/01/31/01310e4e-3885-4f37-88ad-ca19a6629b06/gesundheitsbroschure\\_de\\_2016.pdf](https://www.losinger-marazzi.ch/media/filer_public/01/31/01310e4e-3885-4f37-88ad-ca19a6629b06/gesundheitsbroschure_de_2016.pdf) (4.8.2018)

Medbase: Über Medbase. Verfügbar unter: <https://www.medbase.ch/ueber-medbase/> (6.8.2018)

Medbase Bern Bahnhof. Verfügbar unter: <https://www.medbase.ch/ueber-medbase/news-und-events/detail/news/medbase-bern-bahnhof-wir-ziehen-um/> (4.8.2018)

Medinside (7.6.2018): „Hirslanden: So schnell verpuffen 800 Millionen Franken“. Verfügbar unter:

<https://www.medinside.ch/de/post/hirslanden-so-schnell-verpuffen-800-millionen-franken> (5.8.2018)

MedicoPlus: Leitbild. Verfügbar unter: <http://www.medicoplus.ch/medicoplus/leitbild> (5.8.2018)

Purkhardt, Raphael: Standortfaktoren und Standortwahl in der Automobilindustrie, 2015. Verfügbar

unter: [https://monami.hs-mittweida.de%2Ffiles%2F8141%2FDiplomarbeit\\_Purkhardt.pdf](https://monami.hs-mittweida.de%2Ffiles%2F8141%2FDiplomarbeit_Purkhardt.pdf) (28.11.2018)

R+B engineering ag: Um- und Neubau Kantonsspital Uri. Verfügbar unter:

<http://www.rbeag.com/news-artikel/2016/11/120/Um--und-Neubau-Kantonsspital-Uri> (4.8.2018)

Rauscher, O.: Social Return On Investment (SROI)-Analse. Eine umfassende Möglichkeit der Projektbewertung oder der Wunsch nach der Super-Kennzahl?! Verfügbar unter:

<https://tuwel.tuwien.ac.at/mod/folder/view.php?id=506629> (27.11.2018)

Sax, A: Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz, 2015, S.2. Verfügbar unter:

[https://www.annasax.ch/attachments/article/5/Gesundheitssystem\\_2015.pdf](https://www.annasax.ch/attachments/article/5/Gesundheitssystem_2015.pdf) (27.11.2018)

Schwyzer Kantonalbank: Zahlenspiegel 2017. Verfügbar unter:

[https://www.sz.ch/public/upload/assets/31145/Zahlenspiegel\\_17\\_web.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/31145/Zahlenspiegel_17_web.pdf) (27.11.2018)

Spitalgesetz. Verfügbar unter: [https://www.sz.ch/public/upload/assets/5652/574\\_110.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/5652/574_110.pdf) (4.8.2018)

Steiner AG: Projekte. Verfügbar unter: <https://www.steiner.ch/projekte.html> (4.8.2018)

Strehle, Oliver; Weber, Andreas: Die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz. Verfügbar unter:

<https://www.medsolution.ch/PDF/Die%20Weiterentwicklung%20von%20Managed%20Care%20%20in%20der%20Schweiz.pdf> (4.8.2018)

SRF: Standortfaktoren der Unternehmen. Verfügbar unter:

[file:///C:/Users/balaz/Desktop/3\\_2\\_Standortfaktoren.pdf](file:///C:/Users/balaz/Desktop/3_2_Standortfaktoren.pdf) (27.11.2018)

Swica Versicherungen AG: Die SWICA Gesundheitsorganisation. Verfügbar unter:

<https://www.swica.ch/de-ch/uber-swica/uber-swica> (5.8.2018)

Tagblatt: Von Swica zu Santémed. Verfügbar unter:

<https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/appenzellerland/von-swica-zu-santemed-Id.416212> (5.8.2018)

Swiss-architects: Neubau MedicoPlus. Verfügbar unter: <https://www.swiss-architects.com/fr/bellorini-architekten-ag-bern/project/neubau-medico-plus> (5.8.2018)

Universität Kassel: Porters Clusteransatz. Verfügbar unter: [https://www.uni-](https://www.uni-kassel.de/fb07/fileadmin/datas/fb07/5-)

[kassel.de/fb07/fileadmin/datas/fb07/5-](https://www.uni-kassel.de/fb07/fileadmin/datas/fb07/5-)

[Institute/IVWL/Kosfeld/lehre/regional/PortersClusteransatz.pdf](https://www.uni-kassel.de/fb07/fileadmin/datas/fb07/5-Institute/IVWL/Kosfeld/lehre/regional/PortersClusteransatz.pdf) (28.11.2018)

VCÖ: PKW Stellplatzverpflichtung verteuert das Wohnen. Verfügbar unter:

<https://www.vcoe.at/presse/presseaussendungen/detail/vcoe-pkw-stellplatzverpflichtung-verteuert-das-wohnen> (27.11.2018)

Vollzugsverordnung zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Verfügbar unter:

[https://www.sz.ch/public/upload/assets/6659/572\\_211.pdf](https://www.sz.ch/public/upload/assets/6659/572_211.pdf) (4.8.2018)

Zottler, Nicole Melanie: Österreich und Schweiz: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Gesundheitssysteme, 2017.



## Anhang

Tabelle 1: Grundwerte der Nutzenfaktoren ohne "ÖV-Anschluss"

	Einzugsgebiet			Suffizienz	Konkurrenz	Parkplatz-situation	Anteil der über 65-Jährigen	Zentralität
	<10 Minuten	11-20 Minuten	21-30 Minuten					
Freienbach	58343	114195	336040	14	565	direkt	19%	Nebenort, Ortszentrum, belebt
Küssnacht Sieg	33314	107206	277217	5	776	110m	23%	Hauptort, Ortszentrum, belebt
Schwyz	21891	25087	95265	8	223	250m	34%	Hauptort, Ortszentrum, belebt
Pfäffikon	31593	174526	342847	13	523	nicht vorhanden	20%	Hauptort, Ortsrand, unbelebt
Siebnen	36788	146729	310933	16	424	direkt	19%	Nebenort, Ortszentrum, belebt
Küssnacht Zent	25524	107206	269426	5	776	direkt	18%	Hauptort, Ortszentrum, unbelebt
Arth	15482	57242	250579	5	675	direkt	26%	Nebenort, Ortszentrum, belebt
Ingenbohl	28089	30097	111685	6	357	direkt	37%	Nebenort, Ortsrand, unbelebt
Lachen	28671	131093	188831	11	447	240m	20%	Hauptort, Ortszentrum, belebt

Tabelle 2: Grundwerte des Nutzenfaktors "ÖV-Anschluss"

	Entfernung zur nächstgelegenen ÖV-Station	Intervall Bus	Entfernung zur nächstgelegenen Bahnstation	Intervall Bahn
Freienbach	direkt	30 min	350-450m	je 30 Minuten
Küssnacht	240m	20 min	800m	30 Minuten
Küssnacht 2	100m	20 min	600m	30 Minuten
Schwyz	180m	15 Minuten	2100m	30 Minuten
Pfäffikon	290m	15-30 min	1200m	7 Minuten
Siebnen	100m	30 Minuten	1000m	15 Minuten
Arth	direkt	15 Minuten	2500m	10 Minuten
Ingenbohl	170m	15 Minuten	400m	20 Minuten
Lachen	180m	15-30 Min	270m	15 Minuten