Universität Zürich[UZH]

Abschlussarbeit

zur Erlangung des

Master of Advanced Studies in Real Estate

Ambulant vor stationär im Spital

Leistungserbringung von ambulanter Chirurgie in Spitalimmobilien,

ein Standortanalyseverfahren

Verfasser: Nette

Marcel

Eingereicht bei: Patrick Schwendener

Director, Leiter Deals Gesundheitswesen, PwC Switzerland

Abgabedatum: 15.09.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV

Abbildungsverzeichnis V

Tabellenverzeichnis VI

Executive Summary VII

1. Einleitung 1

1.1 Ausgangslage 1

1.2 Problem- und Fragestellung 1

1.3 Zielsetzung 2

1.4 Abgrenzung des Themas 3

1.5 Methodisches Vorgehen 3

2. Theoretische Grundlagen 4

2.1 Krankheits- und Gesundheitsmarkt (Gesundheitssystem) Schweiz 4

2.1.1 Zuständigkeit und Rollenverteilung (Bund und Kantone) 4

2.1.2 Kosten des Gesundheitssystems 6

2.2 Spitallandschaft Schweiz 11

2.2.1 Spitaltypologien 13

2.2.2 Versorgungsdichte der Spitäler 14

2.2.3 Akutspitäler 15

2.3 Spitalfinanzierung und Vergütungssysteme im Spital 16

2.3.1 SwissDRG 17

2.3.2 TARMED 19

2.4 Ambulant vor stationär 20

2.4.1 Aktueller Stand 21

2.4.2 Liste ambulanter Untersuchungen und Behandlungen in Spitälern 23

3. Empirische Analyse 23

3.1 Forschungsdesign 23

3.2 Definition und Beschreibung des Standortanalyseverfahrens 24

3.2.1 Wahl der Standortfaktoren ... 25
3.2.2 Standortfaktoren messen ... 25
3.3 Definition der Kriteriengruppen ... 26
3.3.1 Makroanalyse ... 26
3.3.2 Mesoanalyse ... 27
3.3.3 Mikroanalyse ... 28
3.4 Aufbau eines Bewertungsmodells ... 29
3.4.1 Bewertungsskalen ... 29
3.4.2 Relevanz und Gewichtung der Standortfaktoren ... 30
3.4.3 Zielerreichung ... 32
3.5 Relevante Standortfaktoren, Beschreibung und Datenauswertung ... 32
3.5.1 Makroanalyse ... 33
3.5.2 Mesoanlayse ... 40
3.5.3 Mikroanalyse ... 46
4. Standortanalyse an zwei Praxisbeispielen ... 53
4.1 Spital Zofingen AG ... 53
4.2 Bethesda Spital AG ... 55
5. Schlussbetrachtung ... 57
5.1 Fazit und Diskussion ... 57
5.2 Ausblick ... 59
Literaturverzeichnis ... 61
Anhang ... 68

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
ARE	Bundesamt für Raumentwicklung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
CMI	Case Mix Index
EW	Einwohner
HAFAS	HaCon Fahrplan-Auskunfts-System (Software)
IMBAS	Immobilien Bewertungs- und Analysesystem
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MIV	Motorisierter Individualverkehr
NNI	Net national income, Nettonationaleinkommen
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for economic co-operation and development
ÖV	Öffentlicher Verkehr
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OPS	Operationssaal
REKOLE	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
TARMED	tarif médical, Tarif für ambulante ärztliche Leistungen
SGGP	Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups, diagnosebezogenes Fallpauschalen-System
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Gesundheitskosten am BIP zu BIP pro Kopf 7
Abbildung 2: Kosten des Gesundheitswesens 8
Abbildung 3: Anteil der OKP-Kosten am BIP zu BIP pro Kopf..... 8
Abbildung 4: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen..... 9
Abbildung 5: Gesamtkosten und Erlöse Spitäler Schweiz 11
Abbildung 6: Entwicklung Anzahl Spitalbetten und Betriebe Schweiz..... 12
Abbildung 7: Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung..... 17
Abbildung 8: Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern 2007 21
Abbildung 9: Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht, 2017 34
Abbildung 10: Einwohnerzahl und Bettenkapazität in Akutspitälern (exkl. Basel-Stadt) 36
Abbildung 11: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu BIP pro Kopf 37
Abbildung 12: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu Sterbeziffer pro 1‘000 EW 38
Abbildung 13: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu Personenwagen pro 1‘000 EW 39
Abbildung 14: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu CMI..... 44
Abbildung 15: Patientenzufriedenheit zu Case Mix Index..... 46
Abbildung 16: ANK pro OPS zu Kostenanteil ambulante Chirurgie..... 51
Abbildung 17: Situationsplan und Luftbild Spital Zofingen AG 53
Abbildung 18: Situationsplan und Luftbild Bethesda Spital AG 55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung Spitallandschaft Schweiz 12
Tabelle 2: Spitaltypologien..... 13
Tabelle 3: Entwicklung der Bettenkapazität in Spitälern 14
Tabelle 4: Betten- und OPS-Kapazität der Akutspitäler (exkl. Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie) der sieben Grossregionen..... 14
Tabelle 5: Verteilung und Infrastruktur Akutspitäler Schweiz 15
Tabelle 6: Tarifstruktur für stationäre Spitalleistungen..... 18
Tabelle 7: Tarifstruktur für ambulante Leistungen..... 19
Tabelle 8: Umskalierung gemessener Ausprägungen 30
Tabelle 9: Aufbau Modell und Kriteriengewichtung 31
Tabelle 10: Ermittlung der ANK nach VKL 49
Tabelle 11: Auswertung Spital Zofingen AG (vgl. Anhang 17) 54
Tabelle 12: Auswertung Bethesda Spital AG (vgl. Anhang 18) 56

Executive Summary

Nach der Revision zur Spitalfinanzierung im Jahr 2012 folgte wenig später die Proklamation der Devise «ambulant vor stationär». Diese Massnahmen haben den Druck auf die Spitäler in den letzten 8 Jahren stark erhöht und nicht alle Spitäler werden ihr bisheriges Geschäftsmodell unverändert fortführen können. Doch muss nicht immer die Spitalschliessung drohen. Vielmehr gilt es die vorhandene grosse Spitaldichte als Anlass zu nehmen und mögliches und zukunftsträchtiges Potential sichtbar zu machen. Dabei wird mit dieser Arbeit der Bereich der ambulanten Chirurgie und die dazugehörige Infrastruktur in den Fokus der Betrachtung gerückt.

Dazu werden eingehend der Gesundheitsmarkt, deren Akteure und die verursachten Kosten beleuchtet. Im Weiteren wird die Schweizer Spitallandschaft und die vorhandenen Spitaltypen erläutert sowie die verschiedenen Vergütungssysteme vorgestellt.

Mittels einem Standortanalyseverfahren werden entscheidende Standortfaktoren bzw. Kriterien mit dem Fokus Ambulantisierung herausgearbeitet, deren Bedeutsamkeit plausibilisiert und in einem Bewertungsmodell zusammengefasst. Auf den differenten Betrachtungsebenen, wie Makro-, Meso- und Mikroebene, werden unterschiedliche Stichproben (Kantone, Akutspitäler) erstellt und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die dabei verwendeten qualitativen Daten stammen von statistischen Ämtern und Gesundheitsdirektionen.

Die Verfahrensergebnisse können Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Spitalwesen als Erstbeurteilung bei strategischen Standortfragen dienen. Dabei zeigen die verschiedenen Kriterien die vorhandenen Stärken und Schwächen eines Standortes in Relation zur Stichprobe. Mittels fachgerechter Ergebnisinterpretation können daraus zielgerichtete Handlungen abgeleitet werden.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

In seiner gesundheitspolitischen Strategie 2020-2030 hält der Bundesrat folgendes fest: «Die Gesundheitskosten steigen seit vielen Jahren an. 2017 betrug der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt 12,3% und war damit der höchste Wert in Europa» (BAG, 2019, S. 5).

In der politischen und öffentlichen Diskussion werden, je nach Blickwinkel, die Leistungserbringer, die Pharmaindustrie, die Medizintechnikindustrie oder die Versicherungen als verantwortliche Kostentreiber heraufbeschworen. Besonders stark in den Fokus gerückt sind dabei die Kosten der Spitäler. Ihnen wird ein grosser Beitrag zum Kostenwachstum der vergangenen Jahrzehnte bescheinigt.

Basierend auf dem medizinischen Fortschritt in Punkto Behandlungsmöglichkeiten und Medizintechnik können heute viele Operationen im ambulanten Setting durchgeführt werden. Ein stationärer Spitalaufenthalt mit Übernachtung ist somit oftmals nicht mehr notwendig. Doch ist dieser Trend nicht nur medizinisch indiziert und politisch gewollt, er entspricht ebenso einem veränderten Nachfrageverhalten, im Fachterminus dem Patientenbedürfnis. Flexible, wohnortnahe und niederschwelliger Versorgung ist das Credo. Einfache und routinemässige Untersuchungen und Eingriffe sollen leicht zugänglich und geografisch lokal in Anspruch genommen werden können. Demzufolge wird der stationären Spitalbehandlung mittels Verlagerung in den ambulanten Sektor ein grosses Optimierungs- und Kostensparpotential zugesprochen. Auf Grundlage dessen hat der Bund für die Spitäler den Slogan «ambulant vor stationär» ausgerufen und fordert die Leistungserbringer auf, medizinische Eingriffe verstärkt ambulant durchzuführen.

1.2 Problem- und Fragestellung

Der geforderte Paradigmenwechsel bei der Behandlung einfacher chirurgischer Eingriffe stellt die Spitäler vor eine hohe Herausforderung. Im Schweizer Gesundheitswesen werden ambulante und stationäre Leistungen mittels unterschiedlicher Tarife vergütet. Im Fall der Spitäler bedeutet dies, dass sie die ambulanten Eingriffe mit geringerer Leistungsvergütung in ihren hochtechnisierten Infrastrukturen und Betriebsabläufen durchführen müssen. Dies führt zu verschiedenen Interessenkonflikten seitens der Leistungserbringer wie auch der Leistungsträger. Allerdings herrscht weitestgehend Konsens darüber, dass die ambulanten Tarife für einen Grossteil der heute von den Spitälern erbrachten ambulanten Leistungen ungenügend sind und keine vollständige

Kostendeckung erfolgt. Dadurch findet vielerorts eine Quersubventionierung über Einnahmen aus dem stationären Sektor statt. Die Politik prüft deshalb neue Tarif- und Finanzierungssysteme.

Dennoch öffnet sich zunehmend die Schere zwischen der regulatorisch immer stärker geforderten hochspezialisierten Medizin und den chirurgischen Routineeingriffen. Den kapitalintensiven und hochtechnisierten OPS-Infrastrukturen steht die fehlende Notwendigkeit derer bei ambulant durchzuführenden Eingriffen gegenüber. Ein einfacher Vergleich verdeutlicht die Herausforderung. Es sollte ein Konsens darüber bestehen, dass in einer Formel 1 Werkstatt inklusive spezialisiertem Montageteam ein einfacher Räderwechsel am Familienauto nicht wirtschaftlich durchgeführt werden kann.

Daher sehen sich die Spitäler gezwungen, trotz der aktuell ungenügenden Finanzierung sowie Unsicherheit bezüglich der Weiterentwicklung der Finanzierungs- und Tarifsysteme, verstärkt in ambulante Infrastrukturen zu investieren. Vor allem um die ambulanten Eingriffe nicht an andere Leistungserbringer zu verlieren. Auch scheint dies im Hinblick auf eine qualitativ hochstehende Medizin nachvollziehbar. Dazu werden Kooperationen, Netzwerke und Umstrukturierungen bestehender Infrastrukturen von Nöten sein. Eine Trennung von *leichter* ambulanter Chirurgie und hochspezialisierter Medizin ist das Gebot der Stunde. Spitäler mit geringer Spezialisierung und Bettenkapazität kommen dabei in Bedrängnis, es droht der Verlust von Leistungsaufträgen oder gar Spitalschliessungen. Dies bringt allerdings auch Chancen und Möglichkeiten für einen Wandel der betroffenen Spitäler mit sich und eröffnet folgende Fragen:

1. In welchen Infrastrukturen und Standorten, basierend auf der heutigen Spitallandschaft, kann zukünftig die ambulante chirurgische Leistungserbringung erfolgen?
2. Welche relevanten Einfluss- und Standortfaktoren lassen sich dabei herauskristallisieren und können stichhaltig die Standortwahl bzw. eine Bewertung beeinflussen?
3. Lassen sich die Standortfaktoren zu einem quantitativen und aussagekräftigen Entscheidungsmodell für Entscheidungsträger im Spitalmanagement zusammenführen?

1.3 Zielsetzung

An diesem Punkt setzt diese Arbeit an. Mit der vorliegenden Masterthesis sollen die entscheidenden Parameter und Faktoren bestimmt, analysiert, vergleichen und

gegenseitig gewichtet werden, welche direkten Einfluss auf die Standortwahl in Bezug auf eine chirurgisch ambulante Leistungserbringung besitzen. Ziel ist es, ein Tool aufzubauen, welches es den Entscheidungsträgern im Spitalumfeld ermöglicht, primär eine erste Abschätzung des jetzigen und allenfalls sogar eines künftigen Standortes zur ambulanten Leistungserbringung vollziehen zu können. Dabei wird der Fokus auf die aktuell vorhandenen Spitalstrukturen und Standorte gelegt, welche z. B. im Zuge einer Neustrukturierung hohes Potential aufweisen. Mittels eines Standortanalyseverfahren in einem quantitativen Bewertungsmodell wird eine Standortbeurteilung der Spitäler erstellt. Diese soll das vorhandene Potential im Zuge der voranschreitenden Ambulantisierung sichtbar machen. Vergleiche zu konkurrierenden Spitälern oder Strategie- und Standortentscheide innerhalb einer Klinikgruppe sind möglich. Die Entscheidungsträger im Spitalmanagement können somit bei Standortbeurteilungen unterstützt bzw. strategische Entscheidungen zum Thema Ambulantisierung fundiert untermauert werden.

1.4 Abgrenzung des Themas

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Standortbeurteilung der Spitalinfrastrukturen zur ambulanten chirurgischen Leistungserbringung. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Akutspitäler gelegt. Weitere Kliniktypologien wie Psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, Spezialkliniken für Pädiatrie oder Geriatrie sowie Alters- und Pflegeheime unterliegen ebenfalls entscheidungsrelevanten Standortkriterien, grenzen sich aber durch fehlende chirurgische Eingriffe und die dazugehörige Infrastruktur ab.

Die Gesundheitsversorgung durch entsprechende Institutionen ist im Regelfall immer durch ein Einzugsgebiet der Patienten bestimmt, welches nicht zwingend Halt vor Kantonsgrenzen macht. Da nicht alle Regionen der Schweiz im Rahmen dieser Masterthesis vertieft beleuchtet werden können, wurde die Betrachtung exemplarisch auf die Grossregionen Nordwestschweiz (Kanton Aargau, Basel-Landschaft und Basel-Stadt) und Zürich begrenzt. Grundsätzliche Finanzierungsthemen und Anpassungen an den Tarifstrukturen werden einleitend erläutert, aber im Standortanalyseverfahren nicht weiter berücksichtigt.

1.5 Methodisches Vorgehen

Im zweiten Kapitel werden die theoretischen Grundlagen und Einflussfaktoren auf die Problemstellung dargestellt und erläutert. Dabei wird das Thema in seinen unterschiedlichen Wirkungsebenen (politische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen) eingeordnet und das Credo «ambulant vor stationär» näher

beleuchtet. Die Datenbeschaffung erfolgt vornehmlich mittels Desk-Research. Dazu werden Fachliteratur, Studien und Marktberichte, Strukturanalysen sowie Gesetze und Verordnungen konsultiert.

Der dritte Teil widmet sich dem Aufbau eines Standortbeurteilungsmodells. Die entscheidenden Betrachtungsebenen, Kriteriengruppen und Standortfaktoren werden beschrieben und deren Einfluss im Modell gewichtet. Dabei wird vornehmlich auf statistische Sekundärdaten des Bundes und der Kantone zurückgegriffen. Anschliessend wird die Standortanalyse exemplarisch für zwei Spitalstandorte durchgeführt und die Ergebnisse interpretiert.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Krankheits- und Gesundheitsmarkt (Gesundheitssystem) Schweiz

Zur Einordnung der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Schweizer Gesundheitssystem muss das Gesamtsystem, die Beteiligten und deren Rollenverteilung skizziert und aufgezeigt werden.

Die oft verwendeten Begriffe Gesundheitssystem und Gesundheitswesen sind in ihrer Bedeutung gleichzusetzen. Sie umfassen neben den bekannten Dienstleistungserbringern (Spitäler und Arztpraxen), die Pflegeheime, den Gesundheitsdetailhandel, die öffentliche Verwaltung und die Gesundheitsadministration inklusive der Krankenversicherungen und Teile der Sozialversicherungen (Morger, Künzi, & Föllmi, 2017, S. IV).

2.1.1 Zuständigkeit und Rollenverteilung (Bund und Kantone)

In der Schweiz ist die Politik vom Föderalismus geprägt, begleitet von Stärken und Schwächen dieses Systems. Die Gesundheitspolitik bildet diesbezüglich keine Ausnahme. Regionalspezifischer Bedürfnisberücksichtigung und innovativer Projekttätigkeit im kantonalen Rahmen, stehen durch Kleinräumigkeit hervorgerufene Ineffizienzen und eine mangelnde Steuerbarkeit des Gesamtsystems gegenüber.

Im Schweizer Gesundheitssystem nehmen der Bund sowie die Kantone zentrale Aufgaben wahr. Dabei übt der Bund lediglich die Aufgaben aus, die ihm gemäss der Verfassungsordung (Art. 3 BV) explizit übertragen wurden. Auch wenn die gesundheitspolitischen Zuständigkeiten des Bundes in den vergangenen 30 Jahren ausgebaut wurden, besitzt dieser bis heute nur eingeschränkte Kompetenzen und Steuerungsmöglichkeiten. Der Subsidiarität folgend sind dem Bund dabei folgende Verantwortlichkeiten zugeordnet (Hill & SGGP, 2015, S. 10):

- «Prävention und Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsrisiken
- Regulierung der Reproduktions- und Transplantationsmedizin, der medizinischen Forschung und der Gentechnologie
- Regulierung der akademischen Ausbildung von Ärzten und Apothekern sowie der Aus- und Weiterbildung aller nicht universitären Gesundheitsberufe
- Regulierung und Aufsicht der Sozialversicherungen (Krankenversicherung, Unfallversicherung usw.) und der Zusatzversicherungen
- Stärkung der medizinischen Grundversorgung (in Zusammenarbeit mit den Kantonen)»

Die Kantone sind mit Aufgaben auf zwei Ebenen betraut. Einerseits wirken sie aktiv an der Gesundheitspolitik des Bundes mit, zum anderen gestalten sie die kantonale Gesundheitspolitik sowie Gesetzgebung und setzen diese um. Dies umfasst im Wesentlichen (Hill & SGGP, 2015, S. 10-11):

- «Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Spitäler und Pflegeheime (inkl. Bau und Betrieb), Pflege zu Hause, psychiatrische Dienste, Notfallversorgung und Rettungswesen etc.
- Zulassung und Aufsicht ambulanter Leistungserbringer
- Gesundheitspolizeiliche Aufgaben (Hygiene, Impfungen)
- Regelung der Abgabe von Heilmitteln
- Trägerschaft der Bildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich
- Prävention
- Patientenrechte»

Anhand der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen lassen sich erste Problemstellungen erkennen. Hervorgehoben sei hier die Koordination im Rahmen der Planung zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung.
Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) aus dem Jahr 2012 hat eine grosse Veränderung hervorgebracht. Waren bis dato die Spitäler des Heimkantons die erste Anlaufstelle für eine versicherte Person, besteht seither die freie Spitalwahl innerhalb der Schweiz. Ausgehend von dadurch hervorgerufenen veränderten Patientenströmen, sollte der bundesweit koordinierten Spitalplanung eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommen.
Bezüglich der Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung, dies «umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der

Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone», macht die KVV in Art. 58a entsprechende Vorgaben. Zu der geforderten interkantonalen Koordination und Planung enthält die KVV in Art. 58d ebenfalls zwei Verpflichtungen. Zum einen ist der Informationsaustausch (Patientenströme) zwischen den Kantonen sicherzustellen und zum anderen sind die entsprechenden kantonalen Planungsmassnahmen zu koordinieren. Zur Sicherstellung und Überwachung der Verpflichtungen nimmt der Bund jedoch keine aktive Rolle ein. «Die bisherigen Erfahrungen aus der kantonalen Spitalplanung zeigen zudem, dass die Kantone, trotz gesetzlicher Aufforderung zur interkantonalen Koordination, sich nur äusserst zögerlich dazu aufraffen» (Helsana-Gruppe, 2020, S. 86). Dieser Missstand ist zwischenzeitlich adressiert und in seiner Vision *Gesundheit2030* hält der Bundesrat dazu fest: «Ineffiziente Infrastrukturen wie etwa die interkantonal/regional zu wenig koordinierte Spitalplanung führen ebenfalls zu einer Über- oder Fehlversorgung» (BAG, 2019, S. 22). Über konkret noch zu entwickelnde Massnahmen und Anreize soll in Zukunft die Koordination unter den Leistungserbringern verbessert werden. Im Umkehrschluss besteht auch hier das Risiko, dass staatliche Eingriffe zur Versorgungssteuerung die Bedürfnisse der Patienten nicht richtig abbilden und daher ebenfalls Ineffizienzen entstehen können.

Auch innerhalb der Kantone selbst kommt es zu hinderlichen Strukturen und unvorteilhaften Rollenverteilungen. Die kantonale Hoheit über das Gesundheitswesen könnte grundsätzlich eine gute Voraussetzung für einen gesunden interkantonalen Wettbewerb zum Wohle von uns allen bilden. Stark beeinflusst wird dieser Wettbewerb jedoch durch die Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitsmarkt. Die Kantone planen die Versorgung und entscheiden über die Zulassung von Leistungserbringern (im Fall der Spitäler über Leistungsaufträge). Zusätzlich fungieren sie als Tarifgenehmigungs- und Gesundheitspolizei-Behörde. Dazu treten die Kantone zum Teil noch als Spitaleigentümer und/oder -betreiber auf und stehen somit in Konkurrenz zu privaten Anbietern auf dem Markt, den sie selber regulieren. «Die Rolle der Kantone als Spieler und Schiedsrichter zugleich macht deutlich, dass dieser Konflikt das grösste Hindernis auf dem Weg zu mehr Qualität und mehr Kosteneffizienz im Gesundheitswesen ist» (Hill & SGGP, 2015, S. 74).

2.1.2 Kosten des Gesundheitssystems

Kontext International

Die Schweizer Gesundheitsversorgung steht im Wechselspiel zwischen Patientenzentrierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die mittlere Lebenserwartung als Gradmesser für die medizinische Versorgungsqualität nehmend, belegt die Schweiz, bzw.

deren Einwohner, gemäss aktuellen OECD Daten (2019) mit einer Lebenserwartung von 81.9 Jahren den Spitzplatz. Einen weiteren Spitzenplatz (hinter den USA) belegt die Schweiz bei den Gesundheitsausgaben (Gesamtkosten für das Gesundheitssystem) als Anteil zum Bruttoinlandsprodukt (BIP). Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit scheinen somit die grösseren Herausforderungen für die Zukunft.

Seit Jahrzehnten steigen die Gesundheitskosten nicht nur in Summe, sondern vor allem in Relation zur Gesamtwirtschaftsleistung der Schweiz. An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass hohe Ausgaben und Investitionen im Gesundheitssektor pauschal nicht als nachteilig bzw. ineffizient zu deklarieren sind, vielmehr sind diese als Zeichen für gesellschaftlichen Wohlstand zu werten (Schmid, 2019). Gesundheit ist ein hohes Gut. Abbildung 1 zeigt auf, wie im internationalen Vergleich die Nachfrage nach diesem hohen Gut (als Ausdruck des Anteils der Gesundheitskosten am BIP) mit dem BIP pro Kopf steigt. Dabei zeigt der Korrelationskoeffizient von r = 0.321 einen geringen Effekt zwischen beiden Variablen, bei einem Signifikanzniveau von 0.05. Die Schweiz mit einem der höchsten BIP pro Kopf in der dargestellten Vergleichsgruppe leistet sich ein vergleichsweise teures Gesundheitssystem.

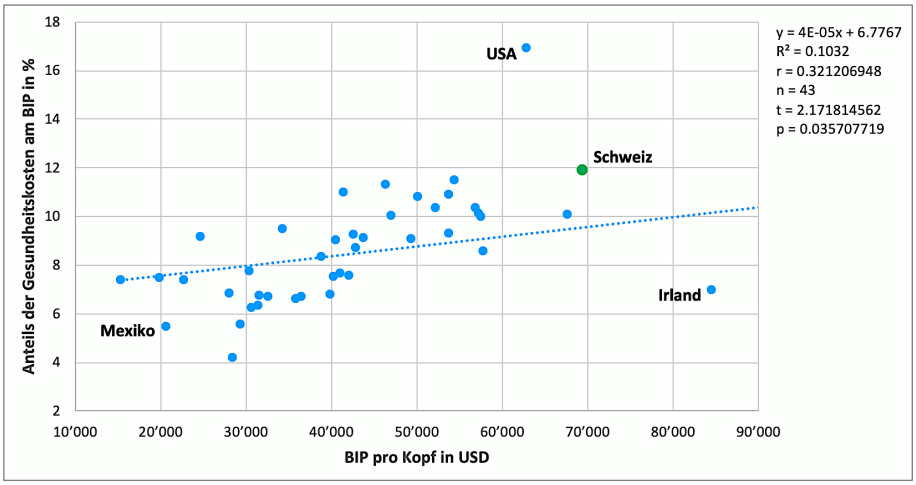


Abbildung 1: Anteil der Gesundheitskosten am BIP zu BIP pro Kopf (Daten: OECD, Health spending, 2018)

Kontext National

In einer sechzigjährigen Betrachtung ist der Anteil der Schweizer Gesundheitskosten am BIP von 4.6% (1960) auf 11.9% (2018) stark gewachsen, Abbildung 2 zeigt dies. Zwischen 1996, als das KVG in Kraft getreten ist, und 2017 stiegen die Bruttokosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von 12 auf 32 Mrd. Franken. Damit haben sie sich innert 20 Jahren fast verdreifacht. Die OKP musste folglich

jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich 4 Prozent mehr für die Vergütung von medizinischen Leistungen und Produkten ausgeben (Bunderat, 2019, S. S. 6072).

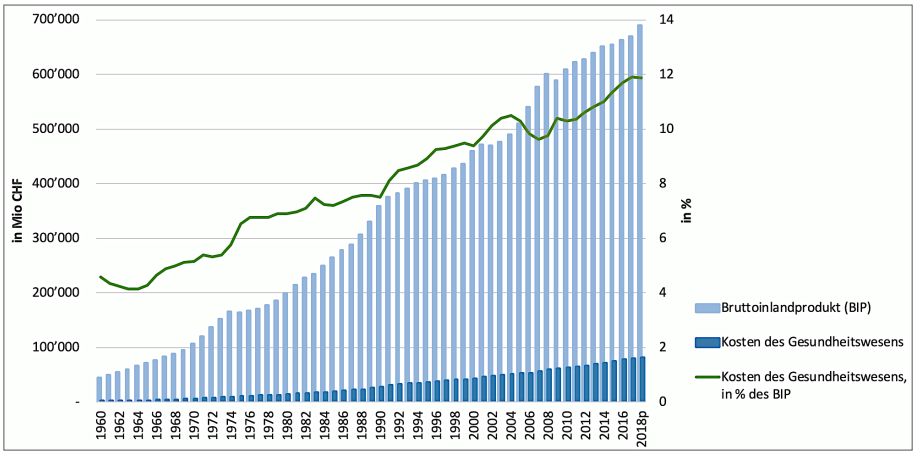


Abbildung 2: Kosten des Gesundheitswesens (Daten: BFS, 2020b)

Während im internationalen Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (einhergehend mit steigenden Kosten) mit einem steigenden BIP korreliert, so ist dies auf kantonaler Ebene nicht beobachtbar. Als Gradmesser für die kantonalen Gesundheitskosten können beispielhaft die vom BAG jährlich veröffentlichten OKP-Bruttoleistungen (BAG, 2017) herangezogen und mit dem kantonalen BIP ins Verhältnis gesetzt werden. Wie Abbildung 3 verdeutlicht, korreliert die Höhe des kantonalen BIP pro Kopf stark negativ mit den OKP-Kostenanteil am BIP. Für die Stichprobe aller 26 Kantone heisst dies, mit steigendem BIP pro Kopf reduziert sich der OKP-Kostenanteil. Dies spricht dafür, dass trotz erhöhtem kantonalem BIP pro Kopf keine steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erfolgt (vgl. Anhang 16). Im Umkehrschluss könnte man darin eine ungleiche finanzielle Belastung der kantonalen Bevölkerung in Punkto Gesundheitskosten interpretieren.

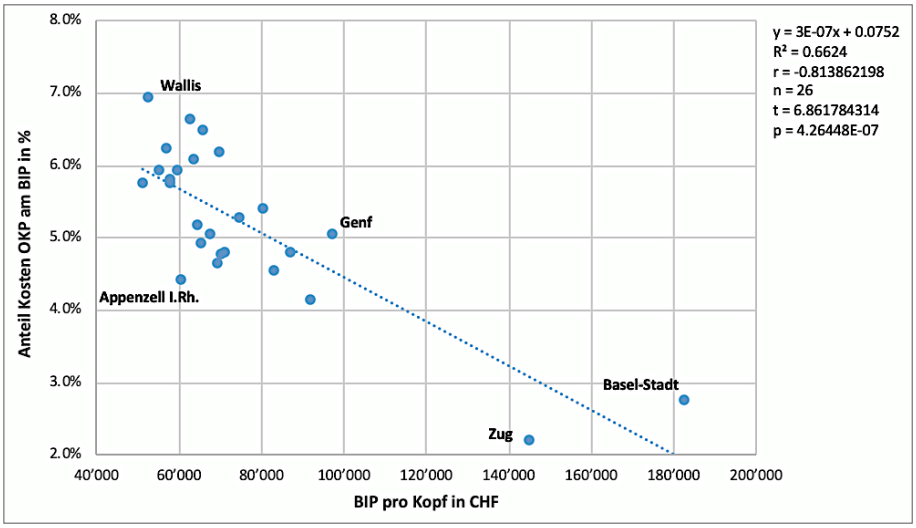


Abbildung 3: Anteil der OKP-Kosten am BIP zu BIP pro Kopf (Daten: BAG, 2017)

Der gesellschaftliche und politische Diskurs dreht sich im Kern um die Frage, wie ein ökonomisch effizienter Einsatz der finanziellen Mittel erfolgen muss, damit die in der Schweiz vorhandene hohe Versorgungsqualität auch in Zukunft gewährleistet und bezahlbar bleibt.

Kontext Gesundheitswesen

Die Kosten des Schweizer Gesundheitswesens lassen sich auf zwei Ebenen darstellen, zum einen ist eine Aufteilung nach der Art der erbrachten Leistungen möglich, zum anderen eine Kategorisierung nach den Erbringern der jeweiligen Leistungen.

Die in Abbildung 4 dargestellte Aufstellung nach erbrachten Leistungen verdeutlicht, dass der Kostenanteil für die stationäre Kurativbehandlung an den Gesamtkosten seit Jahren rückläufig ist. Bildete diese im Jahr 1995 einen Beitrag von 27% an den Kosten, so waren es 2018 noch 19%. Im gleichen Zeitraum ist der Kostenanteil für die ambulante Kurativbehandlung (Tagesklinik, Spitäler, Arztpraxen, Zahnarzt, Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, Geburtshilfe usw.) von 23.1% auf 26.5% gestiegen. Ebenfalls einen Zuwachs hat der Anteil der Langzeitpflege (häusliche Pflege und in Institutionen) erfahren. Der Kostenanteil ist über die Jahre von 17.9% auf 20% gewachsen und lässt sich vornehmlich über die alternde Schweizer Gesellschaft und dem erhöhten Bedarf an Langzeitpflege erklären. Den grössten Zuwachs gibt es im Bereich der unterstützenden Dienstleistungen, welche sich aus Laboranalysen, Transport und Rettung, radiologischen Leistungen sowie der Lehre und Forschung zusammensetzen. Die Kosten haben sich im betrachteten Zeitraum mehr als verfünffacht und der Kostenanteil stieg von 3.4% auf 7.9%. Dies deutet auf die zunehmende Spezialisierung und den kontinuierlich voranschreitenden Einsatz neuester Untersuchungstechniken hin.

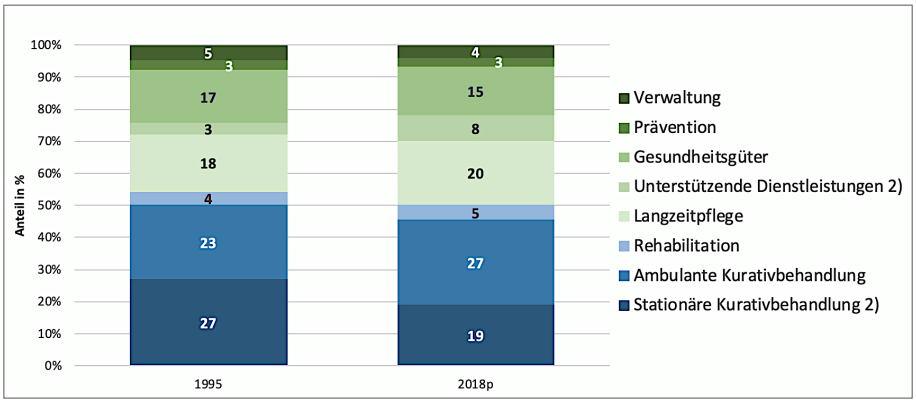


Abbildung 4: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen (Daten: BFS, 2020c)

Obgleich der Kostenanteil für stationäre und ambulante Kurativbehandlungen in der Summe sinkt, bleibt der Kostenanteil der Krankenhäuser (vgl. Anhang 12) als

Leistungserbringer über die Jahre relativ konstant und schwankt zwischen 36.7% (2013/2016) und 34.3% (1998). Die Kosten des Gesundheitswesens sind in dem betrachteten Zeitraum (1995 – 2018) von 36 Mio. auf 82 Mio. Franken gestiegen. Aufgrund des konstanten Anteils der Krankenhäuser an den Gesamtkosten ist deren Beitrag am Kostenwachstum als entsprechend hoch einzustufen. So bescheinigt das Bundesamt für Gesundheit in seinem Bericht „Gesundheit2020“ (BAG, 2013, S. 17-18) dem stationären (22%) und ambulanten (28%) Spitalbereich einen massgeblichen Beitrag zum Kostenwachstum zwischen 2001 und 2011.

Kontext Spital

Mit dem im Jahr 2012 in Kraft getretenen neuen Gesetz zur Spitalfinanzierung möchte der Bund die Spitäler in grösserer Konkurrenz zueinander setzen und dadurch ihre Effizienz steigern. Wie in Kapitel 2.1.1 erläutert, kommt aufgrund der Mehrfachrolle der Kantone diese Massnahme noch nicht vollends zur Geltung. Mittels der eingeführten kantonalen Spitallisten werden explizite Leistungsaufträge über medizinische Fachgebiete an die Spitäler vergeben. Abgerechnet und vergütet wird pro medizinischen Fall mittels Fallpauschalen nach SwissDRG (vgl. Kapitel 2.3.1). Dies gilt nur für den akutstationären Bereich. Darin nicht berücksichtigt sind neben einigen Pflegekonzepten, die ambulanten Behandlungen.

Durch den demografischen Wandel in Form einer alternden Gesellschaft, regulatorischen Eingriffen, die Zunahme ambulanter Chirurgie sowie die Wettbewerbssituation mit stationären Überkapazitäten, besteht in der Schweiz ein erheblicher Preis- und Margendruck bei den Leistungserbringern. Die Politik versucht den steigenden Gesundheitskosten und den damit einhergehenden höheren Krankenkassenprämien verstärkt mit staatlichen Regulierungen entgegenzuwirken. Dies manifestiert sich in der sinkenden Abgeltung von Leistungen in allen Leistungssegmenten und Teilmärkten. Die wichtigsten Neueinführungen in der jüngsten Vergangenheit sind:

- Das Tarifmodell SwissDRG (vgl. Kapitel 2.3.1) im Jahr 2012.
- Die Definition von Mindestfallzahlen als Kriterium bei der Vergabe von Leistungsaufträgen. Dabei werden in definierten Leistungsbereichen Mindestfallzahlen für bestimmte Operationen im Spital vorgeschrieben. In einigen Kantonen wird diskutiert, ob eine Mindestfallzahl auch pro Operateur gelten soll. Der Kanton Zürich hat dies für sechs Leistungsgruppen bereits eingeführt (2019).
- Die Liste ambulant durchzuführender Behandlungen (vgl. Kapitel 2.4.2).

Die Kosten innerhalb eines Spitals lassen sich wie in Abbildung 5 dargestellt, in Gesamtkosten für stationäre und ambulante Leistungen aufteilen.

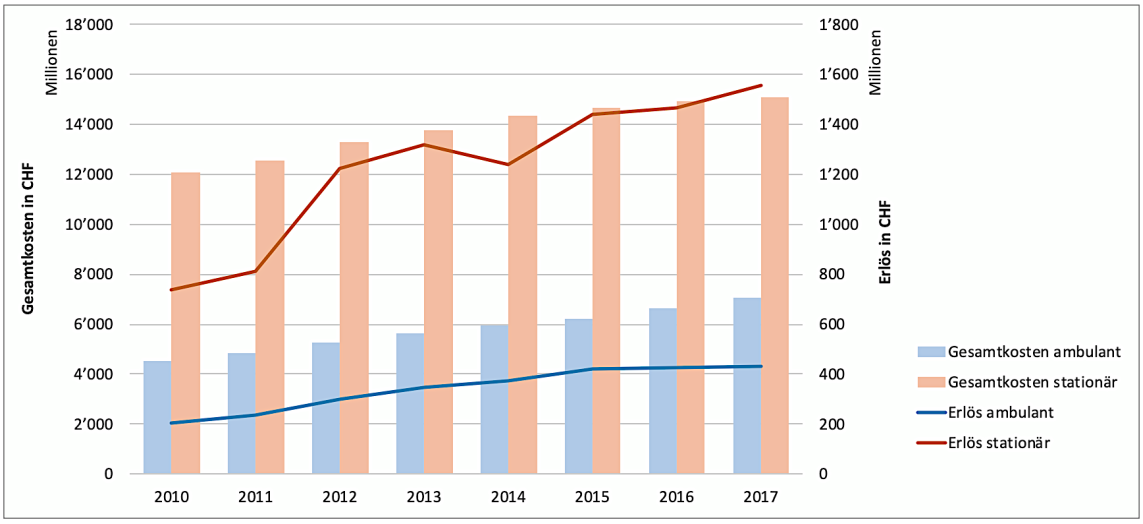


Abbildung 5: Gesamtkosten und Erlöse Spitäler Schweiz (Daten: BAG, 2018)

Im dargestellten Zeitraum sind die Kosten im stationären Bereich um 24% gestiegen, parallel dazu um 57% im ambulanten Bereich. Dies verdeutlicht die Herausforderung der Spitäler im aktuellen Umfeld und den Vergütungssystemen. Gemäss Daten der Website des «Verband Zürcher Krankenhäuser» ist eine Kostendeckung der Spitalleistungen mit den aktuellen Vergütungssystemen nicht gewährleistet. Vor allem im ambulanten Bereich sinkt die Kostendeckung seit einigen Jahren (2016: 85%, 2017: 84%, 2018: 79%). Während die Unterdeckung im stationären Bereich weitestgehend konstant verläuft (2016: 96%, 2017: 95%, 2018: 96%). Resultierend daraus erfolgt in vielen Fällen eine Quersubventionierung über die Mehreinnahmen durch zusatzversicherte Patienten. Marktverzerrung und steigende Preise für Zusatzversicherungen sind sichtbare Folgen.

2.2 Spitallandschaft Schweiz

Die Anzahl der Schweizer Krankenhäuser ist weiterhin rückläufig. Nach einer einsetzenden Boomphase Mitte der 1960er Jahre, folgte eine Redimensionierungsphase ab den 1980er Jahren, welche bis heute anhält. Seitdem ist die Anzahl der Spitäler pro 100'000 Einwohner von 7.7 auf 3.3 zurückgegangen (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2015, S. 6).

Wie in Tabelle 1 zusammengefasst, hat sich in einer kürzeren Betrachtung die Anzahl der Häuser zwischen 2006 und 2018 von 332 auf 281 um ca. 15% reduziert. Während die Spitäler in der Kategorie Zentrumsversorgung um 14 zunahmen, reduzierte sich die Anzahl der Spitäler der Grundversorgung um 53. Wobei davon auszugehen ist, dass es zum Teil auch zu Verschiebungen zwischen den Kategorien bzw. zu organisatorischen

Zusammenlegungen von Spitälern gekommen ist und einstige Grundversorger sich zu Zentrumsversorgern gewandelt haben.

	Allgemeinspitäler		**Spezialkliniken**		
	Zentrums-versorgung	Grundversorgung			
Jahr			Rehabilitations -kliniken	Psychiatrisch Kliniken	andere Spezial-kliniken
2006	30	111	51	65	75
2018	44	58	54	50	75
Entwicklung	**+ 14** **(+ 46%)**	**- 53** **(- 48%)**	**+ 3** **(+ 6%)**	**- 15** **(- 23%)**	**0**

Tabelle 1: Entwicklung Spitallandschaft Schweiz (Daten: BFS, 2019a)

Dabei variiert die Grösse der Spitäler untereinander sehr stark. Diese lässt sich vornehmlich an der Anzahl stationärer Betten pro Spital vergleichen. Wie in den „Kennzahlen der Schweizer Spitäler“ dokumentiert, bewegt sich die schweizweite Spanne der Bettenkapazität bei den Spitälern der Zentrums- und Grundversorgung zwischen 2 und 1‘040 Betten (BAG, 2018) pro Spital.

Der Trend beim Rückgang der Anzahl der Spitäler allein kann nicht als Indiz für den Strukturwandel im Gesundheitswesen herhalten. Denn diesem Rückgang kann die Reduktion der Gesamtheit der Spitalbetten nicht folgen. Vielmehr ist seit 2014 wieder ein leichter Anstieg der Bettenanzahl zu verzeichnen. Trotzdem darf durch die Reduktion und Konzentration der Spitalbetten auf gesamthaft weniger Häuser von einem Effizienz-gewinn ausgegangen werden.

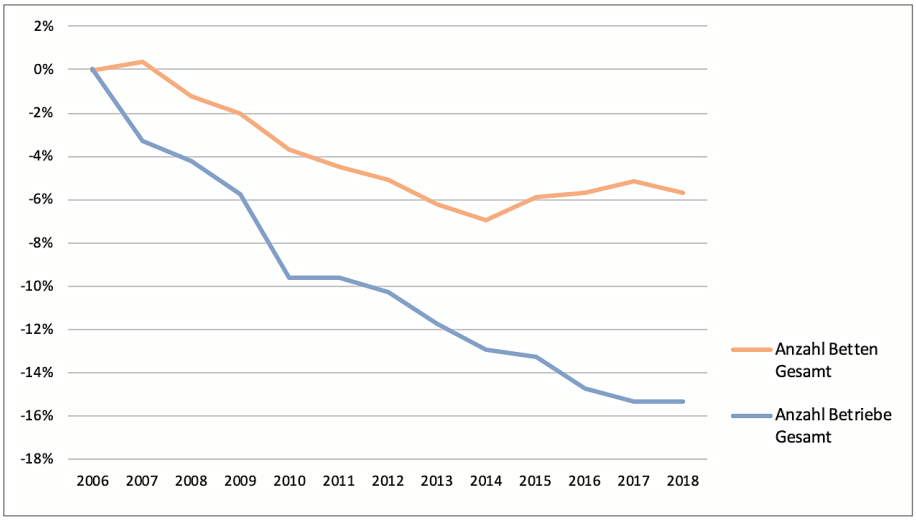


Abbildung 6: Entwicklung Anzahl Spitalbetten und Betriebe Schweiz (Daten: BFS, 2019a)

Ein wesentlicher Grund für den Rückgang in der Gesamtheit ist sicherlich in dem medizinisch-technischen Fortschritt begründet, der zunehmend zu kürzeren Spitalaufenthalten führt und damit einen Teil der vorhandenen Kapazitäten überflüssig macht.

2.2.1 Spitaltypologien

«Im Rahmen der Standardauswertungen betreffend die Spital- und Heimstatistiken wurde vom BFS eine Typologie der Betriebe entwickelt, welche sich hauptsächlich am Tätigkeitsbereich (Anzahl Fachabteilungen) und an den geleisteten Pflegetagen je Fachabteilung orientiert» (BAG, 2018, S. 2). Um eine möglichst breit abgestützte Klassifikation zu erarbeiten, wurden auch die in anderen europäischen Ländern und von der OECD verwendeten Krankenhausklassifikationen und Zuteilungskriterien berücksichtigt. Die Betriebe werden auf der obersten Ebene in Allgemeinspitäler und Spezialkliniken eingeteilt. Wie in Tabelle 2 dargestellt, werden die allgemeinen Krankenhäuser nach Betrieben der Zentrums- und der Grundversorgung unterteilt. Auf einer untersten Ebene erfolgt die Zuordnung zu einem Versorgungsniveau. Dies wird auf Grundlage der Summe der gewichteten Weiterbildungskategorien des Spitals sowie der Anzahl der behandelten stationären Fälle bestimmt (BFS, 2006). Im Jahr 2018 zählten die fünf Universitätsspitäler (Versorgungsniveau 1) sowie 39 andere grosse Betriebe (Versorgungsniveau 2) zur Zentrumsversorgung. Die allgemeinen Krankenhäuser der Grundversorgung werden zur Hauptsache entsprechend der Fallzahlen in drei Versorgungsstufen aufgegliedert (Versorgungsniveau 3, 4 und 5). Die Rehabilitations-kliniken und psychiatrische Kliniken gehören zu den Spezialkliniken. Unter die anderen Spezialkliniken fallen die integrierten Geburtshäuser sowie die Spezialkliniken für Gynäkologie/ Neonatologie.

	Allgemeinspitäler					**Spezialkliniken**			
	Zentrums-versorgung		Grundversorgung						
	Universitäts-spitäler	Grosse bzw. Kantonsspitäler				Rehabilitations-kliniken	Psychiatrisch Kliniken		andere Spezial-kliniken
Versorgungsniveau	1	2	3	4	5		1	2	
Anzahl Betriebe	5	39	15	27	16	54	21	29	75
Anzahl Betrieb Summe	**281**								

Tabelle 2: Spitaltypologien (Daten: BAG, 2018)

2.2.2 Versorgungsdichte der Spitäler

In einer Vergleichsgruppe der europäischen Union (27 Mitgliedsstaaten) befindet sich die Schweiz mit einer Bettenkapazität von 4.7 Betten pro 1‘000 Einwohner im Mittelfeld, dies berücksichtigt die Gesamtheit aller stationären Betten in allen Spitaltypen. Dabei reicht die Spanne von 2.1 Betten in Schweden bis zu 8.0 Betten pro 1‘000 Einwohner in Deutschland (OECD, Health spending, 2018). Neben dem in Tabelle 3 dargestellten summarischen Rückgang der schweizweiten Bettenkapazität kam es vor allem zu einer Verschiebung der Kapazitäten von den Grundversorgern in Richtung der Zentrumsversorger.

	Allgemeinspitäler		**Spezialkliniken**		
	Zentrums-versorgung	Grundversorgung			
Jahr			Rehabilitations -kliniken	Psychiatrisch Kliniken	andere Spezial-kliniken
2006	13’676	11’849	3’950	7’988	4’306
2018	19’538	4’688	4’545	6’468	2’812
Entwicklung	**+ 5’862** **(+ 43%)**	**- 7’161** **(- 60%)**	**+ 595** **(+ 15%)**	**- 1’520** **(- 19%)**	**- 1’494** **(- 35%)**

Tabelle 3: Entwicklung der Bettenkapazität in Spitälern (Daten: BFS, 2019a)

Die Bettenkapazität im interkantonalen Vergleich für die Vergleichsgruppe der Akutspitäler (exkl. Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie) variiert von 1.1 (Appenzell Innerrhoden) bis 5.9 (Basel-Stadt) Betten pro 1‘000 Einwohner. Wird wie in Tabelle 4 zusammengefasst, anstatt auf Kantonsebene ein Vergleich unter den sieben Grossregionen (vgl. Anhang 7) herangezogen, zeigt sich eine homogenere Verteilung.

	Einwohner (EW) (2020)	Anzahl Betten in Akutspitälern	Anzahl OPS in Akutspitälern	Betten pro 1‘000 EW	OPS pro 10‘000 EW
Genferseeregion	1‘673‘851	4‘423	197	2.64	1.18
Espace Mittelland	1‘900‘907	4‘608	214	2.42	1.13
Nordwestschweiz	1‘183‘230	3‘008	128	2.54	1.08
Zürich	1‘553‘584	4‘233	170	2.72	1.09
Ostschweiz	1‘194‘870	3‘011	135	2.52	1.13
Zentralschweiz	828‘449	1‘587	87	1.92	1.05
Tessin	353‘324	1‘323	45	3.74	1.27
Total	**8‘688‘215**	**22‘193**	**976**	**2.55**	**1.12**

Tabelle 4: Betten- und OPS-Kapazität der Akutspitäler (exkl. Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie) der sieben Grossregionen (Daten: BAG, 2018)

Die geringste Betten- (1.92) und OPS-Kapazität (1.05) weist die Zentralschweiz auf. Interkantonaler Patiententourismus und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den umliegenden Regionen könnten sich hier im Hinblick auf eigene Vorhalteleistungen positiv auswirken. Im Umkehrschluss zeigt die Region Tessin die grösste Kapazität bei Betten (3.74) und OPS (1.27). Durch Alpenregion und Staatsgrenzen ist hier nur ein bedingter Patiententourismus möglich.

2.2.3 Akutspitäler

«Ein Akutspital ist ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung zur akutsomatischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patienten» (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2015). Der Begriff *akut* (von lateinisch acutus «scharf», «spitz») kennzeichnet in der Medizin eine schnell zum Ausbruch kommende Erkrankungen. *Somatisch* (vom griechischen soma; Plural: somata; «des Körpers», «des Leibes») umschreibt das, was sich auf den Körper bezieht, also nicht (nur) auf die Psyche.

Akutspitäler								
	Allgemeinspitäler					**Spezialkliniken**		
	Zentrums-versorgung		Grundversorgung					
	Universitäts-spitäler	Grosse bzw. Kantonsspitäler				für Chirurgie	*für Gynäkologie/ Neonatologie*	*für Pädiatrie*
Versorgungsniveau	1	2	3	4	5			
Anzahl Betriebe	5	39	15	27	16	35	*16*	*3*
Betten	4‘467	12‘310	1‘790	1‘896	433	1‘297	*21*	*362*
Operationssäle (OPS)	167	473	81	104	20	131	*2*	*0*
Betten pro OPS	26.8	26.0	22.1	18.2	21.7	9.9		

Tabelle 5: Verteilung und Infrastruktur Akutspitäler Schweiz (Daten: BAG, 2018)

Als Akutspitäler gelten sämtliche Allgemeinspitäler sowie die Spezialkliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie (Tabelle 5). Spezialkliniken für Psychiatrie, Suchtmittelbehandlung, Rehabilitation, Geriatrie und Palliativbehandlung gehören nicht zu den Akutspitälern.

Im Weiteren wird der Fokus auf die akutsomatischen Spitäler gelegt, da sie über die entsprechende Infrastruktur und Personalisierung für chirurgische Eingriffe verfügen. Von der zunehmenden Verlagerung stationärer chirurgischer Eingriffe in das ambulante Setting sind diese massgeblich betroffen. Die Spezialkliniken für Gynäkologie/

Neonatologie und Pädiatrie werden dabei in der weiteren Betrachtung aus der Vergleichsgruppe ausgeklammert.

2.3 Spitalfinanzierung und Vergütungssysteme im Spital

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 werden die nachfolgend aufgeführten Ziele verfolgt. Der Fokus der KVG-Revision in Bezug auf die Spitalfinanzierung lag dabei auf der Vergütung der stationären Behandlungen und Leistungen, dabei nicht berücksichtigt wurden die ambulanten Leistungen.

- Eine Eindämmung der steigenden Spitalkosten soll durch wirtschaftliche Anreize erfolgen.
- Durch eine Verstärkung des Wettbewerbs der Spitäler untereinander wird eine Erhöhung der Effizienz in der Leistungserbringung angestrebt.
- Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Kosten und die Qualität der medizinischen Leistungen, sodass die Vergleichbarkeit und der Wettbewerb gestärkt werden.

Die in Abbildung 7 dargestellten sowie nachfolgend aufgeführten Massnahmen weichen zum Teil stark von dem Gebaren vor 2012 ab und wurden entsprechend im KVG festgehalten:

- Die Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler in Bezug auf Finanzierung und Planung ist sicherzustellen.
- Subjekt- anstatt Objektfinanzierung - Neu werden die Leistungen des Spitals finanziert (unter Einbezug der Investitionskosten), nicht mehr der Spitalbetrieb an sich.
- Es erfolgt eine Dual-fixe Finanzierung stationärer Spitalleistungen. Die Kantone vergüten mindestens 55%, die OKP vergütet höchstens 45% der Leistungen. Im alten System deckte die OKP höchstens 50% der Betriebskosten öffentlicher und öffentlich-subventionierter Spitäler, die Rest- bzw. Defizitfinanzierung erfolgte durch die Kantone.
- Die Spitalleistungen werden über leistungsbezogene Pauschalen (Swiss DRG) vergütet, basierend auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen. Vorher wurde mit unterschiedlichen Tarifsystemen (Tagespauschale, Abteilungspauschale, diagnosebezogene Pauschalen, etc.) gearbeitet.
- Alle Versicherungsnehmer/Patienten verfügen über die freie Wahl eines Listenspitals in der ganzen Schweiz, die Finanzierung wird über einen Beitrag des

Wohnkantons des Patienten sichergestellt. Bis anhin musste die Hospitalisierung im Wohnkanton des Patienten erfolgen, ein kantonaler Beitrag an der ausserkantonale Hospitalisation erfolgte nur bei medizinischer Indikation.

- Es erfolgt eine Verankerung der Planungskriterien «Wirtschaftlichkeit und Qualität» auf Verordnungsebene. Vorher existierten lediglich im Rahmen der Rechtsprechung definierte Planungskriterien.

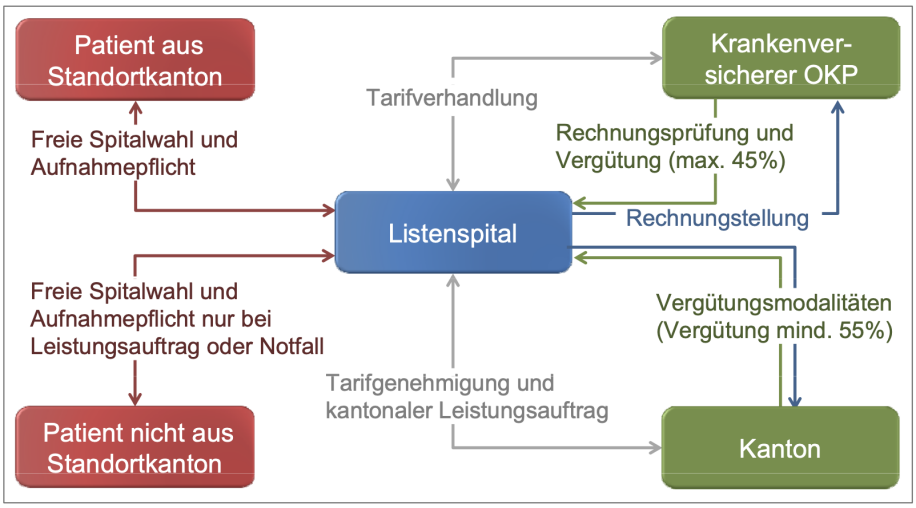


Abbildung 7: Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (BAG, Kernelemente der KVG : Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, 2014, S. 11)

Abbildung 7 verdeutlicht nochmals die in Kapitel 2.1.1 beschriebene Mehrfachrolle der Kantone. Im Detail betrifft dies die Tarifgenehmigung sowie die Zuteilung von Leistungsaufträgen, denn die im Modell blau dargestellten Listenspitäler befinden sich zum Teil in der Hoheit der Kantone bzw. werden selbst durch diese betrieben.

Im Spital kommen grundsätzlich zwei Vergütungssysteme zur Anwendung, welche sich je nach Art der Behandlung richten. Um als stationäre Behandlung eingestuft zu werden, muss ein Patient mindestens 24 Stunden in einem Spital behandelt worden sein. Diese Leistungen werden über ein Fallpauschalensystem nach SwissDRG abgerechnet. Alle nicht stationären Aufenthalte werden als ambulante Behandlungen eingeordnet und im TARMED Tarif abgerechnet. Dies kann z. B. eine Einlieferung in die Notfallabteilung, eine Untersuchung in einer Abteilung des Spitals oder eine einfache Operation mit Eintritt am Morgen und Austritt am Abend sein. Eine detaillierte Gegenüberstellung ist dem Anhang 4 zu entnehmen.

2.3.1 SwissDRG

Das Kernstück des aktuellen Tarifsystems bildet eine national einheitliche Tarifstruktur, welche die stationär akutsomatisch erbrachten Spitalleistungen für alle Schweizer Spitäler nach einheitlichen Regeln bewertet. Wie in Tabelle 6 dargestellt, errechnet sich

der Preis einer Leistung, respektive die leistungsbezogene Vergütung eines Patienten, aus der Multiplikation des Basispreises eines Spitals und dem effektiven Kostengewicht (Ecoplan, 2019, S. 33). Im Weiteren wird kurz die Zusammensetzung der beiden Multiplikatoren *Basispreis* und *Kostengewicht* erläutert.

Vergütungsbetrag	=	Basispreis	*	Effektives Kostengewicht
		Bereinigte Kosten / Leistungsvolumen		Kostengewicht + Zu-/Abschläge

Tabelle 6: Tarifstruktur für stationäre Spitalleistungen

Der Basispreis wird individuell zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern in Verhandlungen festgelegt, systembedingt pro Spital ein Basispreis. Der Basispreis ist eine normierte schweregradbereinigte Grösse. Dabei werden alle tarifrelevanten Kosten durch das gesamte Leistungsvolumen eines Spitals geteilt. Vereinfacht lässt sich festhalten, je höher der kalkulierte Basispreis, desto kostenintensiver *produziert* das Spital. Die Ursachen dafür können zum Teil recht unterschiedlich sein (z. B. kostentreibende Standortfaktoren oder Fallverteilung in Form von teuren Patienten, Ineffizienzen), jedoch wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen (Ecoplan, 2019, S. 34).

Die Kostengewichte messen den Aufwand der unterschiedlichen Leistungen im Spital. Basierend darauf kann die Spitalleistung bewertet werden. Pro Fallgruppe (Diagnosis Related Group, kurz: DRG) werden dabei separate Kostengewichte ermittelt. Diese berechnen sich aus dem mittleren Ressourcenverbrauch einer DRG im Verhältnis zum mittleren Ressourcenverbrauch aller DRGs im Spital. Es sind empirisch ermittelte Gewichte, sogenannte Benchmarks, die den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer gegebenen Gruppe von Patienten beschreiben. Sie werden in der Regel jährlich durch die SwissDRG AG anhand von aktualisierten Fallkostendaten der Spitäler berechnet und sind in einem Fallpauschalenkatalog festgehalten. Da die Vergütung vom Ressourcenverbrauch der erbrachten Leistung abhängig ist, wird beim SwissDRG von einem leistungsbezogenen Tarifmodell bzw. Fallpauschalensystem gesprochen. (Ecoplan, 2019, S. 33). Zusammenfassend können die Kostengewichte als relative Preise zwischen den Leistungen angesehen werden. Die Tarifstruktur fungiert dabei als Preisliste für die unterschiedlichen Spitalbehandlungen. Dieses Vorgehen ermöglicht das Benchmarking zwischen den Spitälern und entspricht dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziel, mit verstärktem Wettbewerb die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu verbessern. Für die Leistungserbringer mit hohen Kosten soll der finanzielle Druck, aber auch der Anreiz entstehen, günstiger und effizienter in ihrer Leistungserbringung zu werden. Für

die Leistungserbringer mit tiefen Kosten muss weiterhin der Anreiz bestehen, ihre Effizienz zu erhalten oder weiter zu verbessern (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2015).

2.3.2 TARMED

Sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen in den Arztpraxen und Spitälern werden mit dem Einzelleistungstarif TARMED (franz. tarif médical) vergütet. Die Abgeltung der erbrachten Einzelleistung ist zugleich der markanteste Unterschied zum Fallpauschalensystem SwissDRG. Der TARMED-Tarif umfasst ca. 4'500 Tarifpositionen, welche jeweils in eine technische und eine ärztliche Leistung aufgeteilt sind. Die technische Leistung beinhaltet dabei die Entschädigung für die benötigte Infrastruktur sowie nichtärztliches Personal.

Jeder Leistung wird individuell nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine definierte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Schweizweit werden für jede Leistung gleich viele Taxpunkte verrechnet. Die Basis zur Ermittlung der Taxpunkte bilden empirische Daten sowie über Verhandlungen der Tarifpartner festgelegte Werte. Diese basieren massgeblich auf Datengrundlagen aus den 1990er Jahren. Medizinischer und technischer Fortschritt haben derweil zu Verschiebungen in der Struktur geführt, welche bis heute als nicht berücksichtigt gelten. Somit hat sich das Verhältnis von einzelnen Leistungen zueinander über die Jahre verändert.

Total Einzelleistung	=	Taxpunkte technische Leistung + Taxpunkte ärztliche Leistung	*	Taxpunktwert
		Gewichtung der technischen und ärztlichen Leistung, schweizweit gleich		Kantonal individuell

Tabelle 7: Tarifstruktur für ambulante Leistungen

Wie in Tabelle 7 dargestellt, wird die Summe der Taxpunkte aus technischer und ärztlicher Leistung mit einem Taxpunktwert multipliziert. Im Unterschied zu den schweizweit einheitlichen Taxpunkten, variiert der Taxpunktwert von Kanton zu Kanton. Auf kantonaler Ebene werden die Taxpunktwerte durch die Tarifpartner bestimmt und durch die zuständigen Behörden genehmigt. Der Taxpunktwert betrug ursprünglich CHF 1. Bei der Einführung von TARMED (2004) wurde dieser je nach Kanton reduziert, um die Kostenneutralität untereinander zu gewährleisten.

Seit beinahe mehr als einer Dekade gibt es Bemühungen der Tarifpartner die Tarifstruktur TARMED einer Revision zu unterziehen bzw. ein gänzlich überarbeitetes Tarifsystem zu installieren. Wie bereits bezüglich des Alters der Datengrundlagen erwähnt, ist die

Tarifstruktur TARMED mit ihrer Einführung verschiedener Kritik ausgesetzt (INFRAS, 2010, S. 4-5):

- «Die Tarife seien veraltet, weil normative Eckwerte noch aus der Entstehungszeit des TARMED stammen,
- die Berechnungen enthielten Fehler (z.B. beim Mengengerüst) und realitätsfremde Annahmen (z.B. bezüglich Auslastung),
- die Minutagen seien ebenfalls realitätsfremd,
- die Berechnungen der Vergütungen seien nicht nachvollziehbar,
- TARMED sei zu kompliziert etc.»

2.4 Ambulant vor stationär

Das semantische Spektrum des Adjektivs *ambulant* umfasst im Duden zwei Bedeutungen: «wandernd, umherziehend; nicht ortsgebunden» sowie «nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden; nicht stationär».

In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffe in den OECD-Ländern deutlich zugenommen. Fortschritte in der Medizintechnologie, insbesondere die Verbreitung minimal invasiver chirurgischer Eingriffe sowie bessere Anästhesieverfahren, haben diese Entwicklung ermöglicht. Durch diese Innovationen konnten die Patientensicherheit und die gesundheitlichen Ergebnisse verbessert werden. Auch entspricht dieser Trend einem Patientenwunsch und zwar am Abend eines Eingriffs wieder im eigenen Bett zu schlafen (PwC Schweiz, 2016, S. 5). Mit der zunehmenden Verlagerung können wichtige Ressourcen eingespart werden, ohne dass die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird. Dies kann sich positiv auf die Kosten eines Gesundheitssystems auswirken. So können z. B. innerhalb der Spitäler Kapazitäten freigesetzt oder gar reduziert werden, um sich auf komplexere Fälle zu konzentrieren bzw. Wartezeiten zu verkürzen.

Der voranschreitende Anstieg ambulant durchgeführter Operationen birgt allerdings auch Risiken in Bezug auf die gesamten Gesundheitskosten. Somit besteht die Gefahr, dass die Mengenausweitung der ambulanten Eingriffe die Senkung der Stückkosten (im Vergleich zur stationären Chirurgie) vollständig kompensiert. Etwaige zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der postakuten Versorgung müssen ebenfalls berücksichtigt werden (OECD, 2019, S. 202).

Der Begriff *Ambulantisierung* umschreibt ganzheitlich den internationalen Trend zu ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffen ohne stationären Spitalaufenthalt.

2.4.1 Aktueller Stand

Vor dem Hintergrund dieses weltweiten Trends wurde vor einigen Jahren der Slogan «ambulant vor stationär» für das Schweizer Gesundheitssystem ausgerufen. Da *stationär* mit einem Spitalaufenthalt gleichzusetzen ist wird rasch deutlich, dass die Spitäler von der angestrebten Verlagerung besonders stark betroffen sind. Somit stehen die Spitäler vor einer weiteren Herausforderung. Nach der KVG Revision im Jahr 2012 (vgl. Kapitel 2.3) und dem forcierten Wettbewerb untereinander, entfallen zukünftig weitere stationäre Behandlungen.

Das bezifferte Verlagerungspotential in der Schweiz wird dabei als sehr hoch eingestuft. So zeigt PwC in einer Studie aus dem Jahr 2016 mit Rückgriff auf OECD-Daten, wie gering der Anteil spitalambulanter chirurgischer Eingriffe am Total aller Eingriffe in der Schweiz im Vergleich zu weiteren OECD Staaten war (vgl. Abbildung 8).

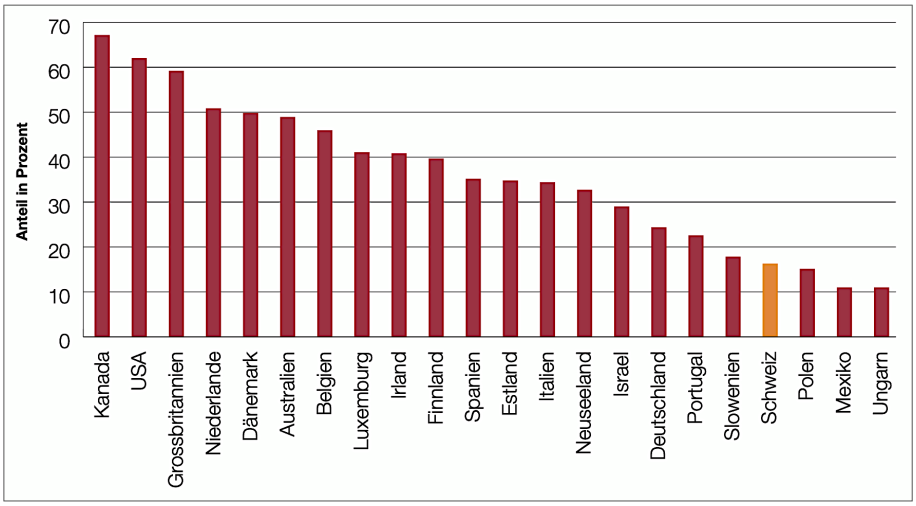


Abbildung 8: Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern 2007 (PwC Schweiz, 2016, S. 9)

Für das Schweizer Gesundheitssystem können sich Verlagerungen in ambulante Behandlungsstrukturen als ökonomisch sehr nachhaltig erweisen. Je nach Anzahl der betrachteten Eingriffsgruppen gibt es verschiedene Expertisen über die Höhe des möglichen Einsparpotentials. PwC beleuchtet in der Studie 13 chirurgische Eingriffsgruppen mit hohem Verlagerungspotential und weist ein Sparpotential (optimistisches Szenario) von jährlich CHF 251 Mio. aus. Wird dieses Szenario um die weiteren 200’000 Patienten ergänzt, welche nur zwei Tage oder weniger im Spital verbracht haben und somit ein zeitnahes Verlagerungspotential aufzeigen, so wird die mögliche Einsparung sogar mit CHF 832 Mio. beziffert (PwC Schweiz, 2016, S. 22). Im Jahr 2018 hat das OBSAN im Auftrag des BAG eine Studie über nur 6 Eingriffsgruppen erstellt und definiert ein Sparpotential von jährlich CHF 90 Mio (OBSAN, 2018, S. 11).

Aktuell wirken hierbei jedoch die vorhandenen Finanzierungs- und Tarifstrukturen sowie fehlerhafte Anreize entgegen. Wie in Anhang 4 dargestellt, finanzieren im ambulanten TARMED-Tarif die Versicherer die Leistungen zu 100 Prozent (monistische Finanzierung). Im stationären SwissDRG-Tarif beteiligen sich die Kantone dagegen mit mindestens 55 Prozent an den Kosten (dualistische Finanzierung). Aus diesem Blickwinkel scheint es nachvollziehbar, dass die Versicherer erst dann einen aktiven Anreiz zur Verlagerung verspüren, wenn die ambulante Behandlung (100 Prozent) weniger als 45 Prozent der stationären Behandlung kostet.

Ähnliches gilt auf der Seite der Spitäler als Leistungserbringer. Die Spitäler erwirtschaften im aktuellen System unmissverständlich mehr Ertrag, wenn sie gewisse Leistungen stationär erbringen. Hinzu kommen zusätzliche Einnahmen bei privat- und halbprivatversicherten Patienten aus der Zusatzversicherung. Mit dem aktuellen Tarifsystem TARMED ist es den Spitälern nicht möglich kostendeckend zu arbeiten. Das liegt unter anderem an den zugrundeliegenden und überholten Kostendaten aus den 1990er-Jahren (vgl. Kapitel 2.3.2). Somit besteht ein finanzielles Defizit für ambulant erbrachte Leistungen in den Spitälern. Dieses Defizit bezifferte sich im Jahr 2014 über alle Spitäler auf rund eine halben Milliarde Schweizer Franken (PwC Schweiz, 2016, S. 14).

Das ambulante Behandlungssetting sollte sich durch niedriginstallierte sowie effizient gestaltete Infrastrukturen und Prozesse auszeichnen. Dies steht im Kontrast zu der zum Teil hochspezialisierten Medizin in den hochtechnisierten Infrastrukturen der Spitäler. Die Misere besteht darin, dass chirurgisch ambulante Eingriffe mit geringer Leistungsvergütung in teuren Infrastrukturen durchgeführt werden müssen. In vielen Spitälern sind die stationäre und ambulante Behandlung weiterhin eng miteinander verknüpft. Erst seit kurzem gehen Spitäler dazu über, die beiden Prozesse voneinander zu trennen und investieren in räumlich abgetrennte ambulante Infrastrukturen, oft auf dem Spitalgelände und in der Nähe der stationären Infrastrukturen.

Viele ambulante Leistungen könnten grundsätzlich aber auch an anderen Orten erbracht werden. Auch besteht die Herausforderung für die Verantwortlichen in den Spitälern darin, sich von der Denkweise zum stationären Spitalsetting zu lösen und neue Wege in der Ambulantisierung zu gehen. Um die Verlagerung von heute stationär durchgeführten Eingriffen in den ambulanten Sektor zu forcieren, braucht es angepasste und neu entwickelte Geschäftsmodelle. PwC und KPMG haben in zwei unabhängigen Expertisen eine differente Anzahl von Vorschlägen für zukunftsträchtige Geschäftsmodelle

erarbeitet. Anhang 5 zeigt eine Konklusion der vorgeschlagenen Geschäfts- bzw. Betreibermodelle in vier Optionen.

2.4.2 Liste ambulanter Untersuchungen und Behandlungen in Spitälern

Im Januar 2019 wurde vom Bund (in einigen Kanton schon früher) eine Liste mit sechs Gruppen von Eingriffen beschlossen, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden (vgl. Anhang 6). Es sei denn, es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Mit der gesundheitspolitischen Devise «ambulant vor stationär» wird die Verlagerung in Richtung kosteneffizienter Ambulantisierung vorangetrieben. Die Kantone Luzern und Zürich haben schon vorgängig zusammen eine Liste erarbeitet und eingeführt, welche bereits Eingriffe aus acht Gruppen beinhaltet. Dass das vorhandene Potential zur Ambulantisierung enorm ist und eine zunehmende Ausweitung der Listen erfolgen wird, zeigt sich bereits heute in Ländern wie Dänemark oder den USA (vgl. Abbildung 8).

3. Empirische Analyse

3.1 Forschungsdesign

Die vorhandenen Daten und Informationen werden aus folgenden Quellen zusammengetragen:

- Daten statistischer Ämter (Bund und Kantone)
- Literaturrecherche (Fachliteratur, Marktberichte und Expertisen)
- Internetrecherche (Marktberichte, Expertisen, geografische Informationen usw.)
- Rechtliche Grundlagen (Gesetze und Verordnungen)

Die Datenerhebung basiert ausschliesslich auf einer Sekundärdatenanalyse, dabei wird soweit möglich immer auf eine quantitative Methode zurückgegriffen. Um eine entsprechend hohe Qualität der verwendeten Daten sicherzustellen, stützt sich das Bewertungstool vorwiegend auf aktuelle und historische Daten sowie Prognosen anerkannter nationaler und kantonaler Institutionen. Auf Bundesebene sind die herangezogenen demographischen, geographischen und spitalspezifischen Daten schweizweit verfügbar und entsprechend vergleichbar. Hauptquelle für das ausgewertete Datenmaterial bilden das BFS und das BAG. Die Datenerhebung auf regionaler Ebene fokussiert sich auf die Grossregionen Nordwestschweiz (Kanton Aargau, Basel-Landschaft und Basel-Stadt) und Zürich, welche in dem Bewertungstool als eine

Versorgungsregion verstanden werden. Dazu werden die Daten bei den kantonalen Statistikämtern bis auf Ebene kantonaler Regionen/Bezirke zusammengetragen. Für die Fallbeispiele werden in Kapitel 4 zwei Spitalstandorte aus dieser Versorgungsregion gewählt.

Bei den Ämtern und Institutionen sind meist Statistiken bis und mit 2018 abrufbar. Lediglich für die Bevölkerungszahlen liegen jeweils aktuellere Zahlen vor. Als Prognosehorizont für die Bevölkerungsentwicklung wird ein Zeitfenster von 20 Jahren angenommen. Entsprechend werden Prognosedaten von 2020 bis 2040 erarbeitet und ausgewertet. Die Zahlen in den deskriptiven Statistiken werden mittels Berechnung des Median sowie der Minimal-Maximal-Grenzen (Bandbreite) ausgewertet und dargestellt.

3.2 Definition und Beschreibung des Standortanalyseverfahrens

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entfaltung der Industrienationen entsprechende Standorttheorien. Ausgehend von den Branchen des primären Sektors (Urproduktion, Land- und Forstwirtschaft) sind Standortfragestellungen im Laufe des 20. Jahrhunderts zunehmend auch für Bereiche des sekundären Sektors (Sachgüterproduktion, Industrie, Bau, produzierendes Handwerk) und später auch für den tertiären Sektor (Dienstleistungen, Handel, Banken, Verkehr) entwickelt worden (Krämer, 2001, S. 34-35). Hingegen wurden Standortfragen für den Gesundheits- und Spitalsektor bislang nur in geringem Umfang behandelt. Auch dies mag wiederum dem Föderalismus und der kantonalen Versorgungsplanung geschuldet sein.

Standortentscheidungen sind vornehmlich strategische Grundsatzentscheidungen, die mit einer langfristigen Festlegung hinsichtlich der Einsatzfaktoren Raum, Material und Mensch sowie in Bezug auf das absatzwirtschaftliche Instrumentarium verbunden sind. Einmal gewählte Standorte besitzen eine sehr hohe Persistenz, auch weil Standortwechsel oder -aufgaben mit einem hohen Kostenaufwand verbunden sind. Aufgrund des hohen Kostendrucks in der Privatwirtschaft liegen in diesem Bereich zahlreiche Arbeiten, empirische Untersuchungen und branchenspezifische Bewertungskataloge vor, welche bei Standortanalysen bzw. -bewertungen konsultiert werden können (Krämer, 2001, S. 34).

Bei der Erstellung des Standortanalyseverfahrens bieten die Standorttheorien anderer Branchen Hilfestellung. Vor allem im Hinblick auf den methodischen Aufbau sowie die verschiedenen Verfahren zur Messung bzw. Bewertung einzelner Standortfaktoren. Dabei werden auf den verschiedenen Ebenen (Kriteriengruppen) die bekannten Einflussgrössen durch branchenspezifische Standortfaktoren, im Sinne einer

Interaktionsbeziehung von Angebot und Nachfrage, aus dem Gesundheitswesen ergänzt. Dies beinhaltet die Erläuterung der Bedeutung der Standortfaktoren für die betriebliche Planung und den Unternehmenserfolg.

3.2.1 Wahl der Standortfaktoren

In einem Standortanalyseverfahren hängt die Auswahl der Standortfaktoren von den jeweiligen Entscheidungszielen ab. Im vorliegenden Fall gilt es das Potential unterschiedlicher Spitalstandorte im Zuge der Ambulantisierung im Gesundheitswesen aufzuzeigen und daraufhin verschiedene Standorte miteinander zu vergleichen. Bei der Bestimmung der Anzahl und des Umfangs der Faktoren steht neben der Vollständigkeit vor allem die Wesentlichkeit im Vordergrund. Somit soll jedes gewählte Kriterium geeignet sein, die Alternative bzw. den Standort auf sinnvolle Weise zu charakterisieren (Ottmann & Lifka, 2010, S. 35).

Mit der Berücksichtigung ausgewählter spitalspezifischer Kriterien wird versucht diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen. In der Umkehr gilt es zu beachten, dass eine zu ausschweifende Kriterienauswahl zum einen den Untersuchungsaufwand erhöht und im Gegenzug die Gebrauchstauglichkeit und Verständlichkeit für den Anwender erschweren kann. Zudem gilt es den Grundsatz der Überschneidungsfreiheit zu beachten, sodass nicht mehrere Kriterien berücksichtigt werden, welche sich in ihrer inhaltlichen Bedeutung überlagern und somit verdeckte Übergewichtungen entstehen. Die Überschneidungsfreiheit ist aus inhaltlichen Gründen oft nur bedingt zu erfüllen, „so entspricht es möglicherweise dem Grundsatz der Vollständigkeit, dasselbe Standortmerkmal aus mehreren Blickwinkeln zu betrachten“ (Ottmann & Lifka, 2010, S. 37).

Aus den genannten Effizienzgründen und im Hinblick auf die Anwendbarkeit wird versucht die Informationsmenge auf das erforderliche Mindestmass zu begrenzen sowie die Datenbeschaffungskosten gering zu halten. Deshalb werden vornehmlich Standortfaktoren gewählt, welche sich über frei zugängliche Datensätze und Karteninformationen bzw. unternehmensinternen Unterlagen einordnen und bewerten lassen.

3.2.2 Standortfaktoren messen

Mit der Auswahl der Kriterien wird deren Messbarkeit geprüft. Dabei wird darauf geachtet, dass eine ausreichende Erfassung der Kriterienausprägungen machbar und eine möglichst exakte und zuverlässige Abbildung des Zustands der Standortfaktoren auf entsprechenden Skalen möglich ist. Je nach Kriterium wird die geeignete Datenerhebungsform, die Datenquelle und das Erhebungsinstrument ausgewählt

(Ottmann & Lifka, 2010, S. 38-39).

Bei den spitalspezifischen Kriterien wird vornehmlich auf die öffentlich zugänglichen Datensätze der Kantone und des Bundes zurückgegriffen. Da diese zum Teil bis auf Ebene Einzelspital vorliegen, wird ein direktes messen der jeweiligen Standortfaktoren ermöglicht. Hierzu werden entsprechende Stichproben definiert und eine jeweilige Bandbreite, also der Abstand zwischen der höchsten und der niedrigsten Merkmalsausprägung innerhalb der Stichprobe, bestimmt.

Bei Standortfaktoren, für welche keine detaillieren empirischen Daten vorliegen bzw. im Zuge dieser Arbeit keine Daten erhoben wurden, wird über indirektes Messen auf existierende oder im Bewertungsprozess zu erstellende Ratings zurückgegriffen. So können z. B. Standortqualitäten der Verkehrserschliessung über vorhandene Kategorisierungen (ARE) in das Bewertungstool einfliessen.

3.3 Definition der Kriteriengruppen

Bei Standortentscheidungen überlagern sich Einflussfaktoren mit unterschiedlicher räumlicher Reichweite. Sie bewegen sich zwischen nationaler, regionaler, kantonaler und kommunaler Relevanz. In der geringsten Ausprägung erstreckt sich die Reichweite nur auf das Einzelobjekt selbst. In dem vorliegenden Standortanalyseverfahren wurden die Standortfaktoren auf der obersten Hierarchieebene in drei Kriteriengruppen gegliedert.

- Makroanalyse
- Mesoanalyse
- Mikroanalyse

Im Folgenden werden die drei Kriteriengruppen kurz beschrieben.

3.3.1 Makroanalyse

Die Makroebene entspricht üblicherweise dem Nationalstaat, sie bildet den relevanten Standort auf einer übergeordneten Ebene ab. Hier werden vornehmlich die Rahmenbedingungen einer Standortentscheidung untersucht, welche die Situation des makroökonomischen Umfelds nahezu unabhängig vom konkreten Untersuchungsobjekt wiedergeben. Im Falle von Investitionsentscheidungen können beispielsweise Anforderungen hinsichtlich rechtlicher und steuerlicher Gegebenheiten, politischer Stabilität, kultureller Nähe oder infrastruktureller Ausstattung zum Ausschluss möglicher Investitionsziele herangezogen werden. Die hierfür erforderlichen Daten auf nationalstaatlicher Ebene sind aus Sekundärquellen amtlicher und kommerzieller Anbieter normalerweise gut verfügbar (Ottmann & Lifka, 2010, S. 28).

Auf Ebene der Makroanalyse werden die relevanten Standortfaktoren gemessen und ausgewertet, welche die unterschiedlichen Situationen der Kantone untereinander widerspiegeln. Nachfolgende Standortfaktoren werden im Standortanalyseverfahren berücksichtigt.

- Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, gesamt
- Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, Altersgruppe 65 +
- Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern
- BIP pro Kopf
- Rohe Sterbeziffer je 1'000 Einwohner
- Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner

3.3.2 Mesoanalyse

In einem Standortanalyseverfahren werden auf der Mesoebene zumeist regionale Strukturdaten und das Marktumfeld einer Investition betrachtet, sprich die aktuelle Angebots- und Nachfragesituation regionaler Märkte sowie deren Zukunftsaussichten. Bei einer solchen Marktbewertung spielen Faktoren wie Grösse, Wachstum, Rentabilität, Preisentwicklung und Wettbewerbsdruck eine Rolle. Regionale Strukturdaten und gesetzliche Rahmenbedingungen können üblicherweise der amtlichen Statistik entnommen werden (Ottmann & Lifka, 2010, S. 28).

Eine effiziente und ökonomisch nachhaltige Gesundheitsversorgung ist in einen regionalen Kontext einzubetten. Mögliche Über- oder Unterversorgungen können nur so identifiziert und umgangen werden. Dies gilt ebenso für die ambulant chirurgische Versorgung. Das Thema *Versorgungsregionen* wird seit einigen Jahren auch in der Politik diskutiert. Dabei wird eine von Kantonsgrenzen losgelöste Betrachtung und Planung der Gesundheitsversorgung propagiert. Zuletzt liefert der «Regionenreport 2020» (Helsana-Gruppe, 2020) eine ausführliche Untersuchung zu diesem Thema. Der Mesoanalyse wird deshalb eine essentielle Wesentlichkeit eingeräumt, dies spiegelt sich auch in der Anzahl der Kriterien und deren Gewichtung wider.

Aufgrund der Datenlage der statistischen Ämter wird auf die Einteilung der Schweiz nach 7 Grossregionen zurückgegriffen (vgl. Anhang 7). Die Grossregion Nordwestschweiz setzt sich aus den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft und Basel-Stadt zusammen. In der Mesoanalyse wird diese um die Grossregion Zürich ergänzt, welche gleichzusetzen ist mit dem Kanton Zürich. Die Kantone selbst separieren sich zusätzlich in kleinräumigere Regionen bzw. Bezirke, auf deren Ebene entsprechende demografische Daten vorliegen. Neben diesen Datensätzen werden wiederum spitalspezifische Kennwerte berücksichtigt,

deren Einfluss sich auf einer analogen räumlichen Betrachtungsebene erstreckt und somit eine Vergleichbarkeit ermöglicht. Folgende Standortfaktoren werden mit einbezogen.

- Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040, gesamt
- Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040, Altersgruppe 65 +
- Gemeindetypologien gemäss BFS
- Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"
- Spitalaustritte während des Jahres, stationär
- Case Mix Index (CMI), netto
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen (stationär)
- Patientenzufriedenheit

3.3.3 Mikroanalyse

Die Mikroebene bezieht sich zumeist auf städtische Teilräume und umfasst die unmittelbare lokale Umgebung eines Grundstücks oder Gebäudes. Im Kern beschäftigt sie sich mit den spezifischen qualitativen und quantitativen innerörtlichen Faktoren der Umfeldattraktivität wie etwa Stadtlage, Versorgungsangebot, natürliche Umweltqualität und Passantenfrequenz, aber auch Konkurrenz und Erschliessungsqualität. In den Standortanalyseverfahren verwandter Wirtschaftszweige wird in dieser Ebene häufig ein erhöhter Detaillierungsgrad der Untersuchungen angestrebt. Dies wird durch eine vergrösserte Anzahl zu untersuchender Aspekte und Alternativen, sowie eine genauere Messung erreicht (Ottmann & Lifka, 2010, S. 28).

Das Messen von Kriterien wird insofern erschwert, als dass auf der Mikroebene in der Regel kaum auf vorhandenes Datenmaterial zurückgegriffen werden kann. Sodass vornehmlich die Qualität der Verkehrserschliessung sowie branchenverwandte Ratings integriert und gemessen werden. Die Mikroanalyse wird um spitalspezifische bzw. buchhalterische Kriterien ergänzt, welche auf der Ebene des Objekts erhoben werden können. Damit wird der individuellen Infrastruktur pro Standort Rechnung getragen. Aus dem Blickwinkel möglicher Anpassungen und Veränderungen der Spitalinfrastrukturen, einhergehend mit der Ambulantisierung, können finanzielle und zeitliche Potentiale identifiziert werden. Folgende Standortfaktoren werden berücksichtigt.

- Mikrolagerating Verkauf (IMBAS), Lage
- Erreichbarkeit auf der Strasse, Punkte
- ÖV-Güteklassen

- Anlagenutzungskosten pro OPS
- Buchwert des OP-Trakts gemäss Anlagebuchhaltung
- Flächen- und Nutzungsreserven
- Planungsrechtliche Situation

3.4 Aufbau eines Bewertungsmodells

Neben dem reinen Auswerten, Messen und Bewerten der einzelnen Standortfaktoren, sollen die Ergebnisse in einem Modell zusammengeführt werden. Die Hauptfunktion des Modells besteht darin, die verschiedenen Kriterien in ein einheitliches Skalenniveau zu überführen und deren divergierende Bedeutung mittels entsprechender Gewichtungen sichtbar zu machen. So können die Ergebnisse aus der Standortanalyse für eine Interpretation aufbereitet und dem angestrebten Mehrwert in Form eines Entscheidungswerkzeugs gerecht werden. Im Folgenden wird der Aufbau und die Funktionsweise des Bewertungsmodells erläutert.

Wie bereits unter Kapitel 3.3 dargestellt, werden die Standortfaktoren auf einer obersten Hierarchieebene in drei Kriteriengruppen (Makro-, Meso-, Mikroanalyse) differenziert. In Gänze ist das Bewertungsmodell in drei Hierarchieebenen (obere, mittlere und untere) gegliedert. Die mittlere Ebene verleiht dem Modell eine zusätzliche Flexibilität bei der Auswertung der Ergebnisse bzw. bei einer zukünftigen Ergänzung von weiteren Standortfaktoren. Auf der untersten Hierarchieebene befinden sich die einzelnen Standortfaktoren selbst.

Ergänzend zu den folgenden Erläuterungen ist der exemplarische Modellaufbau und eine beispielhafte Gewichtung in Tabelle 9 dargestellt.

3.4.1 Bewertungsskalen

Die einzelnen Standortfaktoren und deren Messwerte basieren auf unterschiedlichen Einheiten und Bandbreiten. Dabei stellt das Maximum immer den nummerisch höchsten und das Minimum den kleinsten Wert der Stichprobe oder des Ratings dar. Abweichend davon kann die Bewertung innerhalb des Bewertungstools gegensätzlich ausfallen. So kann z. B. ein niedriger Wert beim Kriterium Case Mix Index (vgl. Kapitel 3.5.2) mit einer höheren Bewertung hinterlegt sein, weil diesem Sachverhalt ein erhöhtes Potential beim Thema Ambulantisierung zugeschrieben wird.

Um die unterschiedlichen Standortfaktoren in einem einheitlichen Bewertungsmodell zusammenzuführen, müssen alle Kriterien bzw. deren Messniveau auf ein einheitliches System transformiert werden. Dazu werden die lokalen Skalierungen in eine normierte Skala überführt, wonach für jeden Standortfaktor ein Score zwischen 0 (schlecht, nicht

erfüllt) und 1 (sehr gut, voll erfüllt) erreicht werden kann. Nach Ottmann und Lifka (2010) erfolgt die Umskalierung dabei gemäss folgender Formel (S. 40).

$$x_i = \frac{a_i - a_u}{a_o - a_u}$$

Wobei a_i die gemessene Ausprägung und x_i die normierte Ausprägung von Standortfaktor i darstellt. Die Variablen a_o und a_u stehen für den oberen und unteren Extremwert der ursprünglichen Skala (Stichprobe) von Standortfaktor i. In der nachfolgenden Tabelle 8 ist dies exemplarisch an einem Beispiel dargestellt.

Variable		Wert
a_u	unterer Extremwert der Stichprobe	10
a_o	oberer Extremwert der Stichprobe	18
a_i	gemessene Ausprägung am Standort	12
x_i	normierte Ausprägung (Score)	**0.25**

Tabelle 8: Umskalierung gemessener Ausprägungen

3.4.2 Relevanz und Gewichtung der Standortfaktoren

In einer Standortanalyse kommt den einzelnen Standortfaktoren zumeist eine unterschiedliche Bedeutung zu. Diese richtet sich jeweils danach, wie entscheidend der Beitrag einzelner Kriterien, im Hinblick auf ihre Relevanz bezüglich der Entscheidungen bzw. Problemlösungen, beigemessen wird. Um dies innerhalb eines Analyseverfahrens gewährleisten zu können, werden den einzelnen Kriterien entsprechende Gewichte zugeordnet.

Eine in der Praxis verbreitetet Methode stellt dabei das Direct Rating (direkte Einschätzen) der Kriterienrelevanz auf einer normierten Ratingskala von 1 (sehr geringe Bedeutung) bis 10 (maximale Bedeutung) dar. Dabei wird jedes einzelne Kriterium bzw. jeder Standortfaktor für sich betrachtet und entsprechend seiner Relevanz mit einem Rohgewicht auf der Ratingskala eingestuft. Für die Entscheider besitzt dies den Vorteil, dass keine direkte Gewichtung zu Gunsten oder Ungunsten anderer Kriterien erfolgen muss, sondern nur das Einzelkriterium eingestuft wird. Abschliessend leitet sich das relative Gewicht (w_i) eines Kriteriums durch die Division des entsprechenden Rohgewichts mit der Summe aller Rohgewichte ab (Ottmann & Lifka, 2010, S. 64).

$$\mathrm{w}_i = \sum_{i=0}^{n} \mathrm{r}_i; \mathrm{i} = 1$$

Bei der Gewichtung unterschiedlicher Standortfaktoren mit mehreren Hierarchieebenen gilt es grundsätzlich zwischen nicht hierarchischen und hierarchischen Gewichten zu unterscheiden. Neben weiteren Aspekten empfehlen Ottmann und Lifka (2010, S. 61) gerade bei unterschiedlich grossen Hierarchiegruppen eine hierarchische Gewichtung. Aus diesem Grund wurde auch im vorliegenden Modell eine hierarchische Gewichtung über alle drei Ebenen hinweg verfolgt.

Obere Hierarchieebene			**Mittlere Hierarchieebene**			**Untere Hierarchieebene Standortfaktor**			**Globales Gewicht**
	Relevanz	Gewicht		Relevanz	Gewicht		Relevanz	Gewicht	
A	8	0.57	**A.1**	7	0.41	**A.1.1**	8	0.53	0.124
						A.1.2	7	0.47	0.111
							15	***1.00***	
			A.2	10	0.59	**A.2.1**	9	0.64	0.215
						A.2.2	5	0.36	0.121
				17	***1.00***		*14*	***1.00***	
B	6	0.43	**B.1**	8	0.50	**B.1.1**	10	0.55	0.118
						B.1.2	8	0.45	0.097
							18	***1.00***	
			B.2	8	0.50	**B.2.1**	7	0.50	0.107
						B.2.2	7	0.50	0.107
				16	***1.00***		*14*	***1.00***	
	14	***1.00***							***1.000***

Tabelle 9: Aufbau Modell und Kriteriengewichtung

Dabei müssen alle Gewichte nach dem oben erläuterten Prinzip des Direct Rating durch die Entscheidungsträger, unmittelbar nach Hierarchiegruppe getrennt festgelegt werden. Gemäss dem in Tabelle 9 dargestellten Beispiel bilden die Hierarchieelement A.1 und A.2 zusammen die Hierarchiegruppe A. Wobei Hierarchieelement A.1 einen Beitrag von 0.41 (41%) für die Zielerreichung der übergeordneten Gruppe A leistet. Die Summe der Gewichte pro Hierarchiegruppe beträgt dabei immer 1 bzw. 100%. Das globale Gewicht für den einzelnen Standortfaktor ergibt sich aus der Multiplikation der lokalen Gewichte entlang der Zielkette. Im Beispiel wird zur Ermittlung des globalen Gewichts von Standortfaktor A.1.1 folgende Rechnung vollzogen, A (0.57) * A.1 (0.41) * A.1.1 (0.53) = 0.124 (12.4%).

Die Plausibilität zur Ermittlung des globalen Gewichts pro Kriterium ist gegeben. Die lokalen Gewichtungen auf jeder Hierarchieebene bleiben stark abhängig von den persönlichen Einschätzungen (Direct Rating) und Präferenzen des Modellnutzers oder den verfolgten Interessen. Dementsprechend flexibel ist das Bewertungsmodell aufgebaut

und die Gewichtungen können auf jeder Ebene individuell angepasst werden. Die im weiteren zugrundeliegende Gewichtung der Standortfaktoren ist im Anhang 13 dargestellt.

3.4.3 Zielerreichung

Wie in Kapitel 3.4.1 erläutert, wird mittels Umskalierung jedes Kriterium mit einem Score zwischen 0 und 1 bewertet. Der Detailierungsgrad wird dabei auf eine Zehntelgenauigkeit beschränkt. Nachfolgend wird der erzielte Score mit der entsprechenden Kriteriengewichtung multipliziert und es resultiert ein gewichteter Score pro Kriterium. Bezüglich des Kriteriums A.1.1 in Tabelle 9 ergibt sich bei einem beispielhaften Score von 0.8 folgender gewichteter Score: 0.8 * 12.4% = 9.9.

Auf der Ebene globales Gewicht (vgl. Tabelle 9) beträgt die Summe aller gewichteter Kriterien 1 bzw. 100%. Daraus entsteht der Nachteil, dass die Teilsummen innerhalb der einzelnen Kriteriengruppen (z. B. auf der oberen Hierarchieebene) jeweils keinen einheitlichen Betrag ergeben und somit die Les- und Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigt ist. So resultiert im gezeigten Beispiel für die Hierarchiegruppe A eine Teilsumme von 0.57 und für die Gruppe B der Wert 0.43. Sollten in der Hierarchiegruppe A alle einzelnen Standortfaktoren (A.1.1 bis A.2.2) einen Score von 1 erhalten, würde daraus ein gewichteter Gesamtscore von 0.571 für A resultieren.

Bezüglich eines möglichen Vergleiches zweier Standorte soll jedoch nicht nur eine Gegenüberstellung auf der untersten Ebene (einzelne Standortfaktoren), sondern auch auf der obersten Hierarchieebene (Kriteriengruppe) möglich sein. Aus Gründen der Verständlichkeit werden deshalb die einzelnen Teilsummen gleich einer 100% Erfüllung gleichgesetzt, im gezeigten Beispiel 0.571 = 100%. Dieses Vorgehen ermöglicht es, pro Kriteriengruppe eine auf Scoring und Gewichtung basierte Zielerreichung in Prozent auszudrücken. Wobei einer erhöhten prozentualen Zielerreichung ein erhöhtes Potential in der voranschreitenden Ambulantisierung, im Speziellen bei der ambulanten Chirurgie, zugeschrieben wird.

3.5 Relevante Standortfaktoren, Beschreibung und Datenauswertung

Im Nachfolgenden werden alle Standortfaktoren erläutert und beschrieben. Stehen für das Kriterium entsprechende empirische Daten zur Verfügung, so wird die Bandbreite der Messwerte (Maximum, Minimum) und zusätzlich der Median der jeweiligen Stichprobe dargestellt.

3.5.1 Makroanalyse

Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	+ 326’874	+ 25’804	- 6’826

Seit 1984 erstellt das BFS im Auftrag des Bundesrates und in Zusammenarbeit mit anderen Bundesstellen periodisch Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. Dabei werden jeweils drei Grundszenarien (Referenzszenario, hohes Szenario, tiefes Szenario) verfolgt. In der weiteren Betrachtung wird bei den entsprechenden Standortfaktoren und Auswertungen ausschliesslich auf das Referenzszenario zurückgegriffen.

Die Bevölkerungsentwicklung stellt auch im Gesundheitsmarkt auf der Nachfrageseite ein entscheidendes Kriterium dar. Eine flächendeckend effiziente Verteilung auf der medizinischen Angebotsseite sollte aber nicht vor Kantonsgrenzen halt machen. Aus diesem Grund wird der kantonalen Bevölkerungsentwicklung im Zuge der Kriteriengewichtung auch nicht die grösstmögliche Relevanz zugewiesen.

Die Bevölkerungsentwicklung geht regional und kantonal weit auseinander. Hier gilt es zwischen der prozentualen Veränderung und der Entwicklung im Total zu unterscheiden. So wächst gemäss Referenzszenario die Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt bis 2040 um 9.0%, was einem Zuwachs von 17'778 Personen entspricht. Während der Kanton Schaffhausen im gleichen Zeitraum um vergleichbare 15'972 Personen wächst, was dort wiederum 19.1% gleichkommt. Aus dem Blickfeld zukünftig zunehmender Behandlungen bzw. ambulanter Eingriffe, sprich einer steigenden Nachfrageseite in Form von Patienten, wird deshalb das Total als Vergleichsgrösse berücksichtigt.

Den mit Abstand grössten Bevölkerungszuwachs erfährt der Kanton Zürich mit 326'874 Personen, darauf folgen die Kantone Waadt (173'653) und Aargau (156'380). Nahe um den Median liegen die Kantone Basel-Landschaft, Schwyz und Zug. Einzig für das Tessin wird ein Bevölkerungsrückgang von - 6'826 errechnet (BFS, 2020d).

Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, Anteil der 65-Jährigen und älter

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	+ 124’431	+ 23’172	+ 1’730

Die Bevölkerung ab 65 Jahren wird gemäss Referenzszenario schweizweit zwischen 2020 und 2040 mit einem Wachstum von nahezu 50% sehr stark ansteigen. Hauptursache dafür sind die geburtenstarken Babyboom-Jahrgänge, welche dann allmählich ins Rentenalter

kommen. Neben dem reinen Anstieg der Bevölkerung im Rentenalter ist diese Entwicklung vor allem auch auf die zunehmend höhere Lebenserwartung zurückzuführen. Gemäss dem Referenzszenario wird die Schweiz 2040 insgesamt 2,4 Mio. Personen ab 65 Jahren zählen, Ende 2019 waren es noch 1.6 Mio. Die Bevölkerungsalterung spiegelt sich somit auch in einer sehr starken Zunahme der Anzahl Personen ab 65 Jahren im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wider. Betrug deren Anteil Ende 2019 noch ca. 19%, so sind es im Jahr 2040 nahe zu 25% (BFS, 2020d).

Personen über 65 Jahre nehmen vermehrt medizinische Leistungen in Anspruch und sind häufiger spitalbedürftig als jüngere Personen. Für die zukünftige medizinische Versorgung ist die Bevölkerungsentwicklung der Personen über 65 Jahre deshalb von besonderem Interesse (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion, 2020). Die Verteilung der Gesundheitskosten auf die entsprechenden Altersgruppen ist exemplarisch für das Jahr 2017 in Abbildung 9 dargestellt. Stellt die Altersgruppe ab 65 Jahren wie oben erläutert lediglich 19% der Gesamtbevölkerung, so verursachen sie jedoch ca. 45% der jährlichen Gesundheitskosten.

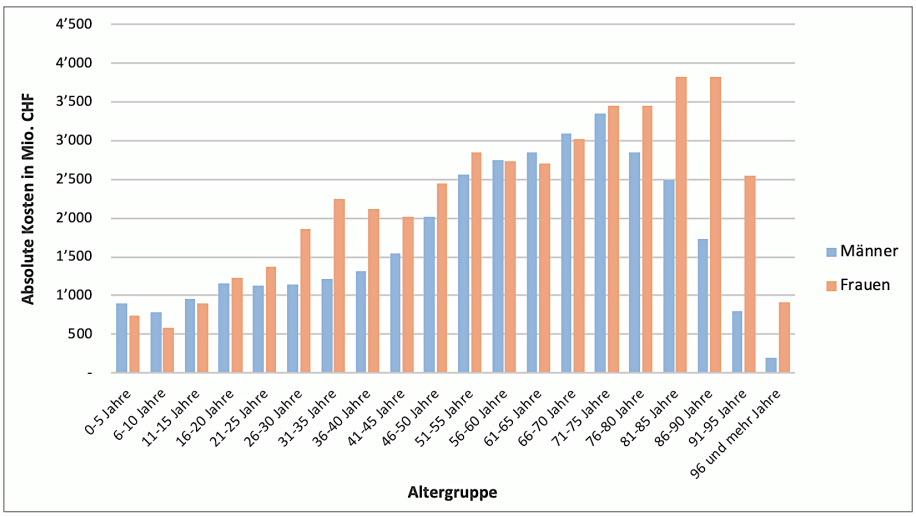


Abbildung 9: Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht, 2017 (Daten: BFS, 2020e)

Dies ist nicht weiter verwunderlich, unterliegt der Mensch doch einer natürlichen Alterung, einhergehend mit zunehmender Gebrechlich- und Pflegebedürftigkeit. Entsprechende Arztbesuche sowie die Häufigkeit und Länge der Spitalaufenthalte nehmen zu. Es zeigt die Wichtigkeit und Fokussierung auf diese Altersgruppe bei der Planung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Dementsprechend ist diesem Sachverhalt bei der ambulant chirurgischen Versorgung Rechnung zu tragen.

Wie oben dargestellt, gibt es beim Zuwachs dieser Altersgruppe kantonal starke Unterschiede. Den grössten Zuwachs erfährt folgerichtig der bevölkerungsstärkste Kanton Zürich. Hier wird ein Anstieg der Bevölkerung ab 65 Jahren um 124'431 Personen

prognostiziert. Anschliessend folgen der Kanton Bern (87'603) und der Kanton Aargau (87'450). Rund um den Median positionieren sich die Kantone Graubünden, Solothurn, Zug und das Tessin. Den geringsten Anstieg verzeichnet der Kanton Appenzell Innerrhoden mit lediglich 1'730 Personen.

Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	5.92	2.09	1.10

Wie unter Kapitel 2.2.2 erläutert stellt die Bettenkapazität, als Verhältniszahl zwischen Anzahl der Spitalbetten und Einwohner, ein allgemein anerkanntes Kriterium zur Versorgungsdichte dar. Im Umkehrschluss lassen sich hieraus auch mögliche Tendenzen zu Über- bzw. Unterversorgungen herauslesen. Im kantonalen Vergleich variiert die Bettenkapazität recht stark zwischen den Kantonen. Angeführt vom Kanton Basel-Stadt (5.92) folgen die Kantone Tessin (3.74) und Appenzell Ausserrhoden (3.73). Die geringste Kapazität weisen die Kantone Appenzell Innerrhoden (1.10) und Obwalden (1.30) aus.

Ausgehend von der wiederhergestellten Gesundheit bzw. dem *geheilten* Patienten als Produktionsmenge sowie dem Spitalbett als eingesetzter Produktionsfaktor, liesse sich folgende Hypothese aufstellen. In einer idealisierten Betrachtungsweise ist von positiven Skaleneffekten auszugehen. Würde bedeuten, um so grösser die kantonale Bevölkerungszahl, um so geringer der Einsatz des Produktionsfaktors Spitalbett. Dem folgend müsste sich dies über eine vorhandene negative Korrelation von Bettenkapazität und Bevölkerungszahl nachweisen lassen.

Mittels der deskriptiven Statistik zeigt der Korrelationskoeffizient (r) nach Pearson zwischen diesen beiden Grössen, aus einer Stichprobe aller Kantone, einen geringen Effekt von $r = 0.232$. Dies ist vor allem der herauszustellenden hohen Bettenkapazität des Kantons Basel-Stadt (5.92) geschuldet. Ohne den Kanton Basel-Stadt lässt sich wie in Abbildung 10 dargestellt eine immer noch geringe aber höhere Korrelation ($r = 0.431$) signifikant ($p = 0.031$) zwischen Bettenkapazität und Bevölkerungszahl nachweisen. Die Hypothese lässt sich nicht belegen. Im Gegenteil, mit steigender Einwohnerzahl steigt tendenziell auch die Bettenkapazität. Ein Grund dafür sind eventuell die Agglomerationseffekte der städtisch geprägten Kantone sowie der Patiententourismus aus ländlichen Regionen.

Als relevanter Standortfaktor in der Standortanalyse wird dabei den Kantonen mit aktuell

erhöhter Bettenkapazität ein zukünftig gesteigertes Potential bei der Verlagerung in ambulante Prozesse zugeschrieben.

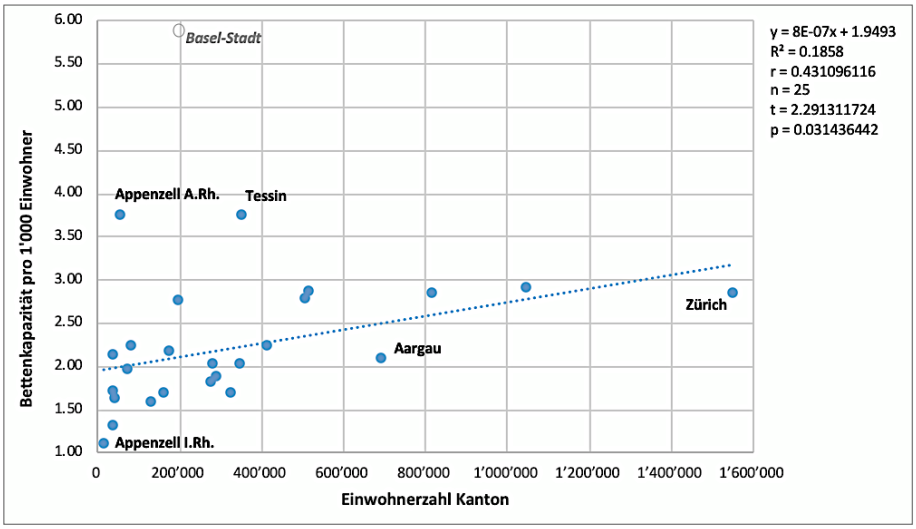


Abbildung 10: Einwohnerzahl und Bettenkapazität in Akutspitälern (exkl. Basel-Stadt) (Daten: BAG, 2018)

BIP pro Kopf (in CHF)

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	182’865	66’862	51’351

Das BIP pro Kopf ermöglicht einen Vergleich verschiedener, unterschiedlich grosser Wirtschaftsräume miteinander und kann als Mass für den materiellen Wohlstand seiner Einwohner in einem Land, einer Region bzw. einem Kanton angesehen werden. Auch hier gibt es schweizweit wiederum ein starkes Gefälle unter den Kantonen.

Aufgrund seiner Ausnahmestellung als Stadtkanton weisst der Kanton Basel-Stadt mit einem BIP pro Kopf von CHF 182'865 den grössten Wert auf, darauf folgen mit jeweils gewichtigen Abständen die Kantone Zug (145'280) und Genf (97'171). Die geringste Wirtschaftsleistung pro Kopf erwirtschaften die Einwohner der Kantone Uri (51'351) und Wallis (52'707).

Wie in Kapitel 2.1.2 dargelegt, korreliert das kantonale BIP stark negativ mit den OKP-Kostenanteil am BIP, was die Interpretation zulässt, dass aufgrund erhöhtem kantonalem BIP keine steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erfolgt. Eine Korrelationsanalyse zwischen kantonalem BIP pro Kopf und der Bettenkapazität pro 1'000 Einwohner (vgl. Abbildung 11) zeigt wiederum eine signifikant ($p = 0.001$) mittlere Korrelation ($r = 0.592$) zwischen beiden Variablen. Mit steigender Wirtschaftskraft erhöht sich die kantonale Bettenkapazität. Interessant ist, dass diese Korrelation stärker ausfällt als jene zwischen BIP pro Kopf und der Einwohnerzahl.

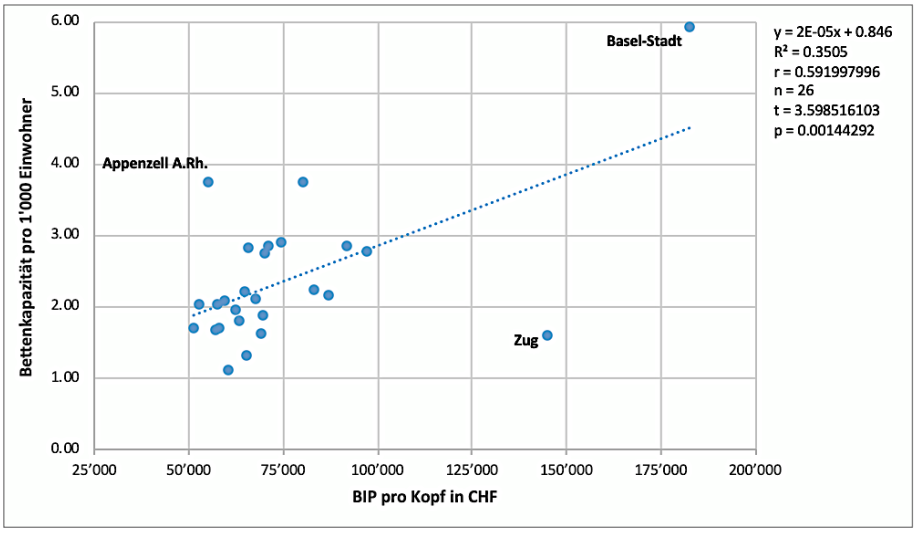


Abbildung 11: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu BIP pro Kopf (Daten: BFS, 2019d)

Die Ursachen für die unterschiedlichen Wirtschaftsleistungen pro Kopf sind vielfältig und können nicht im Umfang dieser Arbeit aufgezeigt werden. Jedoch hat das kantonale BIP pro Kopf einen nachweisbaren Einfluss auf die stationären Versorgungsstrukturen und bildet somit auch einen Standortfaktor für den Strukturwandel. Es zeigt, dass erhöhte Bettenkapazitäten in wirtschaftlich starken Zentren vorhanden sind. In der weiteren Betrachtung wird dabei den Kantonen mit einem niedrigen BIP pro Kopf ein zukünftig höheres Potential bei der Verlagerung in ambulante kostengünstigere Prozesse beigemessen.

Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	10.7	8.1	6.5

Die Sterbeziffer bezeichnet das Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle zum Durchschnittsbestand einer Population, ausgedrückt in Anzahl Todesfälle pro 1'000 Einwohner. Die im Folgenden verwendete kantonale Sterbeziffer bildet zwar nur einen sehr approximativen Indikator für die Leistung des Gesundheitssystems, auch hängt dieser von vielerlei Faktoren ab. Dennoch illustriert die Kennzahl, dass die Chancengleichheit auf ein gesundes Leben auch eine räumliche Dimension besitzt (Hill & SGGP, 2015, S. 50).

Die schweizweite Sterbeziffer lag im Jahr 2018 bei 7.9 pro 1'000 Einwohner. Die kantonalen Unterschiede sind wiederum sehr beträchtlich. So lagen 13 Kantone über diesem und 13 Kantone unter diesem bzw. bei genau diesem Wert. Die niedrigsten Sterbeziffern können die Kantone Zug (6.5) und Freiburg (6.5) vorweisen. Die mit Abstand höchste Ziffer zeigt der Kanton Basel-Stadt (10.7) auf, gefolgt vom Kanton

Schaffhausen (9.5). Somit weisst der Kanton Basel-Stadt eine um zwei Drittel höhere Sterbeziffer auf als die Kantone Zug und Freiburg. Unter Berücksichtigung der verhältnismässigen Kleinräumigkeit der Schweiz eine beachtliche Differenz.

Folgend wird ein Vergleich der kantonalen Bettenkapazität mit der Sterbeziffer aufgezeigt. Aus einer auf Effizienz ausgerichteten Betrachtung heraus entsteht die Annahme, eine erhöhte Bettenkapazitäten lässt auf eine verbesserte Versorgung und eine tiefere Sterbeziffer schliessen. Wie in Abbildung 12 dokumentiert, besteht eine signifikant ($p = 0.013$) geringe positive Korrelation ($r = 0.481$) zwischen beiden Variablen. Somit lässt sich festhalten, dass in einem kantonalen Vergleich eine erhöhte Bettenkapazität mit einer tendenziell steigenden Sterbeziffer einhergeht.

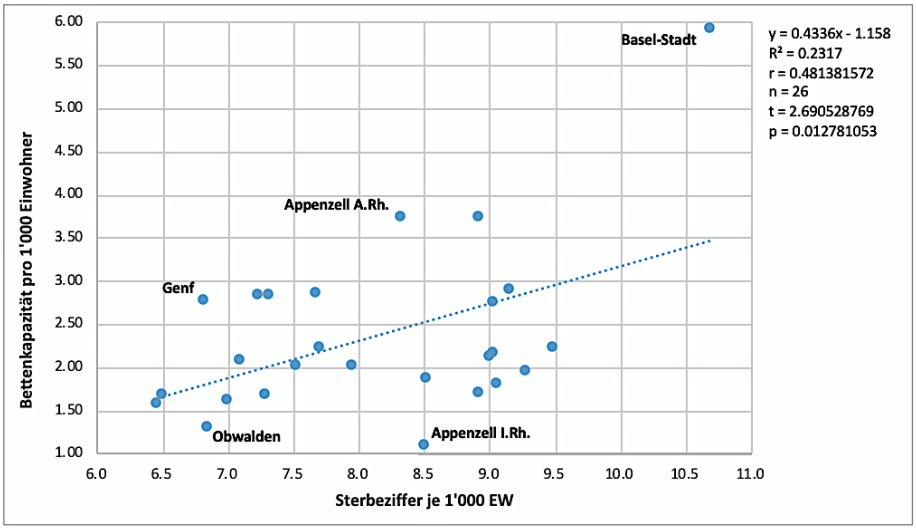


Abbildung 12: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu Sterbeziffer pro 1‘000 EW (Daten: BFS, 2019c)

Ergänzend sei die durch das OBSAN veröffentlichte Kennzahl «Verlorene potenzielle Lebensjahre» genannt. Die Korrelationsanalyse gibt dabei ein nahezu identisches Bild ab (vgl. Anhang 8). Bei dieser Erhebung werden auf kantonaler Ebene vorzeitige Todesfälle mit dem Indikator der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre gemessen, wobei früher eintretende Todesfälle stärker gewichtet werden. Gemäss OBSAN kann damit «auch gemessen werden, inwiefern die Fortschritte in der Medizinaltechnologie oder Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen die vorzeitigen oder vermeidbaren Todesfälle verringern» (OBSAN, Verlorene potenzielle Lebensjahre, 2017).

Aufgrund der dargestellten Wechselbeziehungen ist die Sterbeziffer für das Standortanalyseverfahren ein interessanter Faktor. Davon ausgehend, dass die kantonal stark abweichende Sterbeziffer Indiz für eine ungleichgewichtige Gesundheitsversorgung ist, fliesst dieses Kriterium in die Standortanalyse mit ein. Dabei wird den Kantonen mit erhöhter Sterbeziffer entsprechend mehr Handlungsbedarf bzw. Potential unterstellt.

Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	678	580	341

Spitäler und Gesundheitsdienstleister nehmen eine entscheidende Rolle in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ein. Aus diesem Grund stellt deren individuelle Erreichbarkeit einen wesentlichen Standortfaktor dar. Doch neben der reinen Erreichbarkeit gilt es auch die Mobilität auf der Nachfrageseite abzuschätzen. Viele der grossen Zentrumsspitäler befinden sich zu meist in mit dem ÖV gut erreichbaren Innenstadtlagen. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen, Infektionsgefahren oder Gebrechen die Erreichbarkeit mit dem MIV auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielt.

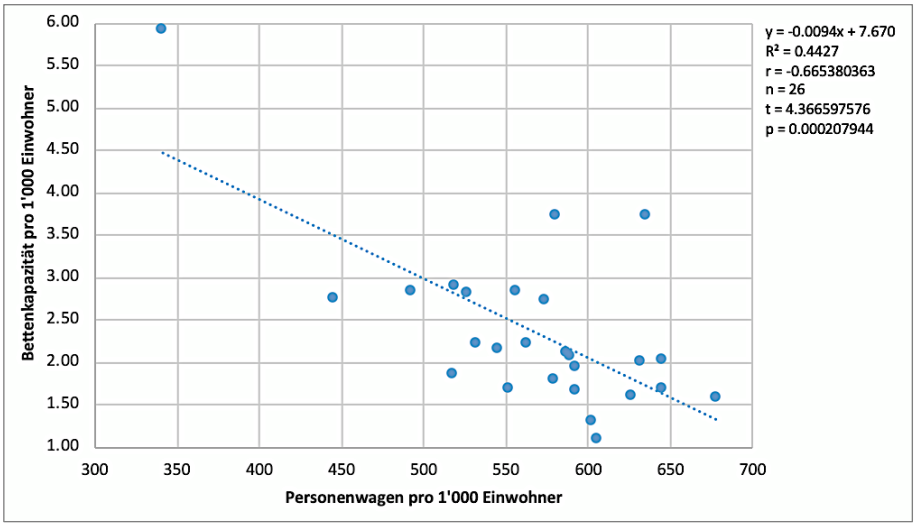


Abbildung 13: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu Personenwagen pro 1‘000 EW (Daten: BFS, 2020f)

Die Mobilität der kantonalen Bevölkerung bezüglich des MIV lässt sich über die Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner abschätzen. Sie kann ein Indikator dafür sein, wie individuell mobil die Bevölkerung aufgestellt ist. Abbildung 13 zeigt eine signifikant ($p = 0.0002$) mittlere negative Korrelation ($r = -0.665$) zwischen der Anzahl Personenwagen und der Bettenkapazität pro 1'000 Einwohner. Mit steigender Anzahl Personenwagen sinkt die kantonale Bettenkapazität.

Die geringste Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner verzeichnen der Kanton Basel-Stadt (341) sowie der Kanton Genf (445). Rund um den Median positionieren sich die Kantone Appenzell Ausserrhoden (580), Solothurn (579) und Glarus (586). Die aus dieser Betrachtung heraus grösste individuelle Mobilität weisen die Kantone Zug (678), Schwyz (645) und Wallis (645) auf.

3.5.2 Mesoanlayse

Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	+ 75’342	+ 13’202	- 156

Jeder Kanton in den Grossregionen Nordwestschweiz und Zürich erhebt auf Ebene von Bezirken bzw. Regionen ebenfalls demografische Daten. Summiert setzen sich die Kantone Aargau (11), Basel-Landschaft (5), Basel-Stadt (1), Zürich (11) zu 28 Teilregionen zusammen.

Der mit Abstand grösste Bevölkerungszuwachs mit 75'342 Personen wird in der Region Zürich erwartet, welcher gleichzusetzen ist mit der Stadt Zürich. Mit Abstand folgen die Regionen Winterthur und Umland (37'749) sowie Oberland (33'767), beide ebenfalls im Kanton Zürich. An fünfter Position und als erste nicht im Kanton Zürich liegende Region folgt der Bezirk Baden (33'183) im Kanton Aargau. Der geringste Bevölkerungszuwachs bzw. -rückgang wird für die Bezirke Zurzach (- 156) und Kulm (222) prognostiziert, beide ebenfalls im Kanton Aargau.

In dieser Betrachtung nicht berücksichtigt ist die interkantonale Patientenmigration, welche im akutsomatischen Spitalbereich starke Auswirkungen zeigt. So hält die Gesundheitsdirektion Zürich in ihrer Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 - 2025 (2017) fest: «Viele Patienten lassen sich nicht in der eigenen Wohnregion behandeln. Zum einen wird nicht das vollständige medizinische Spektrum in jeder Wohnregion angeboten, zum anderen besteht die Spitalwahlfreiheit» (S. 38). Im Zuge der Ambulantisierung geht PWC (2020) jedoch davon aus, «dass einfache und routinemässige Untersuchungen geografisch nahe gelegen in Anspruch genommen werden wollen und dass diese möglichst einfach zugänglich sein sollen» (S. 9).

Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040, Anteil der 65-Jährigen und älter

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	+ 28’869	+ 8’495	+ 1’393

In der Altersgruppe 65 + zeigt sich ein sehr ähnliches Bild. Folglich wird auch in den Regionen Zürich (28'869), Oberland (20'132) und Winterthur und Umland (19'990) diese Altersgruppe im Total am stärksten wachsen. Nahe um den Median positionieren sich das Limmattal (8'449) und die Region Rheinfelden (8'540), während die Region Waldenburg (1'393) im Kanton Basel-Landschaft den minimalsten Zuwachs verzeichnet.

Wie einleitend erwähnt, werden die Bevölkerungsentwicklungen in totalen Zahlen und nicht in prozentualen Veränderungen berücksichtigt. Gleichwohl soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass es durchaus Bezirke gibt, welche einer sehr starken Wachstumsrate unterliegen. Beispielhaft seien hier die Regionen Muri im Kanton Aargau und Liestal im Kanton Basel-Landschaft genannt. Beide Regionen weisen heute eine vergleichsweise geringe Anzahl Personen in dieser Altersgruppe auf, jedoch wird ihnen ein Zuwachs bis 2040 von bis zu 124% bescheinigt. Im Falle der Region Liestal bedeutet dies, dass der regionale Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen von heute 19.7% auf 40.6% ansteigt.

Gemeindetypologien gemäss BFS

Für die Bewertung eines Standortes gilt es die Raum- und Siedlungsstrukturen in die Betrachtung mit einzubeziehen. Diese lassen zusätzlich Rückschlüsse auf der Nachfrageseite bzw. den aktuellen und zukünftigen Patientenströmen zu. Parallel gibt die geographische Lage Auskunft über die Erreichbarkeit eines Ortes. Dabei können sich physische Gegebenheiten wie Berge, Täler und Gewässer sowie infrastrukturelle Bauten wie Strassen, Brücken und Bahnhöfe entscheidend auf die Erreichbarkeit auswirken (Krämer, 2001, S. 78).

In diesem Zusammenhang kann in einer vereinfachten Art die Zuweisung der Standort zu entsprechenden Raumtypen helfen. Raumtypisierungen gruppieren Raumeinheiten wie z. B. Kantone, Bezirke oder Gemeinden nach bestimmten Kriterien. Dabei werden Einheiten mit ähnlichen Merkmalen zu einer Kategorie zusammengefasst. Das Erkennen von bestimmten Strukturen oder Zusammenhängen wird zum Teil erst durch solche Kategorisierungen ermöglicht. Das BFS hat dazu einen Katalog von Gemeindetypologien erstellt, wonach jeder Standort der Schweizer Landeskarte einem der Typen zugeteilt ist. Aus einem mit Kriterien hinterlegten Entscheidungsbaum werden dabei schweizweit 9 Gemeindetypen abgeleitet, welche freizugänglich über die Website «Statistischer Atlas der Schweiz» abgerufen werden können (BFS, 2017). Die Unterscheidung der 9 Typen basiert dabei auf Dichte-, Grösse- und Erreichbarkeitskriterien:

- Städtische Gemeinde einer grossen Agglomeration
- Städtische Gemeinde einer mittelgrossen Agglomeration
- Städtische Gemeinde einer kleinen oder ausserhalb einer Agglomeration
- Periurbane Gemeinde hoher Dichte
- Periurbane Gemeinde mittlerer Dichte
- Periurbane Gemeinde geringer Dichte
- Ländliche Zentrumsgemeinde

- Ländliche zentral gelegene Gemeinde
- Ländliche periphere Gemeinde

Auf der Mesoebene werden keine gesonderten Standortfaktoren für Gemeindegrösse und Erreichbarkeiten erfasst und bewertet. Mittels des Kriteriums der Gemeindetypen kann auf dieser Ebene in einer vereinfachten Form eine Einordung des jeweiligen Standortes vorgenommen werden.

Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	25.3%	8.4%	5.6%

Der Wettbewerb um gut ausgebildete und spezialisierte Fachkräfte wird sich verschärfen. Die niedrige Arbeitslosigkeit, die hohe Zuwanderungsquote, das allgemeine Wachstum sowie die hohen Qualifikationsanforderungen sorgen dafür, dass das Gesundheitswesen vom Fachkräftemangel überdurchschnittlich stark betroffen ist. Das OBSAN (Merçay & Grünig, 2016, S. 2) zeigt in einem Bericht auf, dass bis 2030 zusätzlich 65'000 Pflegepersonen mehr in der Schweiz benötigt werden, davon betroffen ist auch die ambulante Pflege. Dies zeigt die Wichtigkeit des Arbeitsmarkts im Gesundheitswesen als Kriterium im Zuge von Standortanalysen auf.
Für die Datenerhebung wurde aus der Gruppe der Akutspitäler (vgl. Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) eine Stichprobe aus allen Spitalstandorten im Kanton Zürich isoliert. Die in Frage kommenden 23 Akutspitäler verteilen sich auf 12 Städte und Gemeinden. Das Immobilien Bewertungs- und Analysesystem IMBAS (Fahrländer Partner Raumentwicklung) erlaubt es über einen standardisierten Gemeindecheck entsprechende Daten zu den Vollzeitäquivalente pro Kernbranche und Gemeinde zu erfassen. In der isolierten Stichprobe reicht die Spanne von 25.3% (Gemeinde Zollikerberg) über 12.7% (Gemeinde Uster) bis hin zu 5.6% (Gemeinde Dielsdorf). Im Standortanalyseverfahren wird diese Spanne für alle Standorte auf der Mesoebene angewendet.

Spitalaustritte während des Jahres (stationär)

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Spitäler	42’037	7’756	1’096

Die Spitalaustritte bilden die Gesamtzahl der administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines Jahres bei allen Aktivitätstypen beendet

wurden. Der vorliegenden Arbeit wurden die Daten aus dem Jahr 2018 zugrunde gelegt (BAG, 2018). Die Stichprobe setzt sich aus den akutsomatischen Spitälern (vgl. Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) der beiden betrachteten G rossregionen Nordwestschweiz und Zürich zusammen, gesamthaft 39 Spitäler.

Die höchste Anzahl an Spitalaustritten in dem definierten Zeitraum kann mit 42'037 Austritten das Universitätsspital Zürich vorweisen, gefolgt vom Universitätsspital Basel (36'760) und dem Kantonsspital Aarau (28'803). Rund um den Median positionieren sich vor allem die Spitäler der Grundversorgung, wie das Kreisspital in Muri (7'756), das Spital Männedorf (7'719) und das Bethesda Spital in Basel (7'628). Die niedrigste Anzahl an Austritten meldet die Adus Medica AG in Dielsdorf (1'096) sowie die Uroviva Klinik AG in Bülach (1'099).

Im Analyseverfahren wird den Spitälern mit einer geringen Anzahl an Austritten ein höheres Potential in der voranschreitenden Ambulantisierung zugeschrieben.

Case Mix Index (CMI) netto

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Spitäler	1.610	0.929	0.653

Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Dieser ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte aller Fälle eines Spitals (vgl. Kapitel 2.3.1). Wird der Case Mix durch die Anzahl Fälle eines Jahres dividiert, ergibt sich der CMI und damit der durchschnittliche Schweregrad eines Spitals. Der CMI stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Spitalfälle dar. Bedeutung hat der CMI vor allem in medizinisch-ökonomischen Patientenklassifikationssystemen, wie dem in Kapitel 2.3.1 erläuterten SwissDRG System.

Die Höhe des CMI gibt somit keinen Aufschluss darüber ob und wie effizient ein Spital wirtschaftet. Der Index macht eine Aussage über die durchschnittliche Komplexität des Patientengutes und über den Schweregrad der Behandlung im gesamten Spital. Aus diesem Grund wundert es nicht, dass die Stichprobe mehrheitlich von den Universitätsspitälern angeführt wird, welche die hochspezialisierte Medizin in ihren Häusern erbringen. Obgleich die nichtuniversitäre Klinik Hirslanden Zürich (1.432) an zweiter Stelle folgt. Die Adus Medica AG in Dielsdorf (0.653), das Asana Gruppe AG Spital in Menziken (0.723) sowie das Paracelsus-Spital Richterswil (0.727) zeigen in diesem Kriterium die niedrigsten Werte.

Ein erhöhter CMI kann als Indiz für eine erhöhte Spezialisierung interpretiert werden,

tiefe Indizes deuten dahingehend auf verhältnismässig leichte medizinische Fälle hin. Da es vor allem die einfachen chirurgischen Eingriffe sind, welche sich zunehmend ins ambulante Setting verschieben, wird ein tiefer CMI mit erhöhtem Potential bewertet.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen (stationär)

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Spitäler	9.0	4.7	1.6

Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer ergibt sich aus der Summe der Pflegetage, dividiert durch die Anzahl Austritte im Jahr. In einer ersten Überlegung ist anzunehmen, dass ein hoher CMI stark mit der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer der Patienten korreliert. Wie Abbildung 14 zeigt, korrelieren beide Variablen auf einem geringen Niveau. Grund dafür können die unterschiedlichen spitalspezifischen Spezialisierungen auf einzelne Fachgebiete, aber auch eine divergierende mittlere Altersstruktur im Patientengut sein. So erfordern chirurgische Eingriffe bei älteren Menschen nicht zwangsläufig eine höhere Komplexität. Sie sind in der Regel aber mit einem langwierigeren Heilungsprozesse und damit einhergehend einem längeren Spitalaufenthalt verbunden.
Die mit Abstand durchschnittlich längste Aufenthaltsdauer von 9.0 Tagen erfahren die Patienten in der Klinik Arlesheim.

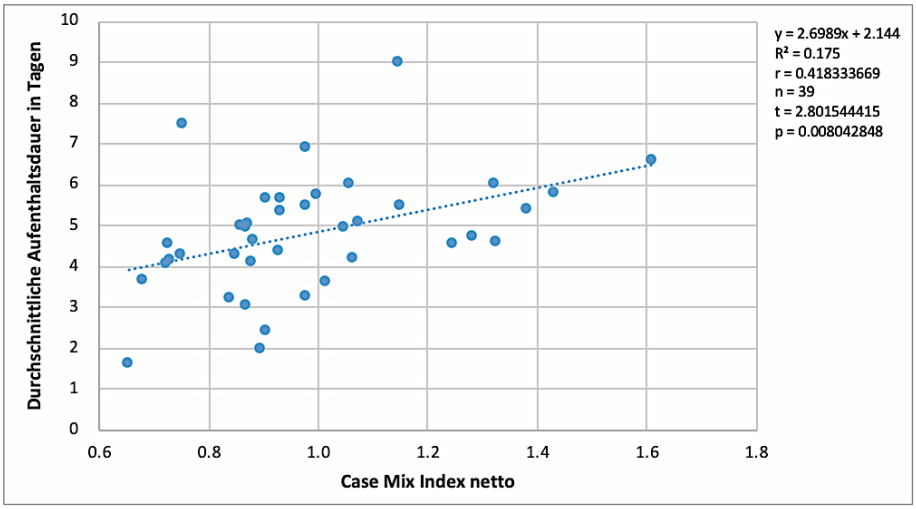


Abbildung 14: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu CMI (Daten: BAG, 2018)

Die Klinik Arlesheim wirbt damit, die weltweit erste Klinik für anthroposophische Medizin zu sein, einer ganzheitlich komplementär-medizinischen Ausrichtung der Medizin. Gemäss typologischer Einordung gehört die Klinik in den Typ Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5), ist deshalb Bestandteil der Stichprobe. Nachfolgend weisen

das Spital Affoltern (7.52) und das Stadtspital Waid (6.90) die längsten Aufenthaltsdauern auf.

Patientenzufriedenheit

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Spitäler	4.55	4.17	3.94

Im Bereich der privaten Dienstleistungen kommt aufgrund der Deregulierung der Märkte dem Standortfaktor Konkurrenz eine erhebliche Bedeutung zu. Trotz des gewünschten Wettbewerbs (Spitalfinanzierung seit 2012) ist der Spitalmarkt bzw. die Spitalplanung weiterhin einer öffentlichen Dienstleistung zuzuordnen. In diesem Fall stellt der Markt keine eigenständige Kontrollinstanz dar, welche feststellt, «ob das Angebot im Sinne der Kunden und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten optimal bemessen ist» (Krämer, 2001, S. 33). Als Stichworte seien hier die angebotsinduzierte Nachfrage und regionale Überkapazitäten genannt. Sollte jedoch die Transparenz, die Deregulierung und Liberalisierung bei den öffentlichen Dienstleistungen dereinst zunehmen, kann der Standortfaktor Konkurrenz bei den Spitälern zukünftig an Bedeutung gewinnen.

Für Konkurrenzanalysen zwischen den Spitälern kommen nach Krämer (2001) zwei Methoden zur Anwendung, die Portfolioanalyse und die Messung der Patientenzufriedenheit (S. 123). Dabei umfasst die Portfolioanalyse die Aufnahme des medizinischen wie nichtmedizinischen Leistungsspektrums sowie die Erhebung wichtiger Leistungskennziffern des eigenen Spitals. Die Ergebnisse lassen sich anschliessend mit konkurrierenden Spitälern vergleichen. Des Weiteren ist zur Sicherung des Unternehmenserfolgs und damit indirekt auch des Unternehmensstandorts die Kundenzufriedenheit ein zentrales Element.

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) veröffentlicht jährlich eine Auswertung zur «Patientenzufriedenheit Akutsomatik Erwachsene» der Schweizer Spitäler (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ), 2020). In der zugrundeliegenden Patientenbefragung wird ein Fragebogen mit sechs Zufriedenheitsfragen verwendet. Im Weiteren wird stellvertretend für die Patientenzufriedenheit die Auswertung folgender Frage berücksichtigt: «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?» Wobei fünf Antworten zwischen «ausgezeichnet» (5) und «schlecht» (1) zur Verfügung

stehen (vgl. Anhang 10). Für alle 39 Spitäler aus der Stichprobe (Grossregion Nordwestschweiz und Zürich) liegt ein Messergebnis vor.

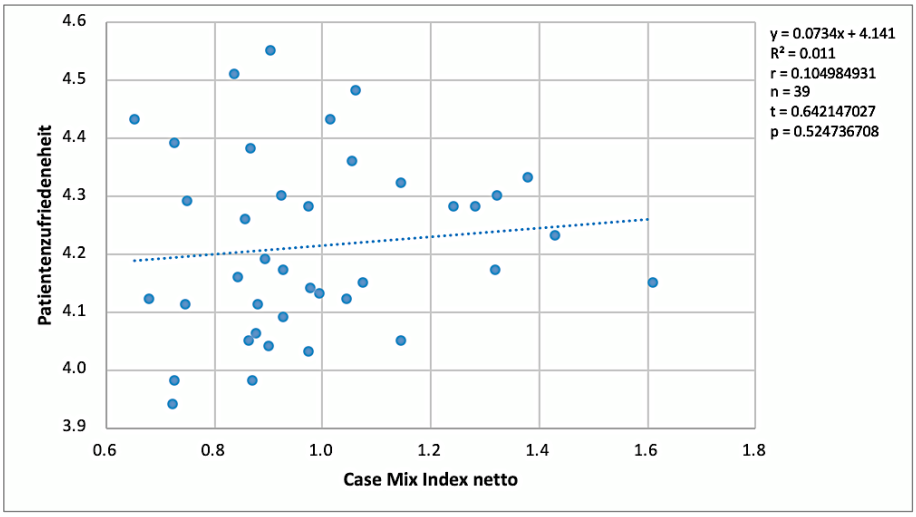


Abbildung 15: Patientenzufriedenheit zu Case Mix Index (Daten: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung, 2020)

Die Patientenzufriedenheit wird durch eine Vielzahl persönlicher Wahrnehmungen und Einschätzungen beeinflusst. Abbildung 15 zeigt auf, dass z. B. mit steigendem CMI kein Abfall der Patientenzufriedenheit einhergeht. Somit erreichen auch die Spitäler mit schweren und hochkomplexen Fällen eine gute Patientenzufriedenheit. Eine negative Korrelation mit geringem Effekt (r = -0.41) zeigt sich zwischen dem Bettenbelegungsgrad eines Spitals (über ein gesamtes Jahr) und der Patientenzufriedenheit. Spitäler mit geringeren Belegungsgrad, sprich weniger Auslastung, besitzen tendenziell zufriedenere Patienten (vgl. Anhang 11).

Die höchste Patientenzufriedenheit in der Stichprobe weisst die Klinik Pyramide am See AG (4.55) in Zürich auf, gefolgt von der Praxisklinik Rennbahn AG (4.51) in Muttenz. Die niedrigsten Werte erreichen die Asana Gruppe AG Spital Menziken (3.94) und das See-Spital (3.98) in Horgen. Spitälern mit einer hohen Patientenzufriedenheit wird ein erhöhter Score zugewiesen.

3.5.3 Mikroanalyse

Mikrolagerating Verkauf, Lage

	Maximum	Minimum
Bandbreite: Spitäler	5.0	1.0

Für das strategische Management im tertiären Sektor (Handel und Dienstleistung) stellt die Bestimmung der Standortfaktoren ein wichtiges Instrument dar. Wie einleitend in Kapitel 3.2 umschrieben, bilden die vorhandenen Standorttheorien aus den verwandten

Sektoren adäquate Ansatzpunkte im Standortanalyseverfahren. Unter Berücksichtigung der Spitalfinanzierung (2012) und dem gewünschten Wettbewerb gilt es einen weiteren Aspekt zu berücksichtigen.

Die Bevölkerung ist zunehmend auf die Eigenverantwortung der Gesundheitserhaltung sensibilisiert. Wurde früher bei einem akuten Leiden der Arzt oder das Spital aufgesucht, so tritt heute die Prävention und Gesundheitserhaltung immer stärker in den Vordergrund. Die Politik hat erkannt, dass die Gesundhaltung der Bevölkerung ökonomisch nachhaltiger ist. So hält die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in ihrem Gesundheitsversorgungsbericht kurz und knapp fest, «Vorbeugen ist besser als Behandeln» (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion, 2020, S. 11). Somit steigt die gezielte Nachfrage nach entsprechenden Angeboten. Diese reichen von präventiv-medizinischen Gesundheitschecks über regelmässige präventiv-psychologische Sitzungen bis hin zur digitalen Überwachung der Vitalfunktionen durch Apps. Zunehmend werden diese auch von den Arbeitgebern und Versicherern gefördert.

Dies verdeutlicht, wie das Gesundheitswesen und im Speziellen die Leistungserbringer immer stärker in die Rolle eines vergleichbaren Dienstleisters im Tertiärsektor wachsen, in der Vorsorge wie in der Behandlung. Aus Sicht der Leistungserbringer rückt damit auch der Faktor Verkauf der angebotenen Dienstleistung in das Blickfeld und wo diese dem Kunden angeboten wird.

Über das Immobilien Bewertungs- und Analysesystem IMBAS (Fahrländer Partner Raumentwicklung) kann für annährend schweizweit jede Adresse ein Mikro-Lagerating erstellt und abgerufen werden, dies beinhaltet neben den Kriterien Wohnen und Büro ein Rating des Standorts zum Kriterium Verkauf. Das Rating reicht dabei von 1 (ungeeignete Lage) bis 5 (beste Lage). Somit wird im Zuge der Standortanalyse auf ein vorhandenes Rating zurückgegriffen, womit auf eine aufwendige Datenerhebung verzichtet werden kann. Ein höheres Rating wird auch im Bewertungsmodell entsprechend höher bewertet.

Erreichbarkeit auf der Strasse (ARE)

Neben der geographischen Dichte der Gesundheitsversorgung gilt es auch deren physische Erreichbarkeit zu berücksichtigen. Dabei ist die Erreichbarkeit auf der Nachfrageseite stärker als in anderen Branchen vom MIV geprägt. Akute Erkrankungen, körperliche Beeinträchtigungen, Ansteckungsgefahren und erhöhtes Alter lassen Patienten vornehmlich individuell und in Begleitung mit dem Fahrzeug anreisen. Aktuelle Untersuchungen und Verkehrsmodelle im Zuge einer laufenden kantonalen Gebietsplanung (Gebietsplanung Lengg, Zürich) zeigen ein ähnliches Bild. Dabei werden die Chancen auf einen veränderten Modalsplit zugunsten des ÖV für den

Verkehrsteilnehmer *Patient* als begrenzt eingestuft (Berechnungen, Modelle und Protokolle liegen dem Autor vor).

Das ARE unterhält ein Nationales Personenverkehrsmodell, welches dazu dient, schweizweit das Mobilitätsverhalten von Personen zu analysieren und zu prognostizieren. Über das frei zugängliche Webportal von geo.admin.ch können die verschiedenen Modellergebnisse visuell abgerufen und basierend auf geografischen Kartendaten parzellengenau dargestellt werden. Die Erreichbarkeit auf der Strasse wir dabei je Verkehrszone, in Abhängigkeit der Reisezeiten von allen Zonen in der Schweiz zur Verkehrszone sowie der Anzahl von in der Verkehrszone vorhandenen Einwohnern und Arbeitsplätzen ermittelt. Daraus resultiert ein Punktesystem, welches sich auf einer Skala von 0 bis über 50'000 Punkten bewegt und in verschiedenen Farbabstufungen kartografisch darstellt. Eine Kategorisierung durch das ARE in beschreibende und einordnende Güteklassen erfolgt daraus nicht.

Das bereitgestellte Modell und die einfache Zugänglichkeit der Daten ermöglichen im Zuge der Standortanalyse die entsprechenden Standortdaten pro Spital einfach zu ermitteln und einzusetzen. Der farblichen Abstufung folgend wird für das Bewertungsmodell eine Skala von 1 bis 10 aufgebaut:

- ≥ 50'000 Punkte : 10
- ≥ 25'000 Punkte : 9
- ≥ 15'000 Punkte : 8
- ≥ 10'000 Punkte : 7
- ≥ 7'500 Punkte : 6
- ≥ 5'000 Punkte : 5
- ≥ 2'500 Punkte : 4
- ≥ 1'000 Punkte : 3
- ≥ 250 Punkte : 2
- < 250 Punkte : 1

ÖV-Güteklassen (ARE)

Neben der Erschliessung mittels MIV ist geleichwohl die Erreichbarkeit mittels öffentlichen Verkehr nicht gänzlich ausser Acht zu lassen. So begründet das Universitätsspital Zürich die grossflächige Auslagerung ambulanter Behandlungen an den Flughafen Zürich (2020) unteranderem mit der sehr guten und überregionalen ÖV-Anbindung (Hochparterre, 2019, S. 5).

Gleich dem vorhergehenden Punkt können entsprechende ÖV-Güteklassen

parzellengenau über geo.admin.ch abgerufen werden. Diese werden in einem automatisierten Prozess aus den Daten des elektronischen Fahrplans der Schweizerischen Transportunternehmungen (HAFAS) berechnet. Dabei gliedern sich die ÖV-Güteklassen in folgende Kategorien, welche als ein wichtiger Indikator für die Beurteilung der Erschliessung mit dem öffentlichen Verkehr zu verstehen sind:

- Klasse A: sehr gute Erschliessung
- Klasse B: gute Erschliessung
- Klasse C: mittelmässige Erschliessung
- Klasse D: geringe Erschliessung

Anlagenutzungskosten (ANK) pro Operationssaal (in CHF)

	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	2'404'247	1'037'507	135'702

Mit der Revision des KVG hat sich die Bedeutung der Spitalimmobilien aus ökonomischer Sicht einschneidend verändert. Denn damit ziehen sich die Kantone aus der Finanzierung der Spitalinfrastruktur zurück und die Spitäler müssen sich neu direkt über die Behandlungskosten (vgl. Kapitel 2.3.1) refinanzieren. Mit den Pauschalen werden somit auch die Betriebs- und Investitionskosten vergütet. Unter Berücksichtigung des Fortführungsprinzips eines Unternehmens ist dies verständlich. Der Einbezug von Investitionskosten in die Tarif- bzw. Preisbildung ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nachvollziehbar (Besson, 2013, S. 27). Dafür sind die Anlagen (bestehende sowie neue Investitionen) in einer betriebsinternen Anlagebuchhaltung zu erfassen und mit definierten Parametern, wie z. B. Anschaffungsjahr, Anschaffungswert, geplante Nutzungsdauer, Abschreibungssatz, jährliche Abschreibung, Buchwerte und den kalkulatorischen Zinssatz, zu hinterlegen. Die VKL verpflichtet in Art. 10, Abs. 5 die Spitäler zur Führung einer Anlagebuchhaltung. Die daraus resultierende Ermittlung der jährlichen ANK ist vereinfacht in Tabelle 10 dargestellt. Schlussfolgernd daraus besitzen neuwertige Spitalimmobilien mit hohen Abschreibungswerten tendenziell höhere ANK.

Relevante ANK auf Betriebsebene	=	∑ jährliche Abschreibungen + ∑ jährliche kalkulatorische Zinsen	+	∑ jährliche Mieten + ∑ jährliche Abzahlungsgeschäfte

Tabelle 10: Ermittlung der ANK nach VKL

Die Kalkulation der ANK erfolgt dabei über Art. 2 der VKL. Diese macht dazu folgende Aussage: «Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für: *a.* die Unterscheidung der Leistungen

und der Kosten zwischen der stationären, der ambulanten und der Langzeitbehandlung.» Die Korrektheit der Bestimmung der ANK nach VKL steht seit ihrer Einführung im Blickfeld. Vor allem die geforderte Notwendigkeit der *gleichlangen Spiesse* und die Wahrung des fairen Wettbewerbs aller Spitäler untereinander steht hierbei im Fokus und wird von den Kritikern angezweifelt. Die genaue Definition von Investitionen, die wirtschaftlich korrekte Ermittlung der Abschreibungsbasis sowie des Abschreibungsverfahrens, die exakte Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen und der Einbezug von Landwerten, sind nur einige Punkte, welche der Diskussion unterliegen. So hielt PwC bereits vor einigen Jahren fest, obgleich «viele Spitäler auf historisch gewachsenen Arealen angesiedelt sind und auf die Lage (bisher) keinen Einfluss hatten, gewinnt die Standortfrage mit der Einpreisung des Bodens in die künftige Kostenstruktur deutlich an Einfluss» (PwC Schweiz, 2010). Wie verzerrend sich z. B. die Bereitstellung von Land zu marktunübliche Baurechtszinsen auf die ANK auswirkt, lässt sich aus Tabelle 10 schlussfolgern. Eine weitere Ausformulierung der Problemstellung lässt der Umfang dieser Arbeit nicht zu. Doch sei an dieser Stelle auf die Publikation «Nachhaltige Grundversorgung sicherstellen» (2013) von Pascal Besson verwiesen, welche sich ausführlich mit diesem Thema beschäftigt.

In einem Benchmarking-Verfahren lassen sich die ausgewiesenen ANK innerhalb eines Spitals auf die Benchmark *ANK pro OPS* umlegen (ANK / Anzahl OPS = ANK pro OPS). Dies gibt einen Anhaltspunkt über die Höhe der gesamten Infrastrukturkosten im Verhältnis zur einzelnen produktiven Einheit, in diesem Fall einem OPS. Im Zusammenspiel mit der mindervergüteten ambulanten Chirurgie ein zu beachtender Faktor.

Das BFS publiziert die jährliche «Statistik der Patientendaten Spital ambulant» auf Ebene der Kantone. Daraus können die «Rechnungsbeträge der ambulanten Leistungen, nach TARMED-Kapitel und Kanton des Standortes» herausgelesen werden (vgl. Anhang 14). Für die weitere Betrachtung wurden die Teilbeträge (in Prozent) für die relevanten Bereiche «Operationssaal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik» und «Anästhesie» isoliert und zusammengefasst. Somit ergibt sich ein kalkulatorischer Prozentsatz der Kosten für ambulante Chirurgie im Verhältnis zur Summe aller ambulanten Kosten im Spital. Die Höhe des Wertes lässt sich dabei wie folgt interpretieren: ein steigender Prozentsatz weist auf ein erhöhtes Volumen von ambulanter Chirurgie hin. Zusammenfassend kann vom *Grad der ambulanten Chirurgie* gesprochen werden.

Auf Ebene der Einzelspitäler liegt eine vergleichbare Auswertung zu den Rechnungsbeträgen für ambulante Leistungen leider nicht vor, aus diesem Grund erfolgt

in Abbildung 16 ein Vergleich auf kantonaler Ebene. Diese zeigt eine signifikant (p = 0.003) mittlere negative Korrelation (r = -0.565) zwischen ANK pro OPS und dem *Grad der ambulanten Chirurgie*.

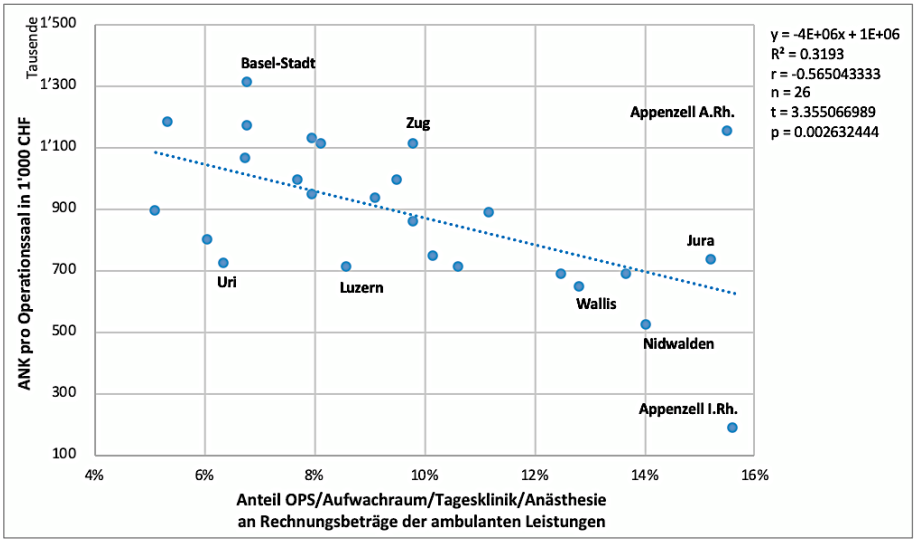


Abbildung 16: ANK pro OPS zu Kostenanteil ambulante Chirurgie (Daten: BFS, 2019b)

In Spitälern mit tiefen ANK erfolgt scheinbar ein erhöhter Anteil an ambulanter Chirurgie in den OPS Infrastrukturen. Eine schlüssige Interpretation dieser negativen Korrelation lässt sich nicht ohne weiteres herleiten. Ausgehend davon, dass sich die ANK aus den oben aufgeführten Variablen zusammensetzen, lassen sich möglicherweise zwei Hypothesen aufstellen. Zum einen, dass die tieferen ANK auf ältere Infrastrukturen hindeuten, in welchen verstärkt ambulante Chirurgie durchgeführt wird. Zum anderen, dass im Hinblick auf das ambulante Setting kosteneffizienter investiert wird.
Die geringsten ANK pro OPS weisen die Adus Medica AG in Dielsdorf (135'702) sowie die Praxisklinik Rennbahn AG in Muttenz (268'948) auf. Die höchsten Werte erzielen nicht etwa die Universitätsspitäler, sondern das Spital Affoltern in Affoltern am Albis (2'404’2479) und das St. Claraspital in Basel (2'120'699). Letzteres hat zwischen 2015 und 2020 zwei umfangreiche Bauprojekte realisiert.

Buchwert des OP-Trakts gemäss Anlagebuchhaltung

Wie vorhergehend erläutert, gewinnen die Spitalimmobilien als Position in der Anlagebuchhaltung sowie in der Unternehmensbilanz zunehmend an Bedeutung. Nach VKL Art. 10a, Abs. 3 berechnen sich «die maximalen jährlichen Abschreibungen [...] bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null.» Dabei unterliegen die einzelnen Bauteile (Tragwerk, Fassade, Dach, Technikinstallationen, Innenausbau usw.) in der Regel unterschiedlichen Abschreibungszeiträumen zwischen 50 und 10 Jahren. Aus diesem Blickwinkel muss der

richtige Zeitpunkt für zukünftige Investitionen berücksichtigt werden.
Spitalanlagen sind sehr häufig über Jahrzehnte gewachsene Konglomerate aus unterschiedlichen zeitlichen Epochen. Erstellt in verschiedenen Konstruktionsarten, belegt mit heterogenen Nutzungsarten und resultierend daraus mit divergierenden Sanierungszyklen. Der OPS-Bereich ist aus seiner Funktion heraus (Hygieneanforderung) räumlich klar eingegrenzt und zumeist einem definierten Gebäudetrakt (OPS-Trakt) zugeordnet. Im Hinblick auf die weitere Nutzung sowie bei gezielten Investitionen mit dem Fokus ambulante Chirurgie, ist die Höhe des Buchwertes des OPS-Trakts im Verhältnis zum Anschaffungswert zu berücksichtigen. Um den Aufwand bei der Nutzung des Bewertungstools auf einer Managementeben überschaubar zu halten, wurden folgende Grobeinteilungen vorgenommen:

- Buchwert < 20% vom Anschaffungswert
- Buchwert ≥ 20% vom Anschaffungswert
- Buchwert ≥ 50% vom Anschaffungswert
- Buchwert ≥ 70% vom Anschaffungswert
- Buchwert ≥ 90% vom Anschaffungswert

Geringere Buchwerte werden dabei steigenden Optionswerten gleichgesetzt. Mit zunehmender Abschreibung erhöht sich die Option auf strukturelle Anpassungen und den richtigen Zeitpunkt für Investitionen. Gemäss dieser Interpretation wird dabei niedrigen Buchwerten ein höheres Scoring zugeordnet.

Flächen- und Nutzungsreserven (in qm)

Spitalstandorte sind zumeist historisch gewachsene Anlagen. Mehrheitlich entstanden aus Klöstern und Orden befanden sie sich anfänglich innerhalb der Stadtmauern. Mit zunehmendem Bevölkerungswachstum und Flächenbedarf zog es die Spitäler ab dem 17. Jahrhundert an die Ränder der Stadt (Pevsner, 1998). Doch wuchsen die Städte mit der Industrialisierung weiter an und zum Teil verlagerten sich die Zentren. Somit befindet sich ein Grossteil der Spitäler heute wieder in zentralen Lagen, eingeschnürt in den städtischen Grundriss. Aus dem Blickwinkel einer patientennahen Versorgung erscheint dies vorteilhaft. Jedoch wird das Patientengut der Spitäler nicht nur durch das nahe Umfeld bestimmt, sondern unterliegt einem regionalen Einzugsgebiet. Zusammenfassend besteht eine (erhöhte) Nachfrage bei limitierten Flächenangebot.
Aus einer ökonomischen Betrachtung heraus erscheint es nicht nachhaltig, in innerstädtischen Lagen, bei erhöhten Bodenpreisen und räumlichen Verdichtungs-

bestrebungen, grosse Flächenreserven vorzuhalten. Dennoch benötigen die Spitäler gewisse Vorhalte- und Rochadeflächen, andernfalls sind Umstrukturierungen und strukturelle Anpassungen ohne Betriebsausfälle nur schwer zu bewältigen. Auch die Ambulantisierung erfordert Anpassungen und Strukturwechsel. Im Hinblick auf die ambulante Chirurgie sind dies überschaubare Flächen, können aber bei kleinen Einrichtungen einen erheblichen Anteil ausmachen.

Wie in Anhang 15 zusammengefasst, benötigt eine weitestgehend autonome ambulante OPS-Einheit mit zwei OPS ca. 700 qm Geschossfläche. Davon ausgehend, dass die ambulante Chirurgie zunehmen wird, werden zukünftig noch weitere Flächen in Anspruch genommen. Für eine Bewertung der Flächenreserven wurde folgende Einteilung vorgenommen:

- Flächenreserve ≥ 1'500 qm
- Flächenreserve > 1'000 qm
- Flächenreserve > 700 qm
- Flächenreserve > 350 qm
- Keine Flächenreserve

Grössere Flächenreserven erhalten ein entsprechend höheres Scoring.

4. Standortanalyse an zwei Praxisbeispielen

4.1 Spital Zofingen AG

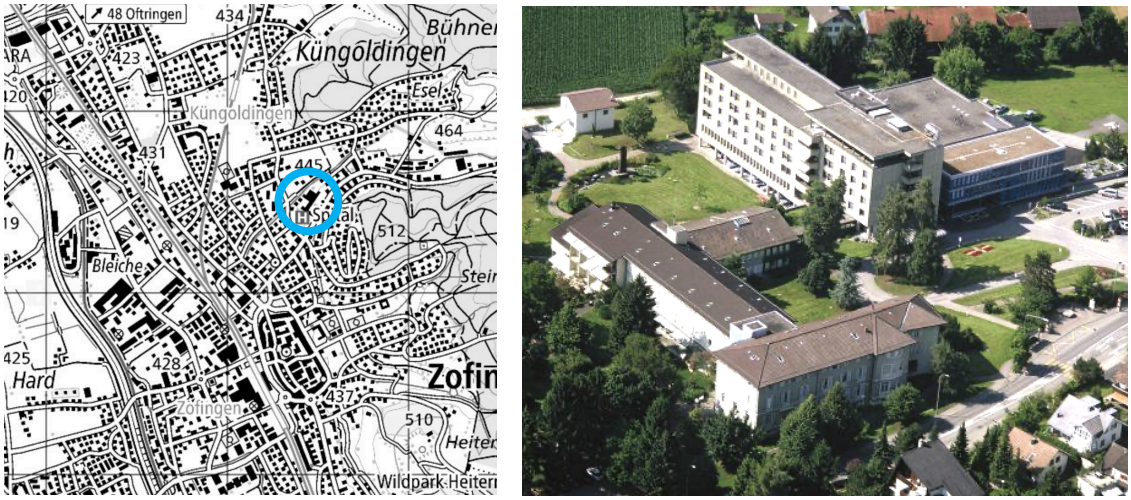


Abbildung 17: Situationsplan und Luftbild Spital Zofingen AG

Die Spital Zofingen AG ist ein Allgemeinspital der Typologie Grundversorgung (Niveau 4). Das Spital betreibt 91 stationäre Betten, 4 OPS und keinen Gebärsaal (Stand 2018).

Die Kleinstadt Zofingen (Kanton Aargau), mit ihren ca. 10'700 Einwohnern, liegt ca. 20 Autominuten und 30 ÖV-Minuten vom Kantonshauptort Aarau entfernt.

Standortanalyse	Score	Score gewichtet	Zielerreichung
Makroanalyse	3.2	14.4	47%
Mesoanalyse	4.0	21.6	50%
Mikroanalyse	3.8	17.6	68%

Tabelle 11: Auswertung Spital Zofingen AG (vgl. Anhang 17)

Makroanalyse

Gemäss Bevölkerungsprognosen erwartet der Kanton Aargau das dritthöchste absolute Wachstum in der Bevölkerungsgruppe der *65-Jährigen und älter*, direkt nach den Kantonen Zürich und Bern. Relativ betrachtet wird sich der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe von heute 18.3% auf 25.2% erhöhen. Schlussfolgernd daraus steigt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, parallel dazu und begünstigt durch einen Verlagerungsprozess auch die ambulante Chirurgie. Des Weiteren weist der Kanton Aargau unter allen Kantonen ein vergleichsweise geringes *BIP pro Kopf* auf und befindet sich mit CHF 59'817 unter dem 25%-Quantil. Im Sinne einer reduzierten Wirtschaftsleistung wächst hier der Druck auf die Gesundheitskosten stärker. Somit steigt die Bereitschaft und das Potential in Richtung Ambulantisierung.

Im Umkehrschluss befindet sich die *Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern* mit 2.1 im Bereich des Median der Stichprobe sowie bereits unter dem schweizweiten Durchschnitt. Damit wird das Potential für einen möglichen Abbau der Spitalbettenkapazität als geringer eingeschätzt. Ebenfalls weist die *rohe Strebeziffer* im Kanton Aargau mit 7.1 bereits einen sehr niedrigen Wert auf.

Mesoanalyse

Innerhalb der Stichprobe der Grossregionen Nordwestschweiz und Zürich sind im Spital Zofingen die Anzahl *Spitalaustritte während des Jahres (stationär)* mit 4'634 recht niedrig. Sie liegt damit unterhalb des Median der Stichprobe. Zuzüglich zur vergleichsweise geringen Bettenanzahl ist der Belegungsgrad der Betten mit 81.9% ebenfalls eher durchschnittlich. Zusammen deutet dies auf eine vorhandene Überkapazität an Spitalbetten hin und entsprechende Umstrukturierungen sind angezeigt. Der *CMI* der Klinik befindet sich mit 0.929 ebenfalls auf einem mittleren Niveau, die spezialisierte Medizin findet demnach anderenorts statt.

Die *Entwicklung der Gesamtbevölkerung* sowie in der Gruppe *65-Jährigen und älter* liegt im Bezirk Zofingen im Bereich des Median der Stichprobe. Knapp die Hälfte der Bezirke

weist somit ein höheres absolutes Wachstum auf. Als nachteilig wird ebenfalls die vergleichsweise niedrige *Patientenzufriendenheit* bewertet, damit befindet sich das Spital unterhalb des 25%-Quantil der Stichprobe.

Mikroanalyse

Auf der Mikroebene punktet der Standort vor allem durch seine mit CHF 411'491 niedrigen *ANK pro OPS*. Mit diesem Wert positioniert sich das Spital unterhalb des 25%-Quantil der Stichprobe. Ebenfalls als gut ist die *Erreichbarkeit auf der Strasse* einzuordnen, während die *ÖV-Güteklasse* des Standorts nur mit einem Score von 0.5 bewertet wird. Angaben zu den *Flächen- und Nutzungsreserven* liegen im Zuge der Bewertung nicht vor und wurden geschätzt. Ausgehend von der Stadtrandlage und den vorhandenen Freiflächen auf der Parzelle wird von einem hohen Potential ausgegangen. Zwar kann auch das *Mikrolagerating Verkauf* nur geschätzt werden, im Gegenzug wird hierbei die Stadtrandlage aber als limitierender Faktor eingestuft.

Konklusion

Aus der Standortanalyse kann dem Standort Spital Zofingen AG ein entsprechendes Potential für gesteigerte ambulante Chirurgie zugesprochen werden. Auf der Mesoebene wird eine Zielerreichung von 50% ausgewiesen. Für die Umstrukturierung, z. B. zu einem ambulant chirurgischen Gesundheitszentrum, sprechen vor allem die vergleichsweise geringe Anzahl an Spitalaustritten, der Belegungsgrad der Betten sowie der heutige CMI. Auf der Mikroebene wird eine Zielerreichung von 68% erreicht. Wobei hierbei zu erwähnen ist, dass sich vor allem die geschätzten Flächen- und Nutzungsreserven positiv auf die Bewertung auswirken. Ebenso positiv wirken sich die geringen ANK pro OPS auf das Ergebnis aus.

4.2 Bethesda Spital AG

Abbildung 18: Situationsplan und Luftbild Bethesda Spital AG

Die Bethesda Spital AG gehört ebenfalls zur Typologie Allgemeinspital der Grundversorgung (Niveau 4). Das Spital betreibt 89 stationäre Betten, 4 OPS und 4 Gebärsäle (Stand 2018) und liegt im östlichen Stadtteil von Basel (Kanton Basel-Stadt). Die Einwohnerzahl von Basel beläuft sich auf ca. 171'000 Einwohner.

Standortanalyse	Score	Score gewichtet	Zielerreichung
Makroanalyse	2.1	13.4	44%
Mesoanalyse	4.9	26.4	61%
Mikroanalyse	3.3	14.6	56%

Tabelle 12: Auswertung Bethesda Spital AG (vgl. Anhang 18)

Makroanalyse

Die Kriterienauswertung auf der Makroebene zeigt ein zweigeteiltes Bild. Die Anzahl der *Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern* weist für den Kanton Basel-Stadt mit 5.9 die höchste unter allen Kantonen auf. Hierbei gilt es sicherlich den Patiententourismus aus den Nachbarkantonen zu berücksichtigen. So weisen die drei angrenzenden Nachbarkantone Basel-Landschaft (1.87), Jura (1.95) und Solothurn (1.80) unterdurchschnittliche Bettenkapazitäten auf. Jedoch ergibt eine Betrachtung aller 4 Kantone zusammen noch immer eine Bettenkapazität von 2.80, welche sich im oberen 75%-Quartil der Stichprobe einordnet. Auch im Kriterium *rohe Sterbeziffer* führt der Stadtkanton mit 10.7 die Statistik an. Beide Faktoren weisen schlussfolgernd aus der Interpretation ein sehr hohes Potential hin zur Ambulantisierung auf.

Auf der anderen Seite erreichen alle weiteren Standortfaktoren in der Kriteriengruppe nur sehr tiefe Scores. So werden die Grössen *BIP pro Kopf* sowie die *Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner* gar mit 0 bewertet.

Mesoanalyse

Die Stadt Basel entspricht in dem Kriterium *Gemeindetypologie gemäss BFS* einer städtischen Gemeinde einer grossen Agglomeration. Ausgehend von positiven Agglomerationseffekten wird dies entsprechend positiv bewertet. Zudem weist der *CMI* der Klinik mit 0.729 einen sehr geringen Wert aus, welcher unterhalb des 25%-Quantil liegt. Demnach werden im Bethesda Spital schon heute vornehmlich leichte medizinische Fälle behandelt. Die Anzahl *Spitalaustritte während des Jahres (stationär)* liegt mit 7'628 im Bereich des Median der Stichprobe. Verstärkt wird dieser Effekt durch den unterdurchschnittlichen Belegungsgrad der Betten mit 75.8%. Die genannten Faktoren weisen allesamt auf eine Leistungsfähigkeit zur Ambulantisierung hin.

Die Zunahme der Gruppe *65-Jährigen und älter* liegt in der Stadt Basel mit 7'287

unterhalb des Median der Stichprobe. Auch relativ betrachtet steigt der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe von heute 19.4% nur leicht auf 20.9%. Die grösste Anspruchsgruppe steigt somit nur geringfügig und dementsprechend gering fällt das Scoring aus.

Mikroanalyse

Der Standort ist geprägt von einer hohen *Erreichbarkeit auf der Strasse* und mit dem *ÖV*. Hier spiegelt sich nochmals die innerstädtische Lage wider, welche sehr häufig durch gute Verkehrsanbindungen gekennzeichnet ist. Ein Blick auf den Situationsplan verdeutlicht dies.

Angaben zu den *Flächen- und Nutzungsreserven* liegen im Zuge der Bewertung nicht vor und wurden entsprechend geschätzt. Ausgehend von der eingebundenen innerstädtischen Lage wird von einem begrenzten Potential ausgegangen. Auch konnte für den *Buchwert des OP-Trakts* im Zuge der Bewertung lediglich eine Annahme getroffen werden, in diesem Fall wurde dieser mit 70% vom Anschaffungswert beziffert. Dies könnte per Definition auf eine vergleichsweise neue und moderne Infrastruktur hinweisen, möglicherweise zu hochinstalliert für ambulante Chirurgie.

Konklusion

Der Standort der Bethesda Spital AG ist vor allem durch seine innerstädtische Lage und eine sehr gute verkehrstechnische Erschliessung gekennzeichnet. Auf Ebene der Makroanalyse gibt es grosse Unterschiede im Scoring zwischen den Standortfaktoren, diese bewegen sich alle an der unteren wie oberen Scoringskala. Die Mesoanalyse, welche grundsätzlich ein regionales Einzugsgebiet betrachtet, verzeichnet eine Zielerreichung von 61%. Hier zeigt sich vor allem das vorteilhafte Zusammenspiel von guter Erschliessung und augenscheinlicher Bettenüberkapazität bei vergleichsweise einfacher Chirurgie. Dies zusammen ist als Indiz für entsprechendes Potential zu vermehrt durchzuführender ambulanter Chirurgie zu werten.

5. Schlussbetrachtung

5.1 Fazit und Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit konnte ein Standortanalyseverfahren in Form eines Bewertungsmodells für Spitalimmobilien aufgebaut und an zwei Standorten durchgeführt werden. Die angestrebte und fundierte Aussagekraft des Modells, im Hinblick auf

ambulant chirurgische Leistungserbingung, konnte dabei teilweise erreicht werden. Die in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen können wie folgt beantwortet werden:

1. *In welchen Infrastrukturen und Standorten, basierend auf der heutigen Spitallandschaft, kann zukünftig die ambulante chirurgische Leistungserbringung erfolgen?*

Das Bewertungsmodell kann einen Beitrag zur Klärung dieser Frage leisten, diese aber nicht abschliessend und eindeutig beantworten. Die Untersuchung hat sich ausschliesslich auf die aktuelle Spitallandschaft fokussiert. Dabei wurde die Stichprobe bei der Datenerhebung auf die Akutspitäler eingegrenzt, da sie über die vorhandene Infrastruktur verfügen. Eingrenzend setzt sich die Stichprobe aus Akutspitälern der Grossregionen Nordwestschweiz und Zürich zusammen. Bezugnehmend auf die Frage kann auch nur für diese Regionen eine Aussage getroffen werden. Gänzlich in Frage kommende neue Standorte wurden nicht berücksichtigt. Wie einleitend erläutert zeigen die aktuellen Tendenzen, dass es vornehmlich die Regionalspitäler sind, welche in den Fokus rücken und sich bezüglich ihres Leistungsangebots mit der Ambulantisierung anpassen müssen.

2. *Welche relevanten Einfluss- und Standortfaktoren lassen sich dabei herauskristallisieren und können stichhaltig die Standortwahl bzw. eine Bewertung beeinflussen?*

Die Gesundheitsversorgung und somit auch die ambulante Chirurgie ist vornehmlich von der Nachfrageseite bestimmt. Da die Nachfrage nach dem Gut *Gesundheit* grundsätzlich von der Gesamtbevölkerung erfolgt, stellt die demografische Entwicklung einen entscheidenden Faktor da. Kritisch muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass dies für das gesamte Gesundheitssystem gilt und nicht im speziellen auf die Fragestellung zutrifft.

Aufgrund des Umfangs der Daten und deren Zugänglichkeit konnte eine breite Datenbasis aufgebaut werden. Zumeist wurde auf Statistiken und Kennzahlen aus dem stationären Spitalaufenthalt zurückgegriffen. Da die Spitäler als Spezialimmobilien gelten, müssen sie sich primär an der in ihr erbrachten Produktion, Leistung und Wirtschaftlichkeit messen. Von daher erscheint der breite Einbezug spitalspezifischer Kennwerte als nachvollziehbar. Das Thema *ambulante Behandlung im Spital* wird erst seit wenigen Jahren von den statistischen Ämtern bzw. Gesundheitsdirektionen erfasst. Dementsprechend liegen wenig statistische Daten dazu vor. Aus diesem Grund erfolgt zumeist die zum Teil vereinfachende Interpretation: niedrige stationäre Leistungswerte

erhöhen im Umkehrschluss das ambulante Potential. Mittels Korrelationsanalysen konnten Zusammenhänge und Abhängigkeiten einzelner Faktoren dargestellt und interpretiert werden. Schlussfolgernd daraus wurde eine Relevanz als entscheidender Standortfaktor abgeleitet.

Die Stichprobe der Kantone, welche auf der Makroebene zum Einsatz kommt, ist gekennzeichnet durch zwei *Ausreiser*. So weisen die meisten Korrelationsanalysen die Kantone Basel-Stadt und Appenzell Innerrhoden als Extremwerte in den Grafiken aus. Vor allem der Kanton Basel-Stadt hebt sich bei einigen Kriterien sehr deutlich in der Stichprobe ab. Die erweiterte Bandbreite steigert die Ergebnisunterschiede zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Rest der Stichprobe. Dies ist dem Sachverhalt geschuldet, dass Basel der einzige Stadtkanton ist. Für die in Kapitel 3.4.1 beschriebene Herleitung der normierten Bewertungsskalen hat dies zur Folge, dass die Gefahr einer Ergebnisverzerrung in Form einer versteckten Kriteriengewichtung besteht.

3. *Lassen sich die Standortfaktoren zu einem quantitativen und aussagekräftigen Entscheidungsmodell für Entscheidungsträger im Spitalmanagement zusammenführen?*

Das Bewertungsmodell kann zur Beantwortung der Fragestellung einen Beitrag leisten. Jedoch zeigt sich, dass die Resultate des Bewertungsmodells einer weiteren fundierten Interpretation bedürfen. So sind z. B. die Werte der *Zielerreichung* pro Kriteriengruppe nur bedingt aussagekräftig. Vielmehr geben die Scores der Einzelkriterien fundierte Aussagen zur Positionierung eines Standorts innerhalb der Stichprobe. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Überschneidungsfreiheit der Kriterien (vgl. Kapitel 3.2.1) nicht immer gewährleistet ist.

Die Komplexität des Gesundheits- und im Detail des Spitalwesens lässt sich nur beschränkt in einem vereinfachenden Entscheidungsmodell abbilden. Der Spital- und Gesundheitsmarkt in der Schweiz ist weiterhin ein regulierter Markt. Auch wenn die Revision des KVG im Jahr 2012 die Konkurrenz unter den Spitälern fördern möchte, unterliegen Angebot- und Nachfrage weiterhin nicht den Gesetzmässigkeiten eines freien Marktes. Auch unter dem Gesichtspunkt, dass die Schweizer Bevölkerung sich ein sehr gutes Gesundheitssystem mit entsprechenden Vorhalteleistungen *leistet*, beeinflusst die Aussagekraft des Modells mit den Schwerpunkten Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

5.2 Ausblick

Standortanalysen werden nicht zum Selbstzweck durchgeführt, sondern haben das Lösen unternehmerischer Problemstellungen zum Ziel. Der Einsatz von Standortanalysen soll

zu keiner zusätzlichen Erhöhung der Entscheidungskomplexität führen. Die vorliegende Arbeit zeigt auch, dass dies in jenem Themenfeld nur bedingt möglich ist. Es besteht weiterhin eine hohe Relevanz des Themas *Spitallandschaft im Kontext der Ambulantisierung*, dies bestätigen die zahlreichen Publikationen und der politische Kurs. Die während der Bearbeitungszeit dieser Masterthesis kursierende *Corona-Krise* hat das Thema Bettenkapazität und Vorhalteleistungen in den Spitälern wieder in ein anderes Licht gestellt. Es werden Themen diskutiert wie: Was ist uns die *Gesundheit* wert und dürfen das Gesundheitssystem und im Speziellen die Spitäler nach ökonomischen Gesichtspunkten bewertet werden?

Trotzdem ist davon auszugehen, dass das Thema Ambulantisierung in den kommenden Jahren zunehmend stark an Bedeutung gewinnen wird. Die grossen Universitäts- und Zentrumsspitäler werden sich weiterhin in Richtung der hochspezialisierten Medizin entwickeln. Der medizinische Fortschritt wird verstärkt dazu führen, dass einfache chirurgische Eingriffe ambulant durchgeführt werden. Vor allem die Regionalspitäler müssen sich dahingehend positionieren und diese Transformation aktiv vorantreiben. Kooperationen und Netzwerke in der medizinischen Versorgung können nachhaltige und mehrwertbringende Standortlösungen hervorbringen.

Eine entscheidende Frage wird dabei sein, wie sehr der Wunsch auf Patientenseite den Wandel vorantreibt. Spitalstandorte stellen auch immer einen Wirtschafts- und Produktionsstandort dar, sie fungieren zumeist als relevanter Arbeitgeber in der Region. So zeigen die öffentlichen Diskussionen sehr häufig, z. B. bei wirtschaftlicher Schieflage eines Spitals, wie sehr die regionale Bevölkerung für den Erhalt *ihres* Spitals kämpft.

Sollten zukünftig aussagekräftigere und detailliertere Daten zur ambulanten Leistungserbringung in Spitälern vorliegen, können noch fundiertere Untersuchungen zu diesem Thema erfolgen. Auch kann eine Untersuchung im vergrösserten Umfang, auf Ebene aller Schweizer Akutspitäler, aufschlussreiche Erkenntnisse bringen und die Schweiz flächendeckend in diesem Thema beleuchten.

Literaturverzeichnis

BAG. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates.* Von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html. abgerufen

BAG. (2014). *Kernelemente der KVG : Revision im Bereich der Spitalfinanzierung*. Von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html abgerufen

BAG. (2017). *Portal Statistik der obligatorischen Krankenversicherung*. Von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung/Portal-statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.exturl.html/aHR0cHM6Ly9zdGF0b2twLmJhZ2FwcHMuY2gvcG9y abgerufen

BAG. (2018). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018.* Von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html. abgerufen

BAG. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030.* Von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html. abgerufen

Besson, P. (2013). *Nachhaltige Grundversorgung sicherstellen : Korrekte Berechnung der Anlagenutzungskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung* (Bde. No. 117, Schriftreihe der SGGP). (G. Kocher, Hrsg.) Bern: SGGP.

BFS. (2006). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens : Krankenhaustypologie*. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.169879.html abgerufen

BFS. (2017). *Raumgliederungen der Schweiz : Gemeindetypologie und Stadt/Land-Typologie 2012.* BFS, Neuchâtel. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/raeumliche-analysen.assetdetail.2543323.html abgerufen

BFS. (2018). *Zeitreihe der «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» ab 2008*. Von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html abgerufen

BFS. (2019a). *Krankenhäuser*. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler.assetdetail.10647165.html abgerufen

BFS. (2019b). *Patientendaten Spital ambulant 2018 - Standardtabellen.* Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/infrastruktur-beschaeftigung-finanzen.assetdetail.10747889.html. abgerufen

BFS. (2019c). *Rohe Sterbeziffer nach Kanton, 1981-2018*. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/sterblichkeit.assetdetail.9466754.html abgerufen

BFS. (2019d). *Bruttoinlandsprodukt (BIP) nach Grossregion und Kanton, 2008-20017*. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/volkswirtschaft/volkswirtschaftliche-gesamtrechnung/bruttoinlandprodukt-kanton.assetdetail.10647591.html abgerufen

BFS. (2020a). *Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern.* Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.assetdetail.12567525.html. abgerufen

BFS. (2020b). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960.* Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.assetdetail.12567514.html. abgerufen

BFS. (2020c). *Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen*. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.assetdetail.12567512.html abgerufen

BFS. (2020d). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2020-2050 - Ständige Wohnbevölkerung nach Kanton gemäss 3 Szenarien.* Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/kantonale-szenarien.assetdetail.12107013.html abgerufen

BFS. (2020e). *Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht (Schätzung), 2017*. Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.assetdetail.12567519.html abgerufen

BFS. (2020f). *Kantonsporträts.* Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraets-kennzahlen/kantone.html abgerufen

BFS. (kein Datum). *Regionalstatistik, Regionale Porträts und Kennzahlen.* Von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraets-kennzahlen/kantone.html. abgerufen

Bunderat. (2019). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) vom 21. August 2019.* Von https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2019/6071.pdf. abgerufen

Bundesrat. (kein Datum). *Der Bundesrat : Das Portal der Schweizer Regierung*. Von https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-69835.html abgerufen

Ecoplan. (2019). *Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone.* Bern.

H+ Die Spitäler der Schweiz. (2014). *Qualität und Wahlfreiheit zentral.* Von https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Medien/Medienkonferenzen/JMK_2014/10.09.2014/Schlussbericht_gfs.bern.pdf. abgerufen

H+ Die Spitäler der Schweiz. (2015). *H+ Spital- und Klinik-Monitor : Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche*. Von https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/gesamtbranche/strukturen.pdf abgerufen

H+ Die Spitäler der Schweiz. (2015). *Kostenermittlung und Tarif-Bildung : Im stationären OKP-Bereich.* Von https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Kostenermittlung_und_Tarifbildung/Kostenermittlung_und_Tarifbildung_V2.1_2015.pdf. abgerufen

Helsana-Gruppe. (2020). *Regionenreport 2020.* Von https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/ueber-uns/gesundheitswissenschaften/regionenreport.html. abgerufen

Hill, S., & SGGP. (2015). *Spannungsfeld Föderalismus : Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie im politischen Alltag der Schweiz : Resultate der Föderalismusplattform der SGGP.* Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

Hochparterre. (2019). *Das gute Spital* (Bd. Themenheft). (Hochparterre in Zusammenarbeit mit Wüest Partner, Hrsg.) Zürich: Autor.

INFRAS. (2010). *Evaluation TARMED: Fallbeispiele Hauptbericht.* Von https://biblio.parlament.ch/e-docs/354592.pdf. abgerufen

Kammer Unabhängiger Bauherrenberater (Hrsg.). (2017). *Immobilienmanagement : Handbuch für Immobilienentwicklung, Bauherrenberatung, Immobilienbewirtschaftung.* Zürich: Schulthess.

Kanton Zürich Amt für Raumentwicklung. (2019). *ÖV-Güteklassen.* Von https://maps.zh.ch. abgerufen

Kanton Zürich Amt für Raumentwicklung. (kein Datum). *Lageklassen 2019.* Von https://maps.zh.ch. abgerufen

Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. (2017). *Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 - 2025.* Von https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html. abgerufen

Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. (2020). *Gesundheitsversorgung 2019 : Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie.* Von https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2020/01/gesundheitsversorgungsbericht-2019-fallzahlen-und-efas-im-fokus.html abgerufen

KPMG. (2018). *Ambulant vor Stationär.* Von https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/ch/pdf/ambulant-vor-stationaer-factsheet.pdf. abgerufen

Krämer, R. (2001). *Standortanalyse für Krankenhäuser : Ansätze zur stärkeren Einbindung räumlicher Aspekte in die betriebliche und staatliche*

Krankenhausplanung, dargestellt am Beispiel des Krankenhauswesens der Bundesrepublik Deutschland (Dissertation). Hamburg.

Merçay, C., & Grünig, A. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz − Zukünftiger Bedarf bis 2030 und die Folgen für den Nachwuchsbedarf.* Obsan Bulletin 12/2016, Neuchâtel. Von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-12_d.pdf. abgerufen

Morger, M., Künzi, K., & Föllmi, R. (2017). *Arbeitsproduktivität im Gesundheitswesen : Studie im Auftrag des BAG.* Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS und Universität St. Gallen.

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ). (2020). *Patientenzufriedenheit Akutsomatik Erwachsene : Nationaler Vergleichsbericht, Messung 2019.* Von https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/06/ANQakut_Patientenzufriedenheit_Erwachsene_Nationaler-Vergleichsbericht_2019.pdf abgerufen

OBSAN. (2017). *Verlorene potenzielle Lebensjahre*. Von https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/verlorene-potenzielle-lebensjahre abgerufen

OBSAN. (2018). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.* Von https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/le-potentiel-de-transfert-du-stationnaire-vers-lambulatoire abgerufen

OECD. (2018). *Health spending*. Von https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm abgerufen

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators.* Von https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en. abgerufen

Ottmann, M., & Lifka, S. (2010). *Methoden der Standortanalyse.* Darmstadt: WBG.

Pevsner, N. (1998). *Funktion und Form : Die geschichte der Bauwerke des Westens.* Hamburg: Roger & Bernhard GmbH & Co. Verlags KG.

Privatkliniken Schweiz. (2016). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken.* Von http://www.privatehospitals.ch/fileadmin/user_upload/news/160908_Schlussbericht_Gutachten_PKS_de.pdf. abgerufen

PwC Schweiz. (2010). *Spitalimmobilien.* Von https://docplayer.org/docview/26/8678002/#file=/storage/26/8678002/8678002.pdf abgerufen

PwC Schweiz. (2016). *Ambulant vor stationär.* Von https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf abgerufen

PwC Schweiz. (2019). *Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel.* Von https://www.pwc.ch/de/publications/2019/Ambulantisierung%20das%20Gesundheitswesen_DE_web.pdf. abgerufen

PwC Schweiz. (2020). *Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz.* Von https://www.pwc.ch/de/publications/2020/zukunft-der-versorgungslandschaft-schweiz.pdf. abgerufen

Schmid, S. (2019). *Die Krankenkassenprämien steigen, weil wir es uns leisten können. Republik*. Von https://www.republik.ch/2019/11/25/das-paradox-der-gesundheitskosten. abgerufen

Schulte, K.-W. (2016). *Immobilienökonomie I : Betriebswirtschaftliche Grundlagen.* Berlin: De Gruyter.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (kein Datum). *Hospitalisierungsrate in Akutspitälern.* Von https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hospitalisierungsrate-akutspitaelern. abgerufen

Standl med., T., & Lussi, C. (2012). *Ambulantes Operieren.* Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

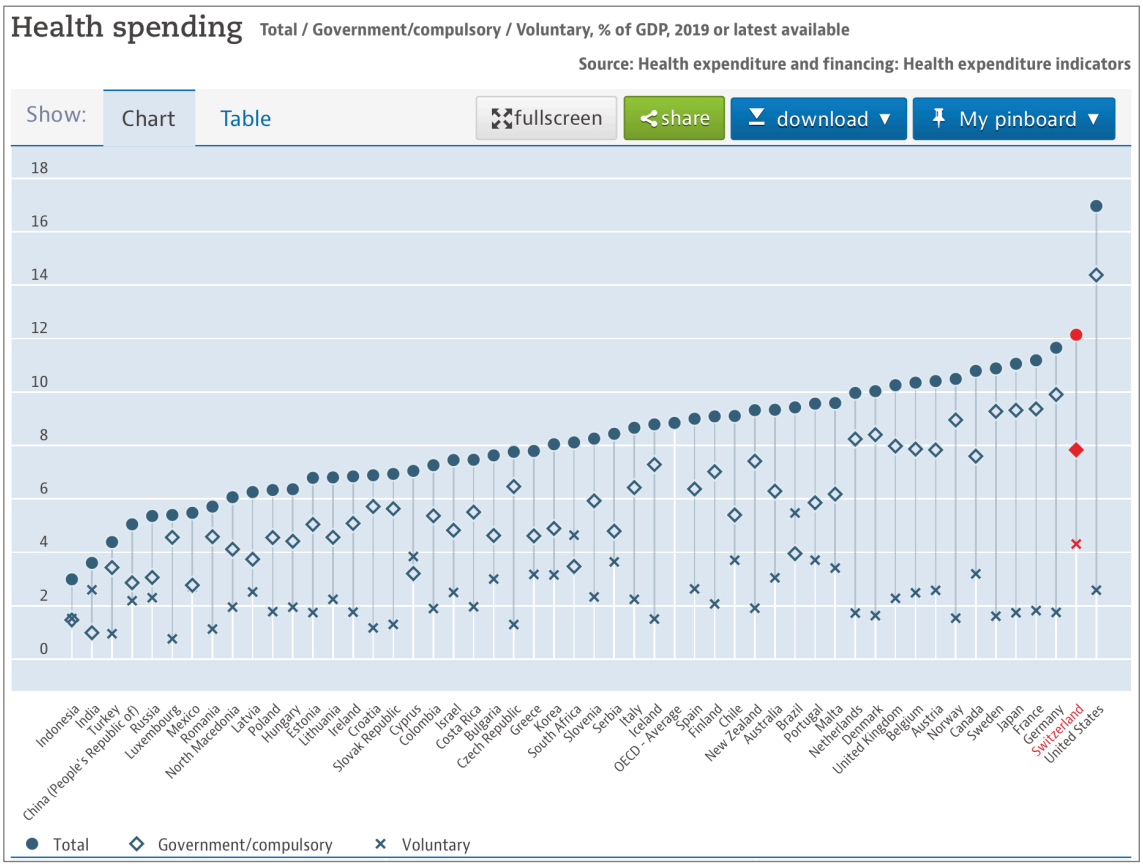
Statistisches Amt Kanton Zürich. (2019). *Regionalisierte Bevölkerungsprognosen für den Kanton Zürich.* Von https://statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/daten/daten_bevoelkerun

g_soziales/bevoelkerungsprognosen/_jcr_content/contentPar/downloadlist_3/downloaditems/cccc.spooler.download.1558510191456.pdf/Bevoelkerungsprognosen+ZH+BP2019+FAQ.pdf. abgerufen

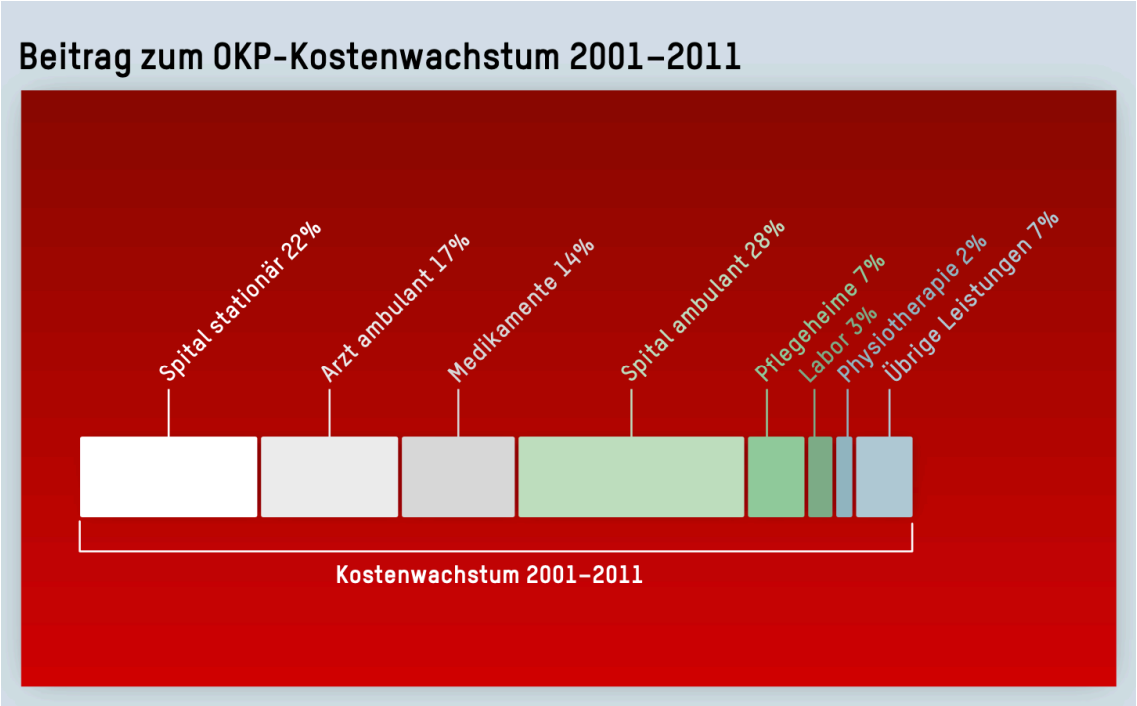
Statistisches Amt Kanton Zürich. (kein Datum). *Gemeindeporträt Kanton Zürich.* Von https://statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/daten/gemeindeportraet_kanton_zuerich.html#a-content abgerufen

Verband Zürcher Krankenhäuser. (kein Datum). *Spitalfinanzierung*. Von https://www.vzk.ch/gesundheitspolitik/dossiers/spitalfinanzierung. abgerufen

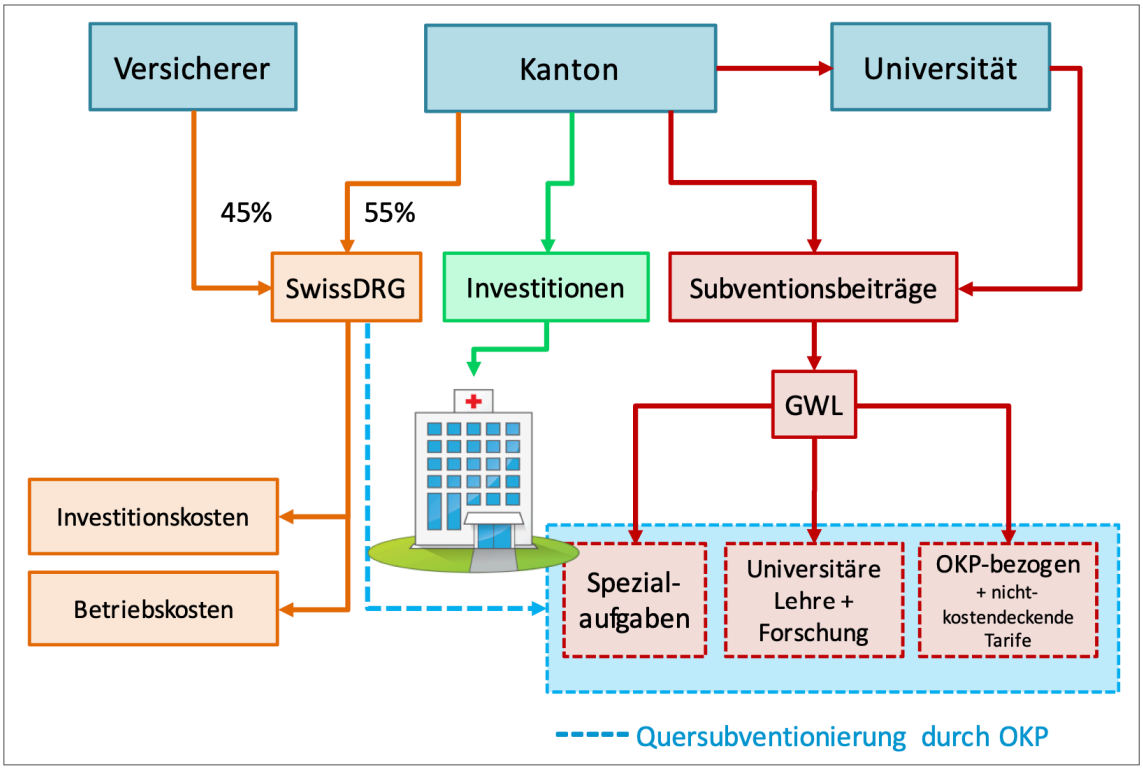
Anhang



Anhang 1: Kosten des Gesundheitswesens als Anteil des BIP (OECD Data, ohne Datum).



Anhang 2: Beitrag zum OKP-Kostenwachstum 2001–2011 (BAG, 2013, S. 18).



Anhang 3: Finanzierung der akutstationären Spitäler ab 2012 (Privatkliniken Schweiz, 2016).

Behandlung	**Ambulant**	**Stationär**
Bedeutung	Spitalbehandlung ohne Übernachtung.	Spitalbehandlung mit Übernachtung.
Kostenübernahme	Zu 100% über die Versicherung (monistische Finanzierung). Kosten für den Patienten: Selbstbehalt und Franchise	Mind. 55% durch den Kanton, der Rest durch den Versicherer (dualistische Finanzierung). Kosten für den Patienten: Selbstbehalt und Franchise
Abrechnungssystem	TARMED Jeder ärztlichen Leistung ist je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Dabei unterscheidet TARMED zwischen der ärztlichen und der technischen Leistung.	SWISSDRG Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose und Behandlung einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen. Daraus resultiert der Schweregrad.
Berechnung	Taxpunkt x Taxpunktwert	Basispreis x Effektives Kostengewicht

Anhang 4: Gegenüberstellung Art der Behandlung(in Anlehnung an: Verband Zürcher Krankenhäuser, kein Datum)

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
PwC		Eigenes OP-Zentrum	Kooperation	Extern
KPMG	Lines of Business-Modell	Splitting-Modell	Kooperations-Modell	Einkaufs-Modell
	Das Spital hat stationäre und ambulante Bereiche unter einem Dach, trennt jedoch pro medizinischem Fachgebiet durchgängig die Geschäftsprozesse in zwei «Lines of Business». Dieses Modell ist in innovativen Spitälern bereits heute anzutreffen. Es eignet sich sehr gut für mittlere und grosse Spitäler.	Zentrales OP-Zentrum auf oder ausserhalb Spitalcampus. Trennung von ambulanten und stationären Prozessen. Die stationären und ambulanten Bereiche sind räumlich konsequent getrennt, um die unterschiedlichen Geschäftsprozesse optimal abbilden zu können. Die Umnutzung bzw. Redimensionierung der stationären Flächen ist dabei eine Herausforderung. Geeignet ist dieses Modell primär für grössere Spitäler.	Bau und Betrieb eines OP-Zentrums/ Ambulatoriums zusammen mit mehreren Spitälern oder Partnern. Sie lagern «listenrelevante» stationäre und gegebenenfalls spezifische ambulante Fälle in das ambulante Zentrum aus und versuchen zusätzliche ambulante Fälle vom Markt zu gewinnen.	Spezialistenteam aus Spital führt Eingriffe auf OP-Infrastruktur eines externen durch. Alternativ arbeitet das Spital mit einem externen Provider zusammen, der ambulante Fälle des Spitals übernimmt und im Gegenzug dem Spital stationäre und gegebenenfalls ambulante Fälle zuweist sowie spezifische Dienstleistungen, z.B. MRI, vom Spital bezieht.

Anhang 5: Zukünftige Geschäftsmodelle im Spannungsfeld «ambulant vor stationär»(Daten: PwC Schweiz, 2019, S. 10; KPMG, 2018, S. 2)

Ambulant vor stationär – Liste mit Eingriffen verabschiedet

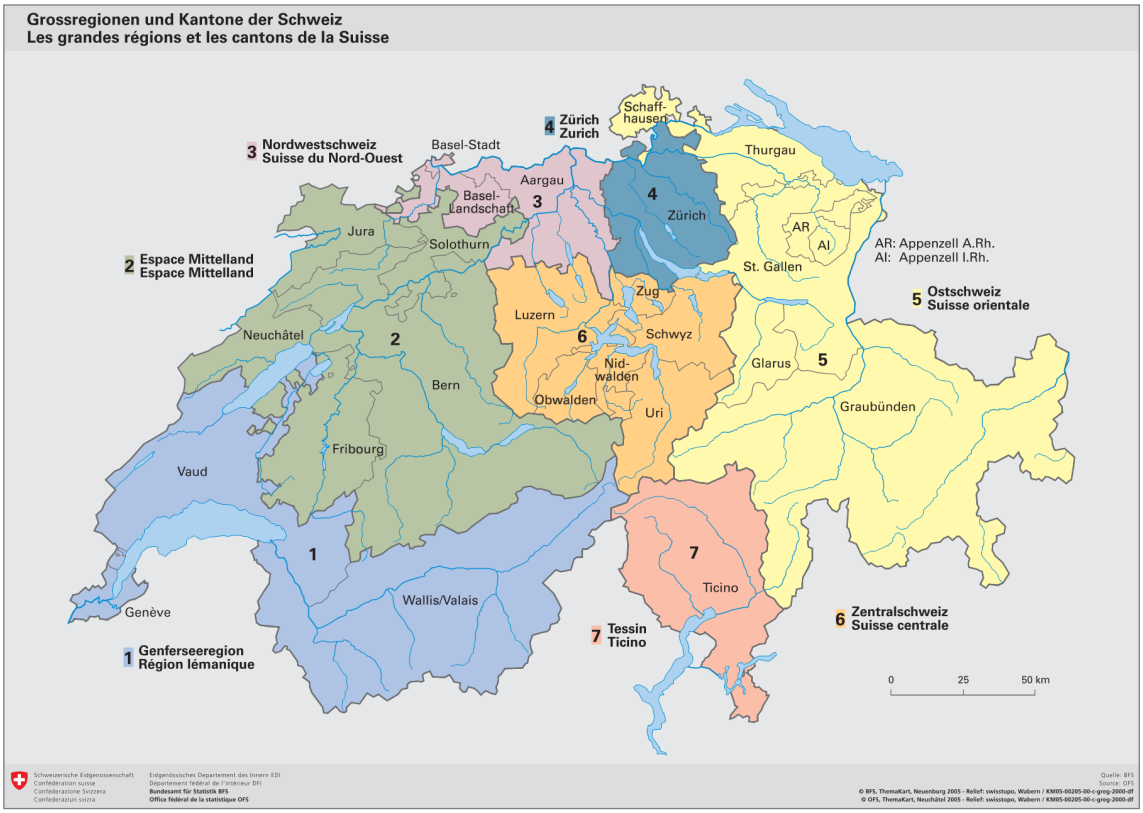
Bern, 20.02.2018 - Ab dem 1. Januar 2019 werden sechs Gruppen von operativen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet. Dies hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) entschieden. In begründeten Fällen wird auch eine stationäre Behandlung von der OKP übernommen. Mit seinem Entscheid fördert das EDI die ambulante Leistungserbringung im Interesse der Patientinnen und Patienten und trägt gleichzeitig zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitsbereich bei.

In der Schweiz werden mehr Eingriffe stationär durchgeführt als im Ausland, obwohl ein ambulanter Eingriff aus medizinischer Sicht angezeigt und patientengerecht wäre und weniger Ressourcen beanspruchen würde.

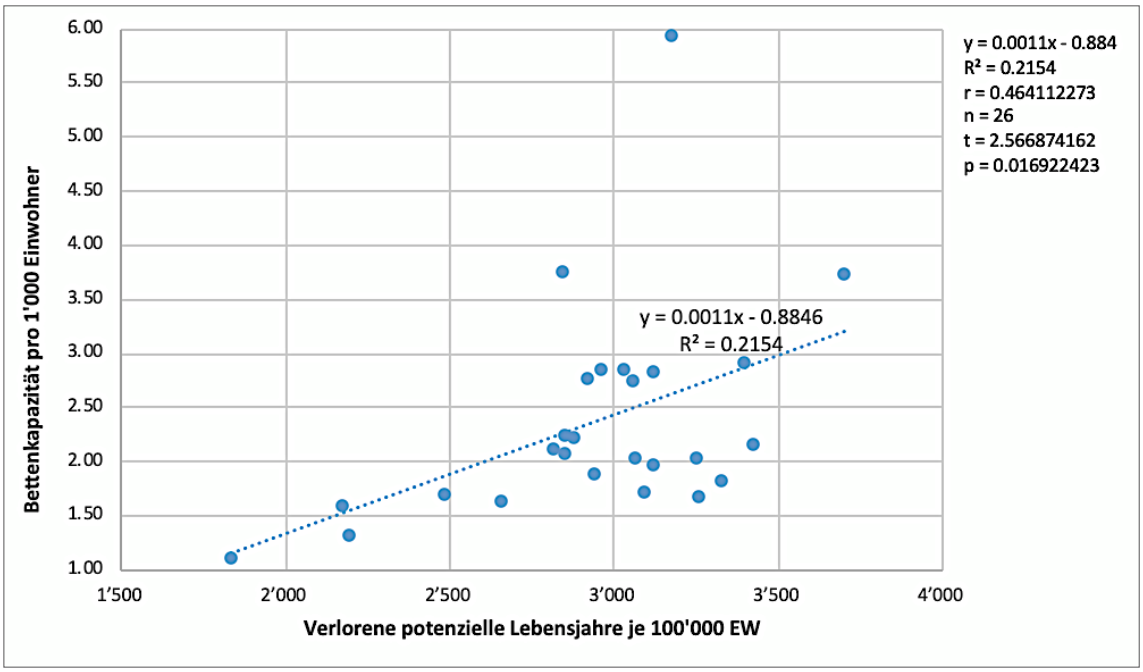
Das EDI hat deshalb entschieden, dass folgende sechs Gruppen von Eingriffen nur noch vergütet werden, wenn sie ambulant vorgenommen werden:

- Einseitige Krampfaderoperationen der Beine
- Eingriffe an Hämorrhoiden
- Einseitige Leistenhernienoperationen
- Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
- Kniearthroskopien inkl. arthroskopische Eingriffe am Meniskus
- Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

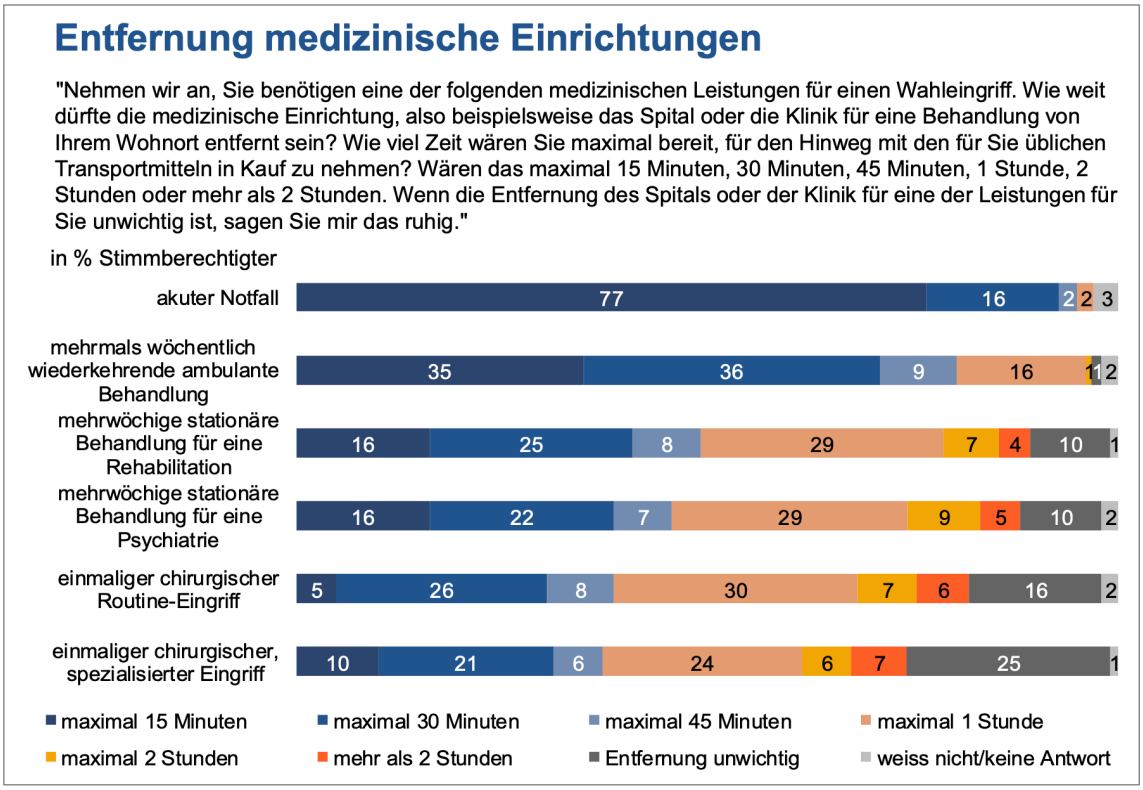
Anhang 6: Liste ambulant durchzuführender Eingriffe (Bundesrat, kein Datum)



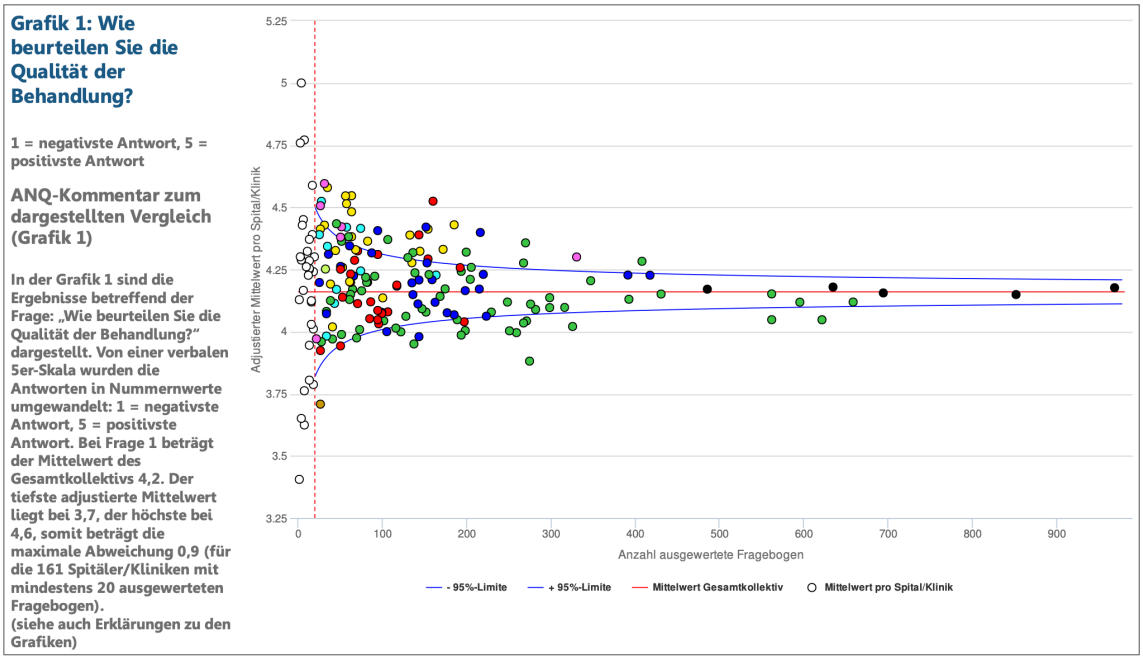
Anhang 7: Grossregionen und Kantone der Schweiz (BFS, 2000).



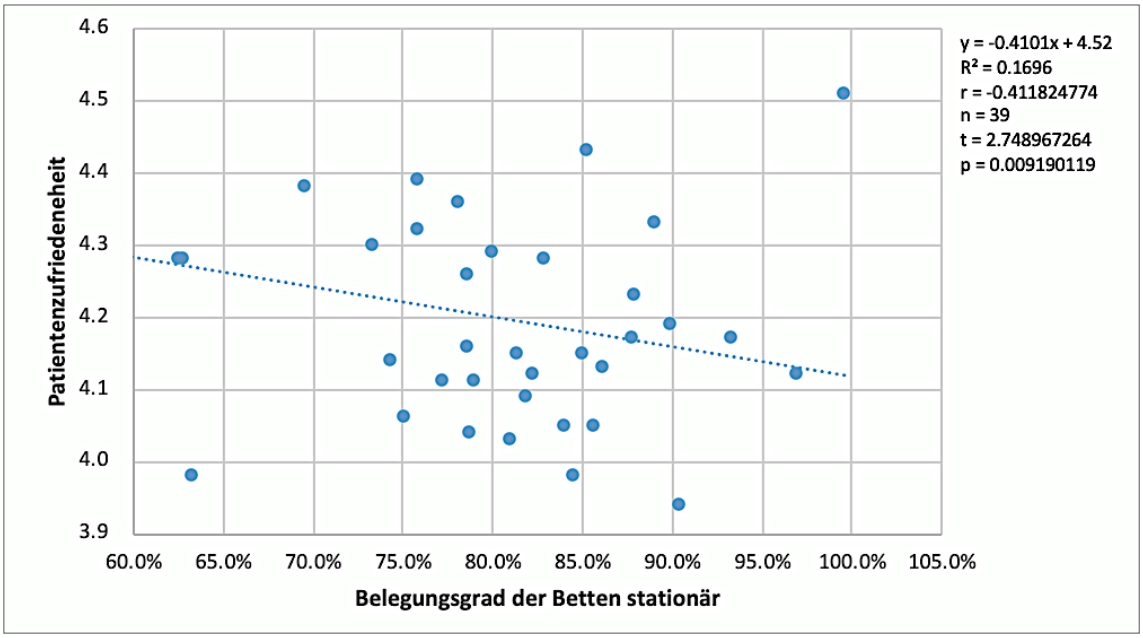
Anhang 8: Bettenkapazität pro 1'000 EW zu Verlorene potentielle Lebensjahre je 100‘000 EW (Daten: OBSAN, Verlorene potenzielle Lebensjahre, 2017).



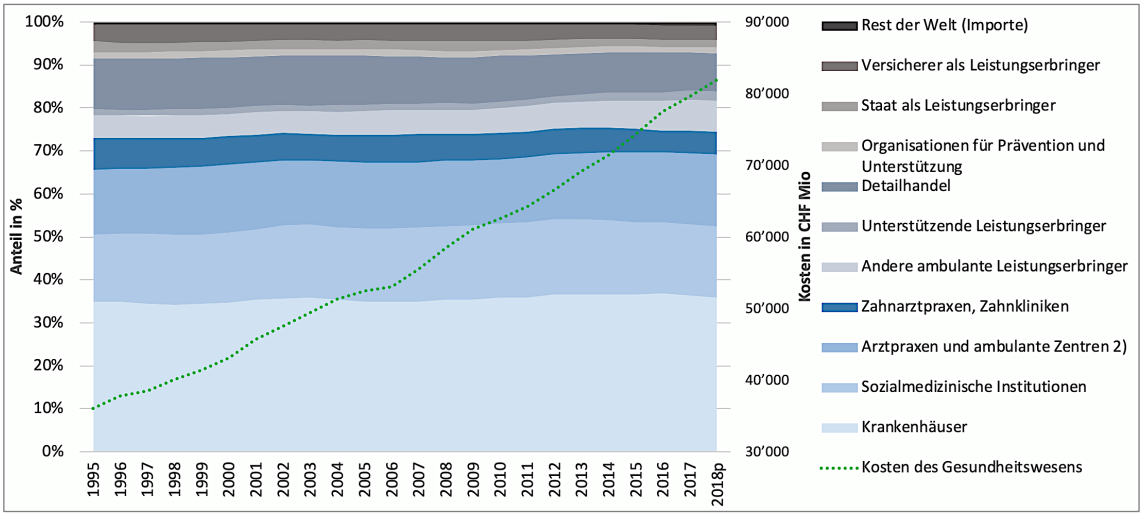
Anhang 9: Grafik 16, Entfernung medizinischer Einrichtungen (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2014, S. 20).



Anhang 10: Grafik 1, Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ), 2020).



Anhang 11: Patientenzufriedenheit zu Belegungsgrad der Betten stationär (Daten: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ), 2020).



Anhang 12: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern (Daten: BFS, 2020a).

Obere Hierarchieebene			Mittlere Hierarchieebene			Untere Hierarchieebene			
Betrachtungsebene	Relevanz (Skala von 0-10)	Lokales Gewicht (Direct Rating)	**Kriteriengruppe**	Relevanz (Skala von 0-10)	Lokales Gewicht (Direct Rating)	**Standortfaktor / Messebene**	Relevanz (Skala von 0-10)	Lokales Gewicht (Direct Rating)	**Globales Gewicht**
Makro	7.0	30.4%		10	100.0%	Bevölkerungsentwicklung der Kantone	8	18.6%	**5.7%**
						Anteil der «Altersgruppe der 65-Jährigen und Älter» an der kantonalen Bevölkerung	6	14.0%	**4.2%**
						Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner pro Kanton	10	23.3%	**7.1%**
						BIP pro Kopf	5	11.6%	**3.5%**
						Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner	8	18.6%	**5.7%**
						Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner pro Kanton	6	14.0%	**4.2%**
				10	*100%*		*43*	*100%*	
Meso	10.0	43.5%	Demografie	10	55.6%	Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich	8	28.6%	**6.9%**
						Anteil der «Altersgruppe der 65-Jährigen und Älter» an der Bevölkerung Nordwestschweiz & Zürich	6	21.4%	**5.2%**
						Gemeindetypologien gemäss BFS	8	28.6%	**6.9%**
						Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"	6	21.4%	**5.2%**
							28	*100%*	
			Spitalspezifisch	8	44.4%	Spitalaustritte während des Jahres (stationär)	10	26.3%	**5.1%**
						Casemix Index (CMI) netto	10	26.3%	**5.1%**
						Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (stationär)	10	26.3%	**5.1%**
						Patientenzufriedenheit	8	21.1%	**4.1%**
				18	*100%*		*38*	*100%*	
Mikro	6.0	26.1%	Lage und Erreichbarkeit	8	44.4%	Mikrolagerating Verkauf (IMBAS)	5	27.8%	**3.2%**
						Erreichbarkeit auf der Strasse	8	44.4%	**5.2%**
						ÖV-Güteklassen	5	27.8%	**3.2%**
							18	*100%*	
			Spitalspezifisch	10	55.6%	Anlagenutzungskosten pro OPS	9	33.3%	**4.8%**
						Buchwert des OP-Trakts	8	29.6%	**4.3%**
						Flächen- und Nutzungsreserven	10	37.0%	**5.4%**
				18	*100%*		*27*	*100%*	
	23.0	**100%**							**100%**

Anhang 13: Gewichtung der Standortfaktoren

C3 Gemäss Stand der Daten am 21.11.2019

Rechnungsbeträge der ambulanten Leistungen, nach TARMED-Kapitel und Kanton des Standortes, 2018

	Total verrechnete Preise nach TARMED (in Tausend Fr.)	Grund-leistungen in %	Bildgebende Verfahren in %	Psychiatrie in %	Radio-onkologie, Strahlen-therapie in %	Operations-saal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik in %	Auge in %	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen in %	Anästhesie in %	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastro-intestinaltraktes in %	Diagnostik und Therapie des Bewegungs-apparates in %	Kinder- und Jugend-medizin, Neonatologie in %	Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe in %	Haut, Weichteile in %	Klinische Pathologie und Rechtsmedizin in %	Übrige in %	
ZH	**815 872**	29.3	23.2	6.8	5.6	4.8	2.6	3.7	2.0	1.9	1.8	5.5	1.1	1.5	2.4	7.8	ZH
BE	**501 201**	33.8	26.2	6.3	4.1	5.8	2.8	3.3	1.9	2.6	1.4	0.1	0.9	1.5	0.2	9.1	BE
LU	**218 318**	31.5	22.2	4.0	4.7	5.5	7.4	4.3	3.1	2.3	1.4	0.1	1.2	2.1	1.4	8.8	LU
UR	**10 834**	33.6	29.6	9.4		4.5	0.0	6.0	1.9	4.7	1.1	0.0	1.7	0.9		6.7	UR
SZ	**35 343**	34.9	17.7	17.4		7.1	0.2	6.3	2.1	4.0	1.1	0.0	1.6	1.8		5.7	SZ
OW	**12 748**	26.7	26.5	12.3		6.2	0.1	7.0	3.6	3.7	2.9	0.0	2.0	2.7		6.1	OW
NW	**13 100**	30.1	32.1	0.5		10.4	0.0	1.0	3.7	8.1	3.7		1.4	2.6		6.4	NW
GL	**14 413**	35.0	30.2	3.4		5.5	0.6	4.8	2.5	3.9	1.9	0.3	2.8	0.5		8.6	GL
ZG	**36 238**	33.8	30.8	7.0		7.0	2.0	2.1	2.8	2.3	2.4	0.0	2.4	1.3	0.0	6.1	ZG
FR	**105 327**	31.2	20.9	7.0	3.5	8.1	1.9	5.2	4.4	1.7	2.0	0.1	1.0	1.4	0.0	11.6	FR
SO	**90 646**	33.5	27.4	7.3	0.0	5.6	0.2	3.8	2.3	2.3	2.3	0.0	1.1	0.9	0.0	13.1	SO
BS	**250 647**	35.0	21.0	6.0	6.5	5.3	3.9	2.5	1.5	1.5	1.2	0.1	0.9	1.4	1.3	11.9	BS
BL	**94 254**	35.2	22.6	16.9		3.7	0.5	3.2	1.4	1.9	2.8	0.1	0.6	0.6	3.8	6.8	BL
SH	**29 182**	32.4	26.5	7.4	0.0	7.5	0.4	4.8	3.2	2.7	1.7	0.0	3.1	0.9		9.4	SH
AR	**16 173**	33.4	15.2	8.5		9.1	0.0	2.8	6.4	4.1	4.8		2.6	1.1		11.9	AR
AI	**1 598**	41.9	9.3			10.2	6.5	1.6	5.4	16.2	4.1			1.5		3.3	AI
SG	**243 871**	33.7	22.2	6.7	4.1	4.6	4.4	2.7	1.5	2.6	1.3	0.1	0.9	1.2	4.7	9.2	SG
GR	**110 485**	28.9	25.4	13.6	5.1	4.6	2.7	3.2	2.1	2.4	1.6	0.3	0.9	1.5	1.2	6.6	GR
AG	**292 223**	32.2	24.8	8.2	5.1	6.4	2.3	3.2	1.8	2.1	1.4	0.1	0.8	1.3	2.1	8.2	AG
TG	**113 786**	28.6	22.8	20.3	3.8	3.4	0.2	3.7	1.9	2.2	1.0	0.1	1.3	1.3	2.3	6.9	TG
TI	**159 498**	30.5	32.2	4.1	6.1	8.1	1.1	4.4	2.1	1.8	0.9	0.1	0.3	1.0	0.0	7.2	TI
VD	**506 581**	28.0	24.0	9.5	5.4	7.1	4.6	3.4	4.1	1.6	1.6	0.1	0.9	1.3	1.2	7.3	VD
VS	**125 632**	30.4	20.3	7.2	8.4	8.7	0.7	2.8	4.1	2.5	2.1	0.0	0.9	1.1	1.8	9.0	VS
NE	**90 608**	25.9	17.9	17.1	9.3	10.9	0.8	1.3	2.8	1.5	1.5	0.1	1.2	1.2	0.0	8.5	NE
GE	**282 370**	36.2	22.7	7.2	5.4	7.6	2.3	2.8	2.0	1.6	1.1	0.1	1.2	1.1	1.5	7.2	GE
JU	**21 145**	33.3	36.1	1.2		11.3	0.4	1.6	3.9	0.1	1.7	0.0	0.9	2.8	0.0	6.7	JU
CH	**4 192 092**	**31.5**	**23.8**	**8.0**	**4.8**	**6.1**	**2.8**	**3.4**	**2.4**	**2.1**	**1.6**	**1.2**	**1.0**	**1.4**	**1.5**	**8.4**	**CH**
	Total montants facturés TARMED (en milliers de fr.)	% prestations de base	% imagerie médicale	% psychiatrie	% radio-oncologie, radiothérapie	% salle d'opération, salle de réveil, clinique de jour	% oeil	% cœur et vaisseaux	% anesthésie	% tractus gastro-intestinal	% appareil locomoteur	% pédiatrie, néonatologie	% organes génitaux féminins, obstétrique	% peau, parties molles	% pathologies cliniques et médecine légale	% autres	

Montants des factures ambulatoires TARMED, par chapitre et canton du site, 2018

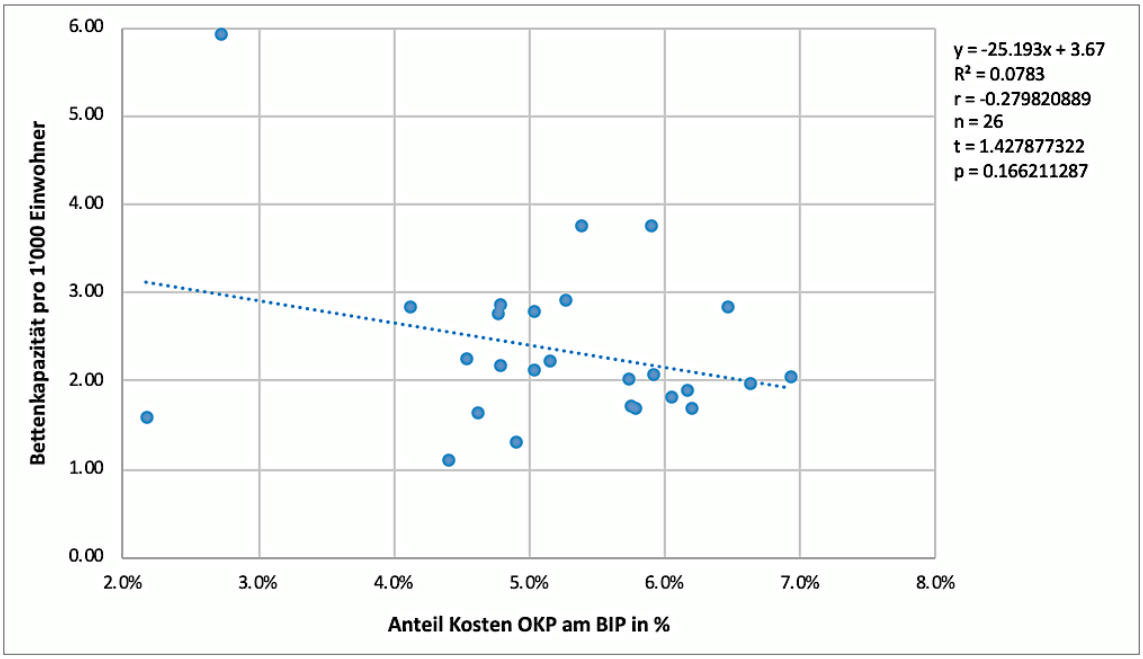
Selon état des données au 21.11.2019

C3

Anhang 14: Statistik der Patientendaten Spital ambulant, Standardtabellen 2018.

Raum	Merkmale	Anzahl	Flächenbedarf in qm (Summe)
Eingriffsraum / OP-Saal	Ein OP-Tisch, allseitig umlaufend ein Mindestabstand von 2.00 m zu den Seitenwänden.	2	60
Einleitung der Anästhesie	Direkter Bezug zum OP-/Eingriffsraum.	1	30
Waschzone/Waschraum	Chirurgische Händedesinfektion, direkter Bezug zum OP-/Eingriffsraum.	1	3
Lager	Sterilgut.	1	10
Lager	Medizinische Verbrauchsartikel.	1	10
Lager	Medizinische Geräte.	1	15
Versorgung	Anlieferung von Verbrauchsmaterial über funktionale Schleuse.	1	15
Entsorgung	Lagerung und Abtransport von Abfall/Verbrauchsmaterial über funktionale Schleuse.	1	15
Putzmittelraum	Mit Ausguss (OP- und Aufwachbereich).	2	12
Patientenübergabe/-umkleide	Einleitung des Patienten über funktionale Schleuse.	2	15
Patienten-WC	Geschlechtergetrennt + IV-WC	3	12
Ruhe-/Aufwachraum	5 Aufwachplätze pro OP à 7 qm Überwachungstresen Lauffläche/Korridor	10 1 1	70 12 70
Apotheke		1	10
Büro	Arzt und Pflege	2	24
Besprechungszimmer	Personal, Patienten, Dienstleister	1	15
Personalumkleiden	Wechsel von Berufs- zur Bereichskleidung mit Waschplatz (geschlechtergetrennt). Zugang zu OP-Bereich über funktionale Schleuse.	2	20
Personal-WC	Geschlechtergetrennt.	2	6
Aufenthaltsraum Personal	Inklusive Teeküche für Patienten.	1	18
Empfang	Empfangstresen inklusive Wartebereich.	1	30
Technik	Elektro, IT-Server, Sanitär, Medizinalgase	3	30
Zwischensumme			**502**
Verkehrsfläche	Zuschlag 20%		100
Nettogeschossfläche			**602**
Konstruktionsfläche	Zuschlag 15%		90
Geschossfläche			**692**

Anhang 15: Flächenbedarf einer ambulanten OPS-Einheit (in Anlehnung an: Standl med. & Lussi, 2012, S. 51-52).



Anhang 16: Bettenkapazität zu Anteil der OKP-Kosten am BIP (Daten: BAG, 2017).

Objektname:	Spital Zofingen AG	Kanton:	Aargau
Adresse:	Mühlethalstrasse 27		
PLZ, Ort:	4800 Zofingen	Bewertung am:	26.08.2020

Makroanalyse							
	Messwert	**Score**	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040 (total)	156'380	**0.5**	30.4%	100.0%	18.6%	5.7%	**2.8**
Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, Anteil der 65-Jährigen und älter (total)	87'450	**0.7**			14.0%	4.2%	**3.0**
Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern	2.1	**0.2**			23.3%	7.1%	**1.4**
BIP pro Kopf	59817	**0.9**			11.6%	3.5%	**3.3**
Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner (2018)	7.1	**0.1**			18.6%	5.7%	**0.8**
Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner	589	**0.7**			14.0%	4.2%	**3.1**
Summe Scores		**3.2**		100.0%	100.0%		**14.4**
Maximalwert		6.0					30.4
Zielerreichung		**53%**					**47%**

Mesoanalyse							
	Messwert	**Score**	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	16'870	**0.2**	43.5%	55.6%	28.6%	6.9%	**1.6**
Anteil der «Altersgruppe der 65-Jährigen und Älter» an der Bevölkerung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	10'592	**0.3**			21.4%	5.2%	**1.7**
Gemeindetypologien gemäss BFS	4	**0.6**			28.6%	6.9%	**4.3**
Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"	15.0%	**0.5**			21.4%	5.2%	**2.5**
Spitalaustritte während des Jahres (stationär)	4'634	**0.9**		44.4%	26.3%	5.1%	**4.6**
Case Mix Index (CMI) netto	0.929	**0.7**			26.3%	5.1%	**3.6**
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (stationär)	5.66	**0.5**			26.3%	5.1%	**2.3**
Patientenzufriedenheit	4.09	**0.2**			21.1%	4.1%	**1.0**
Summe Scores		**4.0**		100.0%	200.0%		**21.6**
Maximalwert		8.0					43.5
Zielerreichung		**50%**					**50%**

Mikroanalyse							
	Messwert	**Score**	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Mikrolagerating Verkauf (IMBAS), Lage	2	**0.3**	26.1%	44.4%	27.8%	3.2%	**0.8**
Erreichbarkeit auf der Strasse, Punkte (ARE)	7	**0.7**			44.4%	5.2%	**3.4**
ÖV-Güteklassen (ARE)	2	**0.5**			27.8%	3.2%	**1.6**
Anlagenutzungskosten pro Operationssaal (in CHF)	411'491	**0.9**			33.3%	4.8%	**4.2**
Buchwert des OP-Trakts gemäss Anlagebuchhaltung	3	**0.5**		55.6%	29.6%	4.3%	**2.1**
Flächen- und Nutzungsreserven (in qm)	5	**1.0**			37.0%	5.4%	**5.4**
Summe Scores		**3.8**		100.0%	200.0%		**17.6**
Maximalwert		6.0					26.1
Zielerreichung		**63%**					**68%**

Gesamtbewertung							
		Score	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Summe Scores		**11.0**	100%	300%	500%	100%	53.6
Maximalwert		20.0					100.0
Zielerreichung		**55%**					**54%**

Anhang 17: Standortanalyse Spital Zofingen AG.

Objektname:	Spital Zofingen AG	Kanton:	Aargau
Adresse:	Mühlethalstrasse 27		
PLZ, Ort:	4800 Zofingen	Bewertung am:	26.08.2020

Makroanalyse

Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040 (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	326'874	25'804	-6'826

Messwert	156'380
Score	**0.5**
Gewichtung	5.7%
Score gewichtet	**2.8**

Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, Anteil der 65-Jährigen und älter (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	124'431	23'172	1'730

Messwert	87'450
Score	**0.7**
Gewichtung	4.2%
Score gewichtet	**3.0**

Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	5.92	2.09	1.10

Messwert	2.07
Score	**0.2**
Gewichtung	7.1%
Score gewichtet	**1.4**

BIP pro Kopf	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Kantone	51'351	66'862	182'865

Messwert	59'817
Score	**0.9**
Gewichtung	3.5%
Score gewichtet	**3.3**

Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner (2018)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	10.7	8.1	6.5

Messwert	7.1
Score	**0.1**
Gewichtung	5.7%
Score gewichtet	**0.8**

Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	678	580	341

Messwert	589
Score	**0.7**
Gewichtung	4.2%
Score gewichtet	**3.1**

Summe Scores	**3.2**	**Zielerreichung**	**53%**
Maximalwert	6.0		
Summe Scores (gewichtet)	**14.4**	**Zielerreichung (gewichtet)**	**47%**
Maximalwert	*30.4*		

Objektname:	Spital Zofingen AG	Kanton:	Aargau
Adresse:	Mühlethalstrasse 27		
PLZ, Ort:	4800 Zofingen	Bewertung am:	26.08.2020

Mesoanalyse

Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Regionen	75'342	13'202	-156

Messwert	16'870
Score (%)	0.2
Gewichtung	6.9%
Score gewichtet	1.6

Anteil der «Altersgruppe der 65-Jährigen und Älter» an der Bevölkerung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Regionen	28'869	8'495	1'393

Messwert	10'592
Score (%)	0.3
Gewichtung	5.2%
Score gewichtet	1.7

Gemeindetypologien gemäss BFS	Städtische Gemeinde einer grossen Agglomeration	Städtische Gemeinde einer mittelgrossen Agglomeration	Städtische Gemeinde einer kleinen oder ausserhalb einer Agglomeration	Periurbane Gemeinde hoher Dichte	Periurbane Gemeinde mittlerer Dichte	Periurbane Gemeinde geringer Dichte	Ländliche Zentrums-gemeinde	Ländliche zentral gelegene Gemeinde	Ländliche periphere Gemeinde
Bandbreite: Gemeinden	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Messwert	4
Score	0.6
Gewichtung	6.9%
Score gewichtet	4.3

Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Gemeinden	25.3%	8.4%	5.6%

Messwert	15.0%	*Annahme*
Score	0.5	
Gewichtung	5.2%	
Score gewichtet	2.5	

Spitalaustritte während des Jahres (stationär)	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Spitäler	1'096	7'756	42'037

Messwert	4'634
Score	0.9
Gewichtung	5.1%
Score gewichtet	4.6

Case Mix Index (CMI) netto	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Spitäler	0.653	0.929	1.610

Messwert	0.929
Score	0.7
Gewichtung	5.1%
Score gewichtet	3.6

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (stationär)	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Spitäler	1.6	4.7	9.0

Messwert	5.66
Score	0.5
Gewichtung	5.1%
Score gewichtet	2.3

Patientenzufriedenheit	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Gemeinden	4.55	4.17	3.94

Messwert	4.09
Score	0.2
Gewichtung	4.1%
Score gewichtet	1.0

Summe Scores	4.0	**Zielerreichung**	50%
Maximalwert	8.0		
Summe Scores (gewichtet)	21.6	**Zielerreichung (gewichtet)**	50%
Maximalwert	43.5		

Objektname:	Spital Zofingen AG	Kanton:	Aargau
Adresse:	Mühlethalstrasse 27		
PLZ, Ort:	4800 Zofingen	Bewertung am:	26.08.2020

Mikroanalyse

Mikrolagerating Verkauf (IMBAS), Lage	beste	sehr gute	gute	durchschnittlich gute	durch-schnittliche	mit leichten Defiziten	mit Defiziten	ungünstige	ungeeignete
Bandbreite: Parzelle	5.0	4.5	4.0	3.5	3.0	2.5	2.0	1.5	1.0

Messwert	2.0	*Annahme*
Score	**0.3**	
Gewichtung	3.2%	
Score gewichtet	**0.8**	

Erreichbarkeit auf der Strasse, Punkte (ARE)	≥ 50'000	≥ 25'000	≥ 15'000	≥ 10'000	≥ 7'500	≥ 5'000	≥ 2'500	≥ 1'000	≥ 250	< 250
Bandbreite: Parzelle	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Messwert	7
Score	**0.7**
Gewichtung	5.2%
Score gewichtet	**3.4**

ÖV-Güteklassen (ARE)	A sehr gute Erschliessung	B gute Erschliessung	C mittelmässige Erschliessung	D geringe Erschliessung
Bandbreite: Parzelle	4	3	2	1

Messwert	2
Score	**0.5**
Gewichtung	3.2%
Score gewichtet	**1.6**

Anlagenutzungskosten pro Operationssaal (in CHF)	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Parzelle	135'702	1'037'507	2'404'247

Messwert	'411'491
Score	**0.9**
Gewichtung	4.8%
Score gewichtet	**4.2**

Buchwert des OP-Trakts gemäss Anlagebuchhaltung	< 20%	≥ 20%	≥ 50%	≥ 70%	≥ 90%
Bandbreite: Parzelle	5	4	3	2	1

Messwert	3	*Annahme*
Score	**0.5**	
Gewichtung	4.3%	
Score gewichtet	**2.1**	

Flächen- und Nutzungsreserven (in qm)	≥ 1'500	> 1000	> 700	> 350	keine
Bandbreite: Parzelle	5	4	3	2	1

Messwert	5	*Annahme*
Score	**1.0**	
Gewichtung	5.4%	
Score gewichtet	**5.4**	

Summe Scores	**3.8**
Maximalwert	6.0

Zielerreichung	**63%**

Summe Scores (gewichtet)	**17.6**
Maximalwert	26.1

Zielerreichung (gewichtet)	**68%**

Objektname:	Bethesda Spital AG	Kanton:	Basel-Stadt
Adresse:	Gellertstrasse 144		
PLZ, Ort:	4052 Basel	Bewertung am:	26.08.2020

Makroanalyse							
	Messwert	**Score**	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040 (total)	17'778	**0.1**	30.4%	100.0%	18.6%	5.7%	**0.4**
Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, Anteil der 65-Jährigen und älter (total)	8'023	**0.1**			14.0%	4.2%	**0.2**
Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern	5.9	**1.0**			23.3%	7.1%	**7.1**
BIP pro Kopf	182865	**0.0**			11.6%	3.5%	**0.0**
Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner (2018)	10.7	**1.0**			18.6%	5.7%	**5.7**
Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner	341	**0.0**			14.0%	4.2%	**0.0**
Summe Scores		**2.1**		100.0%	100.0%		**13.4**
Maximalwert		6.0					30.4
Zielerreichung		**35%**					**44%**

Mesoanalyse							
	Messwert	**Score**	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	20'853	**0.3**	43.5%	55.6%	28.6%	6.9%	**1.9**
Anteil der «Altersgruppe der 65-Jährigen und Älter» an der Bevölkerung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	7'287	**0.2**			21.4%	5.2%	**1.1**
Gemeindetypologien gemäss BFS	1	**1.0**			28.6%	6.9%	**6.9**
Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"	10.0%	**0.2**			21.4%	5.2%	**1.2**
Spitalaustritte während des Jahres (stationär)	7'628	**0.8**		44.4%	26.3%	5.1%	**4.3**
Case Mix Index (CMI) netto	0.729	**0.9**			26.3%	5.1%	**4.7**
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (stationär)	4.17	**0.7**			26.3%	5.1%	**3.3**
Patientenzufriedenheit	4.39	**0.7**			21.1%	4.1%	**3.0**
Summe Scores		**4.9**		100.0%	200.0%		**26.4**
Maximalwert		8.0					43.5
Zielerreichung		**61%**					**61%**

Mikroanalyse							
	Messwert	**Score**	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Mikrolagerating Verkauf (IMBAS), Lage	2	**0.3**	26.1%	44.4%	27.8%	3.2%	**0.8**
Erreichbarkeit auf der Strasse, Punkte (ARE)	9	**0.9**			44.4%	5.2%	**4.6**
ÖV-Güteklassen (ARE)	3	**0.8**			27.8%	3.2%	**2.4**
Anlagenutzungskosten pro Operationssaal (in CHF)	960'652	**0.6**			33.3%	4.8%	**3.1**
Buchwert des OP-Trakts gemäss Anlagebuchhaltung	2	**0.3**		55.6%	29.6%	4.3%	**1.1**
Flächen- und Nutzungsreserven (in qm)	3	**0.5**			37.0%	5.4%	**2.7**
Summe Scores		**3.3**		100.0%	200.0%		**14.6**
Maximalwert		6.0					26.1
Zielerreichung		**55%**					**56%**

Gesamtbewertung							
		Score	Gewichtung nach Hierarchieebene			**Globales Gewicht**	**Score gewichtet**
			obere Hierarchie	mittlere Hierarchie	untere Hierarchie		
Summe Scores		**10.3**	100%	300%	500%	100%	54.4
Maximalwert		20.0					100.0
Zielerreichung		**51%**					**54%**

Anhang 18: Standortanalyse Bethesda Spital AG.

Objektname:	Bethesda Spital AG	Kanton:	Basel-Stadt
Adresse:	Gellertstrasse 144		
PLZ, Ort:	4052 Basel	Bewertung am:	26.08.2020

Makroanalyse

Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040 (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	326'874	25'804	-6'826

Messwert	17'778
Score	**0.1**
Gewichtung	5.7%
Score gewichtet	**0.4**

Bevölkerungsentwicklung der Kantone bis 2040, Anteil der 65-Jährigen und älter (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	124'431	23'172	1'730

Messwert	8'023
Score	**0.1**
Gewichtung	4.2%
Score gewichtet	**0.2**

Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner in Akutspitälern	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	5.92	2.09	1.10

Messwert	5.92
Score	**1.0**
Gewichtung	7.1%
Score gewichtet	**7.1**

BIP pro Kopf	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Kantone	51'351	66'862	182'865

Messwert	182'865
Score	**0.0**
Gewichtung	3.5%
Score gewichtet	**0.0**

Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner (2018)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	10.7	8.1	6.5

Messwert	10.7
Score	**1.0**
Gewichtung	5.7%
Score gewichtet	**5.7**

Anzahl Personenwagen pro 1'000 Einwohner	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Kantone	678	580	341

Messwert	341
Score	**0.0**
Gewichtung	4.2%
Score gewichtet	**0.0**

Summe Scores	**2.1**	**Zielerreichung**	**35%**
Maximalwert	6.0		
Summe Scores (gewichtet)	**13.4**	**Zielerreichung (gewichtet)**	**44%**
Maximalwert	*30.4*		

Objektname:	Bethesda Spital AG	Kanton:	Basel-Stadt
Adresse:	Gellertstrasse 144		
PLZ, Ort:	4052 Basel	Bewertung am:	26.08.2020

Mesoanalyse

Bevölkerungsentwicklung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Regionen	75'342	13'202	-156

Messwert	20'853
Score (%)	0.3
Gewichtung	6.9%
Score gewichtet	1.9

Anteil der «Altersgruppe der 65-Jährigen und Älter» an der Bevölkerung Nordwestschweiz & Zürich bis 2040 (total)	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Regionen	28'869	8'495	1'393

Messwert	7'287
Score (%)	0.2
Gewichtung	5.2%
Score gewichtet	1.1

Gemeindetypologien gemäss BFS	Städtische Gemeinde einer grossen Agglomeration	Städtische Gemeinde einer mittelgrossen Agglomeration	Städtische Gemeinde einer kleinen oder ausserhalb einer Agglomeration	Periurbane Gemeinde hoher Dichte	Periurbane Gemeinde mittlerer Dichte	Periurbane Gemeinde geringer Dichte	Ländliche Zentrums-gemeinde	Ländliche zentral gelegene Gemeinde	Ländliche periphere Gemeinde
Bandbreite: Gemeinden	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Messwert	1
Score	1.0
Gewichtung	6.9%
Score gewichtet	6.9

Anteil Vollzeitäquivalente der Kernbranche "Gesundheitswesen"	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Gemeinden	25.3%	8.4%	5.6%

Messwert	10.0%	*Annahme*
Score	0.2	
Gewichtung	5.2%	
Score gewichtet	1.2	

Spitalaustritte während des Jahres (stationär)	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Spitäler	1'096	7'756	42'037

Messwert	7'628
Score	0.8
Gewichtung	5.1%
Score gewichtet	4.3

Case Mix Index (CMI) netto	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Spitäler	0.653	0.929	1.610

Messwert	0.729
Score	0.9
Gewichtung	5.1%
Score gewichtet	4.7

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (stationär)	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Spitäler	1.6	4.7	9.0

Messwert	4.17
Score	0.7
Gewichtung	5.1%
Score gewichtet	3.3

Patientenzufriedenheit	Maximum	Median	Minimum
Bandbreite: Gemeinden	4.55	4.17	3.94

Messwert	4.39
Score	0.7
Gewichtung	4.1%
Score gewichtet	3.0

Summe Scores	4.9	**Zielerreichung**	61%
Maximalwert	8.0		
Summe Scores (gewichtet)	26.4	**Zielerreichung (gewichtet)**	61%
Maximalwert	43.5		

Objektname:	Bethesda Spital AG	Kanton:	Basel-Stadt
Adresse:	Gellertstrasse 144		
PLZ, Ort:	4052 Basel	Bewertung am:	26.08.2020

Mikroanalyse

Mikrolagerating Verkauf (IMBAS), Lage	beste	sehr gute	gute	durchschnittlich gute	durch-schnittliche	mit leichten Defiziten	mit Defiziten	ungünstige	ungeeignete
Bandbreite: Parzelle	5.0	4.5	4.0	3.5	3.0	2.5	2.0	1.5	1.0

Messwert	2.0	*Annahme*
Score	**0.3**	
Gewichtung	3.2%	
Score gewichtet	**0.8**	

Erreichbarkeit auf der Strasse, Punkte (ARE)	≥ 50'000	≥ 25'000	≥ 15'000	≥ 10'000	≥ 7'500	≥ 5'000	≥ 2'500	≥ 1'000	≥ 250	< 250
Bandbreite: Parzelle	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Messwert	9
Score	**0.9**
Gewichtung	5.2%
Score gewichtet	**4.6**

ÖV-Güteklassen (ARE)	A sehr gute Erschliessung	B gute Erschliessung	C mittelmässige Erschliessung	D geringe Erschliessung
Bandbreite: Parzelle	4	3	2	1

Messwert	3
Score	**0.8**
Gewichtung	3.2%
Score gewichtet	**2.4**

Anlagenutzungskosten pro Operationssaal (in CHF)	Minimum	Median	Maximum
Bandbreite: Parzelle	135'702	1'037'507	2'404'247

Messwert	'960'652
Score	**0.6**
Gewichtung	4.8%
Score gewichtet	**3.1**

Buchwert des OP-Trakts gemäss Anlagebuchhaltung	< 20%	≥ 20%	≥ 50%	≥ 70%	≥ 90%
Bandbreite: Parzelle	5	4	3	2	1

Messwert	2	*Annahme*
Score	**0.3**	
Gewichtung	4.3%	
Score gewichtet	**1.1**	

Flächen- und Nutzungsreserven (in qm)	≥ 1'500	> 1000	> 700	> 350	keine
Bandbreite: Parzelle	5	4	3	2	1

Messwert	3	*Annahme*
Score	**0.5**	
Gewichtung	5.4%	
Score gewichtet	**2.7**	

Summe Scores	**3.3**	**Zielerreichung**	**55%**
Maximalwert	6.0		
Summe Scores (gewichtet)	**14.6**	**Zielerreichung (gewichtet)**	**56%**
Maximalwert	*26.1*		

https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/kantonale-szenarien.assetdetail.12107013.html

https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/sterblichkeit.assetdetail.9466754.html

https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/verlorene-potenzielle-lebensjahre

https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.1210

Kantone	Bevölkerungsentwicklung										Altergruppe der 65-Jährigen und Älter				
	Bevölkerung	Kantonale Verteilung der Gesamt-bevölkerung	Bevölkerungs-wachstum	Bevölkerungs-wachstum	Bevölkerung	Kantonale Verteilung der Gesamt-bevölkerung	Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner	Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner	Entwicklung Rohe Sterbeziffer, Todesfälle je 1'000 Einwohner	Verlorene potenzielle Lebensjahre je 100'000 Einwohner	Anzahl der 65-Jährigen	Kantonale Verteilung der 65-Jährigen	Anteil an kantonaler Bevölkerung	Wachstum Anteil der 65-Jährigen	Wachstum Anteil der 65-Jährigen
	2020	2020	2020-2040	2020-2040	2040	2040	1988	2018	1988-2018	2017	2020	2020	2020	2020-2040	2020-2040
	total	in %	total	in %	total	in %	total	total	in %	total	total	in %	total	total	in %
Zürich	1'553'584	17.9%	326'874	21.0%	1'880'458	18.8%	9.3	7.3	78.6%	2'965	267'196	16.3%	17.2%	124'431	46.6%
Bern	1'046'310	12.0%	89'596	8.6%	1'135'906	11.3%	9.6	9.1	95.3%	3'401	223'414	13.6%	21.4%	87'603	39.2%
Luzern	416'334	4.8%	60'568	14.5%	476'902	4.8%	9.0	7.7	85.5%	2'879	75'269	4.6%	18.1%	44'076	58.6%
Uri	37'010	0.4%	4'063	11.0%	41'073	0.4%	8.6	8.9	103.6%	3'093	7'786	0.5%	21.0%	3'370	43.3%
Schwyz	162'637	1.9%	28'080	17.3%	190'717	1.9%	8.2	7.3	88.8%	2'483	29'982	1.8%	18.4%	22'455	74.9%
Obwalden	38'371	0.4%	4'502	11.7%	42'873	0.4%	8.9	6.8	76.9%	2'193	7'601	0.5%	19.8%	4'440	58.4%
Nidwalden	43'862	0.5%	4'468	10.2%	48'330	0.5%	6.9	7.0	101.2%	2'657	9'329	0.6%	21.3%	4'736	50.8%
Glarus	40'739	0.5%	2'657	6.5%	43'396	0.4%	11.6	9.0	77.5%	2'818	8'427	0.5%	20.7%	2'968	35.2%
Zug	130'235	1.5%	29'532	22.7%	159'767	1.6%	6.9	6.5	93.5%	2'176	22'901	1.4%	17.6%	18'018	78.7%
Freiburg	325'164	3.7%	49'061	15.1%	374'225	3.7%	8.8	6.5	73.8%	3'260	53'056	3.2%	16.3%	36'651	69.1%
Solothurn	278'325	3.2%	47'309	17.0%	325'634	3.3%	9.5	9.0	95.2%	3'330	55'713	3.4%	20.0%	29'599	53.1%
Basel-Stadt	196'622	2.3%	17'778	9.0%	214'400	2.1%	13.7	10.7	78.0%	3'180	38'940	2.4%	19.8%	8'023	20.6%
Basel-Landschaft	291'277	3.4%	23'527	8.1%	314'804	3.1%	8.1	8.5	105.0%	2'941	65'225	4.0%	22.4%	23'889	36.6%
Schaffhausen	83'560	1.0%	15'972	19.1%	99'532	1.0%	9.6	9.5	98.7%	2'851	18'047	1.1%	21.6%	9'233	51.2%
Appenzell A.Rh.	55'736	0.6%	5'140	9.2%	60'876	0.6%	10.8	8.3	77.0%	3'705	11'337	0.7%	20.3%	3'298	29.1%
Appenzell I.Rh.	16'343	0.2%	2'201	13.5%	18'544	0.2%	12.0	8.5	70.8%	1'836	3'233	0.2%	19.8%	1'730	53.5%
St. Gallen	516'722	5.9%	88'504	17.1%	605'226	6.0%	9.0	7.7	85.2%	3'033	97'186	5.9%	18.8%	52'974	54.5%
Graubünden	198'899	2.3%	-1'532	-0.8%	197'367	2.0%	9.4	9.0	96.1%	3'061	44'329	2.7%	22.3%	19'052	43.0%
Aargau	695'331	8.0%	156'380	22.5%	851'711	8.5%	7.9	7.1	89.7%	2'852	127'420	7.8%	18.3%	87'450	68.6%
Thurgau	282'871	3.3%	53'281	18.8%	336'152	3.4%	9.4	7.5	79.9%	3'067	51'886	3.2%	18.3%	35'207	67.9%
Tessin	353'324	4.1%	-6'826	-1.9%	346'498	3.5%	9.2	8.9	96.9%	2'842	82'292	5.0%	23.3%	29'893	36.3%
Waadt	815'575	9.4%	173'653	21.3%	989'228	9.9%	9.5	7.2	76.0%	3'122	135'392	8.3%	16.6%	66'580	49.2%
Wallis	349'204	4.0%	40'963	11.7%	390'167	3.9%	7.7	7.9	103.2%	3'250	70'837	4.3%	20.3%	38'019	53.7%
Neuenburg	177'336	2.0%	4'335	2.4%	181'671	1.8%	10.1	9.0	89.4%	3'425	34'255	2.1%	19.3%	11'258	32.9%
Genf	509'072	5.9%	102'854	20.2%	611'926	6.1%	8.7	6.8	78.2%	2'919	84'006	5.1%	16.5%	34'523	41.1%
Jura	73'772	0.8%	4'257	5.8%	78'029	0.8%	9.6	9.3	96.6%	3'123	15'822	1.0%	21.4%	5'227	33.0%
	8'688'215	**100.0%**	**1'327'197**	**15.3%**	**10'015'412**	**100.0%**		**7.9**			**1'640'881**	**100.0%**	**18.9%**	**804'703**	**49.0%**
Minimum	16'343		-6'826	-1.9%			6.9	6.5	70.8%	1'836	3'233		16.3%	1'730	20.6%
unteres Quartil 25%	76'219		4'368	8.7%			8.6	7.2	78.1%	2'844	16'378		18.3%	5'926	37.3%
Median	238'612		25'804	12.6%			9.3	8.1	89.1%	2'999	48'108		19.8%	23'172	50.0%
oberes Quartil 75%	400'582		58'746	18.4%			9.6	9.0	96.4%	3'166	80'536		21.2%	37'677	57.4%
Maximum	1'553'584		326'874	22.7%			13.7	10.7	105.0%	3'705	267'196		23.3%	124'431	78.7%

7015.html

https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraets-kennzahlen/kantone.html

https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/volkswirtschaft/volkswirtschaftliche-gesamtrechnung/bruttoinlandprodukt-kanton.assetdetail.10647591.html

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung.html

https://www.priminfo.admin.ch/de/zahlen-und-fakten

Kantone				Fläche		Bevölkerungsdichte			Mobilität und Verkehr					
	Anzahl der 65-Jährigen	Kantonale Verteilung der 65-Jährigen	Anteil an kantonaler Bevölkerung	Gesamtfläche in km²	Kantonale Verteilung der Gesamtfläche	Bevölkerungs-dichte	Bevölkerungs-dichte	Veränderung der Bevölkerungs-dichte	Personenwagen pro 1'000 Einwohner	Hauptverkehrs-mittel der erwerbstätigen Pendler ÖV	Hauptverkehrs-mittel der erwerbstätigen Pendler MIV	BIP pro Kanton	Kosten OKP pro Versicherten pro Jahr	Mittlere Prämien Grund-versicherung pro Versicherten (Erwachsene ab 26 Jahre) pro Monat
	2040	2040	2040			2020	2025	2020-2025	2018	2017	2017	2017	2017	2020
	total	in %	total	total	in %	total	total	in %		in %	in %	in Mio CHF	in CHF	in CHF
Zürich	391'627	16.01%	20.8%	1'728.9	4.2%	899	1'088	21.0%	492	46.4%	40.6%	143'044	3'791	364
Bern	311'017	12.72%	27.4%	5'959.4	14.4%	176	191	8.6%	519	32.5%	49.7%	78'278	3'938	381
Luzern	119'345	4.88%	25.0%	1'493.3	3.6%	279	319	14.5%	532	25.5%	57.9%	26'992	3'343	322
Uri	11'156	0.46%	27.2%	1'076.3	2.6%	34	38	11.0%	551	*17.4%*	67.3%	1'900	2'951	290
Schwyz	52'437	2.14%	27.5%	908.0	2.2%	179	210	17.3%	645	18.6%	67.5%	9'444	3'355	320
Obwalden	12'041	0.49%	28.1%	490.6	1.2%	78	87	11.7%	602	*16.1%*	68.6%	2'510	3'212	306
Nidwalden	14'065	0.58%	29.1%	275.9	0.7%	159	175	10.2%	626	16.9%	68.1%	3'050	3'211	297
Glarus	11'395	0.47%	26.3%	685.4	1.7%	59	63	6.5%	586	19.0%	65.7%	2'764	3'417	334
Zug	40'919	1.67%	25.6%	238.7	0.6%	546	669	22.7%	678	30.6%	52.1%	18'921	3'157	300
Freiburg	89'707	3.67%	24.0%	1'671.4	4.0%	195	224	15.1%	592	19.0%	70.9%	18'635	3'556	357
Solothurn	85'312	3.49%	26.2%	790.4	1.9%	352	412	17.0%	579	21.7%	63.5%	17'702	3'850	372
Basel-Stadt	46'963	1.92%	21.9%	37.0	0.1%	5'314	5'795	9.0%	341	51.0%	17.4%	35'955	4'997	483
Basel-Landschaft	89'114	3.64%	28.3%	517.7	1.3%	563	608	8.1%	517	37.1%	47.2%	20'347	4'313	420
Schaffhausen	27'280	1.12%	27.4%	298.4	0.7%	280	334	19.1%	562	29.7%	54.9%	6'963	3'777	361
Appenzell A.Rh.	14'635	0.60%	24.0%	242.9	0.6%	229	251	9.2%	580	20.4%	62.6%	3'086	3'270	320
Appenzell I.Rh.	4'963	0.20%	26.8%	172.4	0.4%	95	108	13.5%	605	*15.9%*	68.8%	989	2'672	266
St. Gallen	150'160	6.14%	24.8%	2'030.7	4.9%	254	298	17.1%	556	22.0%	60.5%	36'794	3'408	332
Graubünden	63'381	2.59%	32.1%	7'105.0	17.2%	28	28	-0.8%	573	17.4%	53.6%	14'020	3'360	326
Aargau	214'870	8.79%	25.2%	1'404.0	3.4%	495	607	22.5%	589	24.6%	62.9%	41'592	3'538	346
Thurgau	87'093	3.56%	25.9%	991.5	2.4%	285	339	18.8%	631	17.4%	67.4%	16'374	3'323	328
Tessin	112'185	4.59%	32.4%	2'812.3	6.8%	126	123	-1.9%	635	18.1%	68.3%	28'512	4'352	421
Waadt	201'972	8.26%	20.4%	3'212.2	7.8%	254	308	21.3%	526	32.5%	56.3%	53'731	4'259	418
Wallis	108'856	4.45%	27.9%	5'224.8	12.7%	67	75	11.7%	645	13.9%	69.7%	18'405	3'651	359
Neuenburg	45'513	1.86%	25.1%	802.3	1.9%	221	226	2.4%	545	25.1%	62.3%	15'435	4'162	427
Genf	118'529	4.85%	19.4%	282.3	0.7%	1'803	2'168	20.2%	445	46.0%	35.5%	49'467	4'900	483
Jura	21'049	0.86%	27.0%	838.6	2.0%	88	93	5.8%	592	15.5%	72.7%	4'629	4'159	407
	2'445'584	**100.0%**	**24.4%**	**41'290**	**100.0%**									
Minimum	4'963		19.4%			28	28	-1.9%	341	13.9%	17.4%	'989	2'672	266
unteres Quartil 25%	22'607		24.9%			103	111	8.7%	535	17.4%	53.9%	5'213	3'328	320
Median	74'347		26.2%			225	239	12.6%	580	21.1%	62.8%	18'054	3'547	351
oberes Quartil 75%	116'943		27.5%			335	394	18.4%	604	30.4%	68.0%	34'094	4'104	400
Maximum	391'627		32.4%			5'314	5'795	22.7%	678	51.0%	72.7%	143'044	4'997	483

https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/mobilitaet-verkehr/personenverkehr/verkehrsverhalten/tabellen-2015/kantone.html

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html

https://www.bag.adn statistiken/zahlen-fa schweizer-spitaeler.

Kantone	BIP pro Kopf	Anteil Kosten OKP am BIP pro Kopf	Verfügbarkeit eines Autos 65-79 Jahre	Führeraus-weisbesitz 65-79 Jahre	Besitz eines ÖV-Abos 65-79 Jahre	Mobilitätsgrad, Mobile Personen am Stichtag 65-79 Jahre	Anzahl Spitäler/ Betriebe (≠ Standorte)	Anzahl Standorte	Anzahl Standorte Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie)	Anzahl Betten (stationär), durchschnitt-liche Anzahl zur Bewirt-schaftung zur Verfügung stehende Betten	Anzahl Betten (stationär) Akutspitäler	Anzahl Betten (stationär) Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie)	Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner Akutspitäler	Anzahl Operationssäle
	in CHF	in %	2015 in %	2015 in %	2015 in %	2015 in %	2018 total	2018 total	2018 total	2018 total	2018 total	2018 total	2018	2018 total
Zürich	92'074	4.1%	81.6%	43.7%	71.2%	86.3%	42	91	35	4'461	4'403	4'233	2.83	175
Bern	74'813	5.3%	80.8%	78.4%	65.1%	81.7%	31	87	41	3'046	3'034	3'034	2.90	138
Luzern	64'833	5.2%	85.2%	79.5%	67.7%	83.5%	10	38	9	972	923	923	2.22	60
Uri	51'351	5.7%	77.6%	78.0%	63.8%	72.9%	1	1	1	63	63	63	1.70	3
Schwyz	58'068	5.8%	83.1%	82.7%	59.1%	80.6%	4	4	3	274	274	274	1.68	11
Obwalden	65'409	4.9%	86.2%	84.3%	67.4%	80.4%	1	1	1	50	50	50	1.30	3
Nidwalden	69'541	4.6%	91.8%	87.1%	66.8%	83.9%	3	3	1	71	71	71	1.62	4
Glarus	67'843	5.0%	87.7%	78.3%	62.5%	77.8%	3	4	2	86	86	86	2.11	4
Zug	145'280	2.2%	87.9%	77.9%	75.5%	89.7%	5	12	2	206	206	206	1.58	9
Freiburg	57'310	6.2%	86.4%	85.4%	31.1%	69.1%	5	9	7	545	545	545	1.68	27
Solothurn	63'604	6.1%	83.4%	77.7%	59.4%	79.1%	3	7	6	510	502	502	1.80	30
Basel-Stadt	182'865	2.7%	70.2%	64.5%	73.5%	86.3%	14	25	4	1'198	1'164	1'046	5.92	58
Basel-Landschaft	69'856	6.2%	83.7%	75.1%	71.8%	85.0%	12	26	7	578	545	545	1.87	28
Schaffhausen	83'325	4.5%	81.1%	75.0%	74.9%	81.4%	2	5	5	186	186	186	2.23	7
Appenzell A.Rh.	55'365	5.9%	77.1%	87.2%	66.9%	77.5%	6	7	4	208	208	208	3.73	10
Appenzell I.Rh.	60'543	4.4%					2	2	1	18	18	18	1.10	2
St. Gallen	71'206	4.8%	85.7%	78.1%	53.9%	81.0%	16	32	12	1'565	1'472	1'398	2.85	59
Graubünden	70'489	4.8%	86.7%	79.7%	55.4%	85.3%	19	25	13	546	545	545	2.74	33
Aargau	59'817	5.9%	87.4%	80.5%	57.7%	77.5%	23	54	13	1'446	1'438	1'417	2.07	56
Thurgau	57'886	5.7%	86.4%	82.7%	57.3%	85.0%	12	13	5	570	570	570	2.02	25
Tessin	80'696	5.4%	90.5%	79.8%	23.4%	82.9%	14	22	16	1'338	1'323	1'323	3.74	45
Waadt	65'881	6.5%	84.7%	80.9%	47.8%	83.1%	25	56	30	2'382	2'308	2'308	2.83	109
Wallis	52'707	6.9%	87.2%	81.6%	44.5%	82.8%	7	15	11	720	707	707	2.02	28
Neuenburg	87'038	4.8%	85.1%	80.5%	46.0%	80.3%	5	18	10	383	383	383	2.16	18
Genf	97'171	5.0%	81.8%	79.3%	50.2%	87.4%	13	17	12	1'408	1'408	1'408	2.77	66
Jura	62'751	6.6%	88.0%	87.2%	32.5%	81.9%	3	6	4	144	144	144	1.95	5
			85.2%	**79.7%**	**59.4%**	**81.9%**	**281**	**580**	**255**	**22'974**	**22'576**	**22'193**	**2.60**	**1'013**
Minimum	51'351	2.2%	70.2%	43.7%	23.4%	69.1%	1	1	1	18	18	18	1.10	2
unteres Quartil 25%	59'998	4.8%	81.8%	78.0%	50.2%	80.3%	3	5	3	191	191	191	1.73	8
Median	66'862	5.2%	85.2%	79.7%	59.4%	81.9%	7	14	7	546	545	545	2.09	28
oberes Quartil 75%	79'225	5.9%	87.2%	82.7%	67.4%	85.0%	14	26	12	1'303	1'283	1'254	2.81	58
Maximum	182'865	6.9%	91.8%	87.2%	75.5%	89.7%	42	91	41	4'461	4'403	4'233	5.92	175

Kantone	Anzahl Operationssäle Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anzahl Einwohner pro Operationssäle Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anzahl Patient/innen ambulant in Spitälern 2018 total	Anzahl Patient/innen ambulant in Spitälern 60-79 Jahre 2018 total	Hospitalisierungsrate in Akutspitälern 2018
	...in.ch/bag/de/home/zahlen-und-...kten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-...html		https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/infrastruktur-beschaeftigung-finanzen.assetdetail.10747889.html		https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hospitalisierungsrate-akutspitaelern
Zürich	170	9'139	718'588	22.9%	142.3
Bern	138	7'582	499'998	25.8%	153.5
Luzern	57	7'304	205'341	25.1%	128.2
Uri	3	12'337	13'442	28.2%	149.7
Schwyz	11	14'785	40'747	24.7%	153.9
Obwalden	3	12'790	16'199	25.6%	138.4
Nidwalden	4	10'966	17'941	27.1%	133.5
Glarus	4	10'185	17'357	26.7%	155.2
Zug	9	14'471	46'436	24.5%	134.7
Freiburg	27	12'043	109'703	21.5%	143.0
Solothurn	26	10'705	102'208	25.7%	155.0
Basel-Stadt	52	3'781	207'788	23.9%	176.2
Basel-Landschaft	22	13'240	109'651	28.3%	167.2
Schaffhausen	7	11'937	39'865	26.9%	137.1
Appenzell A.Rh.	10	5'574	28'484	27.8%	161.5
Appenzell I.Rh.	2	8'172	3'913	31.5%	149.0
St. Gallen	54	9'569	242'528	24.8%	159.5
Graubünden	33	6'027	109'135	26.2%	146.6
Aargau	54	12'877	307'789	23.8%	149.8
Thurgau	25	11'315	100'104	27.1%	153.1
Tessin	45	7'852	196'576	26.4%	157.2
Waadt	103	7'918	464'269	21.3%	131.9
Wallis	28	12'472	131'414	24.7%	137.4
Neuenburg	18	9'852	79'539	20.5%	139.2
Genf	66	7'713	283'301	19.9%	129.2
Jura	5	14'754	32'364	23.5%	162.9
	976	**8'902**	**4'124'680**		
Minimum	2	3'781	3'913	19.9%	128.2
unteres Quartil 25%	8	7'868	34'239	23.9%	137.7
Median	26	10'445	105'672	25.4%	149.4
oberes Quartil 75%	54	12'438	207'176	26.9%	155.2
Maximum	170	14'785	718'588	31.5%	176.2

Kantone	Anlagenutzungskosten Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anlagenutzungskosten pro Spitalbett Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anlagenutzungskosten pro Operationssaal Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Investitionsaufwand Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Investitionsaufwand pro Spitalbett Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Investitionsaufwand pro Operationssaal Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total
	https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html					
Zürich	198'514'769	46'897	1'167'734	470'419'384	111'131	2'767'173
Bern	137'095'348	45'186	993'445	288'102'522	94'958	2'087'699
Luzern	40'656'127	44'048	713'265	102'976'371	111'567	1'806'603
Uri	2'160'385	34'292	720'128	5'835'573	92'628	1'945'191
Schwyz	10'270'758	37'485	933'705	16'941'299	61'830	1'540'118
Obwalden	2'569'372	51'387	856'457	5'420'724	108'414	1'806'908
Nidwalden	2'098'459	29'556	524'615	5'306'573	74'740	1'326'643
Glarus	4'505'583	52'391	1'126'396	6'722'669	78'171	1'680'667
Zug	9'985'852	48'475	1'109'539	16'826'323	81'681	1'869'591
Freiburg	18'545'230	34'028	686'860	31'303'429	57'437	1'159'386
Solothurn	24'531'478	48'867	943'518	41'012'142	81'697	1'577'390
Basel-Stadt	68'209'288	65'210	1'311'717	136'802'067	130'786	2'630'809
Basel-Landschaft	19'616'556	35'994	891'662	46'815'636	85'900	2'127'983
Schaffhausen	4'987'103	26'812	712'443	14'938'723	80'316	2'134'103
Appenzell A.Rh.	11'538'866	55'475	1'153'887	21'878'046	105'183	2'187'805
Appenzell I.Rh.	368'817	20'490	184'409	1'183'839	65'769	591'920
St. Gallen	43'202'622	30'903	800'049	110'992'177	79'394	2'055'411
Graubünden	35'120'631	64'442	1'064'262	52'593'752	96'502	1'593'750
Aargau	60'000'209	42'343	1'111'115	121'938'238	86'054	2'258'116
Thurgau	29'490'132	51'737	1'179'605	46'069'966	80'825	1'842'799
Tessin	33'653'248	25'437	747'850	72'721'065	54'967	1'616'024
Waadt	91'407'836	39'605	887'455	257'931'673	111'755	2'504'191
Wallis	18'072'022	25'562	645'429	36'116'087	51'084	1'289'860
Neuenburg	12'329'857	32'193	684'992	33'639'838	87'832	1'868'880
Genf	65'565'062	46'566	993'410	115'036'846	81'702	1'742'983
Jura	3'674'098	25'515	734'820	9'554'054	66'348	1'910'811
	948'169'708			**2'069'079'016**		
Minimum	368'817	20'490	184'409	1'183'839	51'084	591'920
unteres Quartil 25%	6'236'790	31'226	714'981	15'410'623	75'598	1'599'318
Median	19'080'893	40'974	889'558	38'564'115	81'700	1'855'839
oberes Quartil 75%	42'565'998	48'769	1'098'220	108'988'226	96'116	2'117'912
Maximum	198'514'769	65'210	1'311'717	470'419'384	130'786	2'767'173

Kantone	Rechnungsbeträge der ambulanten Leistungen, Anteil am Total der verrechneten Preise nach TARMED; OP, AWR, TK 2018 in %	Rechnungsbeträge der ambulanten Leistungen, Anteil am Total der verrechneten Preise nach TARMED; Anästhesie 2018 in %	Anteil OP/AW/TK/ANÄ an Rechnungsbeträge der ambulanten Leistungen Summe 2018 in %
	https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.assetdetail.10747889.html		
Zürich	4.80%	1.99%	6.79%
Bern	5.82%	1.90%	7.72%
Luzern	5.51%	3.10%	8.61%
Uri	4.45%	1.91%	6.37%
Schwyz	7.05%	2.08%	9.14%
Obwalden	6.21%	3.59%	9.80%
Nidwalden	10.37%	3.67%	14.04%
Glarus	5.51%	2.46%	7.97%
Zug	7.04%	2.76%	9.80%
Freiburg	8.13%	4.37%	12.50%
Solothurn	5.63%	2.34%	7.97%
Basel-Stadt	5.28%	1.52%	6.80%
Basel-Landschaft	3.67%	1.44%	5.11%
Schaffhausen	7.49%	3.15%	10.64%
Appenzell A.Rh.	9.10%	6.42%	15.52%
Appenzell I.Rh.	10.20%	5.43%	15.63%
St. Gallen	4.55%	1.53%	6.08%
Graubünden	4.65%	2.12%	6.77%
Aargau	6.38%	1.78%	8.16%
Thurgau	3.44%	1.93%	5.37%
Tessin	8.12%	2.05%	10.17%
Waadt	7.12%	4.07%	11.19%
Wallis	8.71%	4.13%	12.83%
Neuenburg	10.86%	2.82%	13.69%
Genf	7.57%	1.96%	9.53%
Jura	11.31%	3.92%	15.23%
Minimum	3.4%	1.4%	5.1%
unteres Quartil 25%	5.3%	1.9%	7.0%
Median	6.7%	2.4%	9.3%
oberes Quartil 75%	8.1%	3.6%	12.2%
Maximum	11.3%	6.4%	15.6%

Regionen & Bezirke
der Grossregionen Nordwestschweiz & Zürich

Regionen/Bezirke	Bevölkerung 2019 total	Verteilung der Gesamt-bevölkerung 2019 in %	Bevölkerung 2040 total	Bevölkerungs-wachstum 2019-2040 total	Bevölkerungs-wachstum 2019-2040 in %	Verteilung der Gesamt-bevölkerung 2040 in %
	https://www.ag.ch/de/dfr/statistik/statistische_daten/statistische_daten_details/dynamische_detailseite_10_95681.jsp		https://www.ag.ch/de/system/suche/suche_startseite.jsp?st_mode=default&berets_geladen=true&q=bevölkerungsprognose&partialfields=&num=10&thema=%5B%5D&organisation=%5B%5D&stichworte=bevölkerungsprognose#typ-ver_start-0			
Aarau	79'185	11.6%	101'731	22'546	28.5%	12.5%
Baden	145'198	21.2%	178'381	33'183	22.9%	21.9%
Bremgarten	78'080	11.4%	91'065	12'985	16.6%	11.2%
Brugg	51'416	7.5%	53'270	1'854	3.6%	6.5%
Kulm	42'145	6.1%	42'367	'222	0.5%	5.2%
Laufenburg	32'854	4.8%	37'771	4'917	15.0%	4.6%
Lenzburg	64'356	9.4%	79'967	15'611	24.3%	9.8%
Muri	36'858	5.4%	45'826	8'968	24.3%	5.6%
Rheinfelden	47'983	7.0%	61'386	13'403	27.9%	7.5%
Zofingen	72'680	10.6%	89'550	16'870	23.2%	11.0%
Zurzach	34'669	5.1%	34'513	-156	-0.4%	4.2%
Kanton AG	**685'424**	**100.0%**	**815'827**		**19.0%**	**100.0%**
	https://www.statistik.bl.ch/web_portal/1_1_1					
Arlesheim	157'253	54.1%	170'254	13'001	8.3%	54.1%
Laufen	20'141	6.9%	21'806	1'665	8.3%	6.9%
Liestal	61'201	21.0%	66'261	5'060	8.3%	21.0%
Sissach	36'051	12.4%	39'032	2'981	8.3%	12.4%
Waldenburg	16'119	5.5%	17'452	1'333	8.3%	5.5%
Kanton Baselland	**290'765**	**100.0%**	**314'804**		**8.3%**	**215.2%**
	https://www.statistik.bs.ch/haeufig-gefragt/einwohner/einwohnerzahl.html		https://www.statistik.bs.ch/zahlen/tabellen/1-bevoelkerung/szenarien.html			
Basel Stadt	200'407	100.0%	221'260	20'853	10.4%	100.0%
Kanton Basel Stadt	**200'407**	**100.0%**	**221'260**		**10.4%**	**100.0%**
	https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/bestand-struktur.html		https://statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/daten/daten_bevoelkerung_soziales/bevprognosen.html			
Zürich	419'012	27.3%	494'354	75'342	18.0%	27.1%
Limmattal	92'337	6.0%	116'978	24'641	26.7%	6.4%
Knonaueramt	55'258	3.6%	64'156	8'898	16.1%	3.5%
Zimmerberg	125'887	8.2%	150'517	24'630	19.6%	8.3%
Pfannenstil	114'032	7.4%	133'414	19'382	17.0%	7.3%
Glattal	176'739	11.5%	210'156	33'417	18.9%	11.5%
Furttal	36'437	2.4%	45'015	8'578	23.5%	2.5%
Oberland	169'770	11.0%	203'537	33'767	19.9%	11.2%
Winterthur u.U.	197'534	12.9%	235'283	37'749	19.1%	12.9%
Weinland	31'483	2.0%	37'201	5'718	18.2%	2.0%
Unterland	117'917	7.7%	133'497	15'580	13.2%	7.3%
Kanton ZH	**1'536'406**	**100.0%**	**1'824'109**		**18.7%**	**100.0%**

Minimum				-156		
unteres Quartil 25%				4'953		
Median				13'202		
oberes Quartil 75%				24'109		
Maximum				75'342		

Regionen & Bezirke
der Grossregionen Nordwestschweiz & Zürich

Regionen/Bezirke	Anzahl der 65-Jährigen	Verteilung der 65-Jährigen	Anteil an kantonaler Bevölkerung	Anzahl der 65-Jährigen	Verteilung der 65-Jährigen	Anteil an kantonaler Bevölkerung	Wachstum der 65-Jährigen	Wachstum Anteil der 65-Jährigen
	2019	2019	2019	2040	2040	2040	2019-2040	2019-2040
	total	in %	total	total	in %	total	total	in %
	https://www.ag.ch/de/dfr/statistik/statistische_daten/statistische_daten_details/dynamische_detailseite_10_95681.jsp			https://www.ag.ch/de/system/suche/suche_startseite.jsp?st_mode=default&bereits_geladen=true&q=bevölkerungsprognose&partialfields=&num=10&thema=%5B%5D&organisation=%5B%5D&stichworte=bevölkerungsprognose#typ-ver_start-0				
Aarau	14'607	11.9%	18.4%	25'030	11.3%	24.6%	10'423	71.4%
Baden	26'109	21.2%	18.0%	43'733	19.8%	24.5%	17'624	67.5%
Bremgarten	13'692	11.1%	17.5%	25'136	11.4%	27.6%	11'444	83.6%
Brugg	10'008	8.1%	19.5%	15'442	7.0%	29.0%	5'434	54.3%
Kulm	8'194	6.7%	19.4%	14'105	6.4%	33.3%	5'911	72.1%
Laufenburg	5'928	4.8%	18.0%	11'256	5.1%	29.8%	5'328	89.9%
Lenzburg	10'565	8.6%	16.4%	20'894	9.5%	26.1%	10'329	97.8%
Muri	5'530	4.5%	15.0%	12'385	5.6%	27.0%	6'855	124.0%
Rheinfelden	8'956	7.3%	18.7%	17'496	7.9%	28.5%	8'540	95.4%
Zofingen	12'768	10.4%	17.6%	23'360	10.6%	26.1%	10'592	83.0%
Zurzach	6'717	5.5%	19.4%	11'841	5.4%	34.3%	5'124	76.3%
Kanton AG	**123'074**	**100.0%**	**18.0%**	**220'678**	**100.0%**	**27.0%**		**79.3%**
	https://www.statistik.bl.ch/web_portal/1_1_1			https://www.statistik.bl.ch/web_portal/1_10_2_2				
Arlesheim	37'174	57.9%	23.6%	39'881	44.7%	23.4%	2'707	7.3%
Laufen	3'801	5.9%	18.9%	5'871	6.6%	26.9%	2'070	54.5%
Liestal	12'635	19.7%	20.6%	26'920	30.2%	40.6%	14'285	113.1%
Sissach	7'332	11.4%	20.3%	11'787	13.2%	30.2%	4'455	60.8%
Waldenburg	3'287	5.1%	20.4%	4'680	5.3%	26.8%	1'393	42.4%
Kanton Baselland	**64'229**	**100.0%**	**22.1%**	**89'139**	**216.0%**	**28.3%**		**38.8%**
	https://www.statistik.bs.ch/haeufig-gefragt/einwohner/einwohnerzahl.html			https://www.statistik.bs.ch/zahlen/tabellen/1-bevoelkerung/szenarien.html				
Basel Stadt	38'893	100.0%	19.4%	46'180	100.0%	20.9%	7'287	18.7%
Kanton Basel Stadt	**38'893**	**100.0%**	**19.4%**	**46'180**	**100.0%**	**20.9%**		**18.7%**
	https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/bestand-struktur.html							
Zürich	62'031	23.6%	14.8%	90'900	22.4%	18.4%	28'869	46.5%
Limmattal	15'751	6.0%	17.1%	24'200	6.0%	20.7%	8'449	53.6%
Knonaueramt	9'748	3.7%	17.6%	16'200	4.0%	25.3%	6'452	66.2%
Zimmerberg	24'592	9.4%	19.5%	36'400	9.0%	24.2%	11'808	48.0%
Pfannenstil	24'512	9.3%	21.5%	34'600	8.5%	25.9%	10'088	41.2%
Glattal	28'943	11.0%	16.4%	46'000	11.3%	21.9%	17'057	58.9%
Furttal	5'821	2.2%	16.0%	10'000	2.5%	22.2%	4'179	71.8%
Oberland	31'368	12.0%	18.5%	51'500	12.7%	25.3%	20'132	64.2%
Winterthur u.U.	34'210	13.0%	17.3%	54'200	13.3%	23.0%	19'990	58.4%
Weinland	6'020	2.3%	19.1%	9'900	2.4%	26.6%	3'880	64.5%
Unterland	19'488	7.4%	16.5%	32'200	7.9%	24.1%	12'712	65.2%
Kanton ZH	**262'484**	**100.0%**	**17.1%**	**406'100**	**100.0%**	**22.3%**		**54.7%**
Minimum							1'393	
unteres Quartil 25%							5'355	
Median							8'495	
oberes Quartil 75%							11'717	
Maximum							28'869	

Akutspitäler Grossregionen
Nordwestschweiz & Zürich

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html

Spital	Adresse	Ort	Anzahl Standorte Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anzahl Betten (stationär) Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anzahl Operationssäle Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anzahl Gebärsälesäle Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Anlagenutzungs-kosten von Gesamtkosten stationär zu Lasten OKP Grund-versicherte 2018 total	Anlagenutzungs-kosten von Gesamtkosten stationär zu Lasten OKP Zusatz-versicherte 2018 total	Anlagenutz-ungskosten zu Lasten OKP (Summe aus Grundver-sicherte und Zusatz-versicherte) 2018 total	Gesamtkostenst ationär Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total	Personal-aufwand Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie) 2018 total
Kantonsspital Aarau AG	Tellstrasse 15	5000 Aarau	1	498	19	5	18'875'199	5'700'061	24'575'260	352'392'561	405'178'675
Kantonsspital Baden AG	Im Ergel	5404 Baden	4	358	10	6	10'820'230	2'978'261	13'798'491	209'875'753	224'081'983
Hirslanden Klinik Aarau	Schänisweg 1	5000 Aarau	1	155	7	2	4'113'603	3'699'838	7'813'441	119'985'887	59'100'765
Gesundheitszentrum Fricktal	Riburgerstrasse 12	4310 Rheinfelden	3	128	5	2	3'560'240	1'054'680	4'614'920	70'744'100	68'584'427
Kreisspital für das Freiamt	Spitalstrasse 144	5630 Muri AG	1	112	4	2	4'594'504	983'893	5'578'397	68'309'865	63'292'185
Spital Zofingen AG	Mühlethalstrasse 27	4800 Zofingen	1	91	4	0	1'356'067	289'898	1'645'965	42'872'553	51'121'983
Asana Gruppe AG Spital Leuggern	Kommendeweg 12	5316 Leuggern	1	36	2	3	858'471	137'869	996'340	24'916'027	18'480'139
Asana Gruppe AG Spital Menziken	Spitalstrasse 1	5737 Menziken	1	39	3	0	808'878	168'517	977'395	22'130'241	20'521'177
Kantonsspital Baselland	Mühlemattstrasse 26	4410 Liestal	3	438	15	3	12'153'013	3'516'214	15'669'227	259'342'813	284'572'703
Klinik Arlesheim AG	Pfeffingerweg 1	4144 Arlesheim	2	37	0	0	780'994	393'159	1'174'153	13'988'295	31'958'508
Hirslanden Klinik Birshof	Reinacherstrasse 28	4142 Münchenstein	1	56	5	0	1'313'384	921'897	2'235'281	35'126'975	18'853'538
Praxisklinik Rennbahn AG	Kriegackerstrasse 100	4132 Muttenz	1	14	2	0	413'931	123'964	537'895	11'765'600	13'870'923
Universitätsspital Basel	Hebelstrasse 32	4056 Basel	1	640	30	8	30'008'222	9'538'010	39'546'232	601'524'742	660'580'000
St. Claraspital	Kleinriehenstrasse 30	4058 Basel	1	229	7	0	9'290'019	5'554'873	14'844'892	131'013'376	121'011'580
Bethesda Spital AG	Gellertstrasse 144	4052 Basel	1	89	6	4	4'738'786	1'025'123	5'763'909	55'361'461	54'162'190
Merian Iselin Klinik	Föhrenstrasse 2	4054 Basel	1	88	9	0	4'844'343	3'209'912	8'054'255	85'319'935	48'501'806
Universitätsspital Zürich	Rämistrasse 100	8091 Zürich	3	941	35	8	30'125'509	9'361'786	39'487'295	808'209'133	862'802'063
Kantonsspital Winterthur	Brauerstrasse 15	8400 Winterthur	3	445	15	6	14'217'362	4'950'270	19'167'632	305'907'890	324'280'860
Stadtspital Triemli	Birmensdorferstrasse 497	8063 Zürich	1	396	12	7	19'689'548	5'225'993	24'915'541	295'924'476	279'462'126
Klinik Hirslanden AG	Witellikerstrasse 40	8008 Zürich	2	335	14	3	5'812'978	13'667'462	19'480'440	367'073'747	154'516'902
Spital Uster	Brunnenstrasse 42	8610 Uster	1	208	5	4	3'491'060	902'452	4'393'512	101'233'321	99'748'734
Stadtspital Waid	Tièchestrasse 99	8037 Zürich	1	213	5	0	6'787'180	2'046'272	8'833'452	105'507'493	108'544'443
Spital Zollikerberg	Trichtenhauserstrasse 20	8125 Zollikerberg	2	174	7	6	4'789'461	3'306'510	8'095'971	102'058'990	93'084'286
Spital Limmattal	Urdorferstrasse 100	8952 Schlieren	1	181	6	5	4'359'727	1'431'515	5'791'242	102'852'916	116'825'265
Spital Bülach AG	Spitalstrasse 24	8180 Bülach	1	162	5	4	5'511'963	1'539'825	7'051'788	91'520'986	102'725'129
See-Spital	Asylstrasse 19	8810 Horgen	2	212	8	3	4'198'954	1'851'519	6'050'473	103'740'057	80'537'781
GZO Spital Wetzikon	Spitalstrasse 66	8620 Wetzikon ZH	1	156	4	4	6'550'266	1'456'101	8'006'367	97'994'486	85'620'138
Spital Männedorf AG	Asylstrasse 10	8708 Männedorf	1	129	5	2	4'680'745	2'103'604	6'784'349	84'816'422	76'136'159
Klinik Im Park	Seestrasse 220	8002 Zürich	2	133	5	1	606'471	6'970'345	7'576'816	103'331'103	59'500'222
Spital Affoltern	Sonnenbergstrasse 27	8910 Affoltern am Albis	1	73	1	1	1'890'495	513'752	2'404'247	34'181'592	53'689'578
Privatklinik Bethanien - GSMN Schweiz AG	Toblerstrasse 51	8044 Zürich	1	96	5	4	953'504	5'931'995	6'885'499	57'811'736	18'432'337
Paracelsus-Spital Richterswil AG	Bergstrasse 16	8805 Richterswil	1	31	3	2	1'601'339	372'051	1'973'390	17'282'517	22'117'146
Universitätsklinik Balgrist	Forchstrasse 340	8008 Zürich	1	84	6	0	3'700'208	2'482'185	6'182'393	79'556'409	103'499'939
Schulthess Klinik	Lengghalde 2	8008 Zürich	3	137	10	0	3'791'499	3'899'268	7'690'767	132'373'079	131'904'122
Privatklinik Lindberg - GSMN Schweiz AG	Schickstrasse 11	8400 Winterthur	1	68	4	0	12'275	2'499'125	2'511'400	24'325'478	9'747'538
Klinik Pyramide am See AG	Bellerivestrasse 34	8008 Zürich	1	20	5	0	0	2'232'937	2'232'937	16'251'579	8'377'890
Uroviva Klinik AG	Zürichstrasse 5	8180 Bülach	1	13	2	0	449'740	358'733	808'473	11'386'002	5'828'968
Limmatklinik AG	Hardturmstrasse 133	8005 Zürich	1	10	4	0	1'261'550	384'347	1'645'897	14'650'224	2'878'914
Adus Medica AG	Breitestrasse 11	8157 Dielsdorf	1	15	3	0	365'853	41'252	407'105	6'962'418	3'072'987
			57	**7'239**	**297**	**95**	**233'377'571**	**112'825'468**	**346'203'039**	**5'169'622'238**	
		Minimum		10	0	0			407'105	6'962'418	2'878'914
		unteres Quartil 25%		62	4	0			2'234'109	29'548'810	21'319'162
		Median		129	5	2			6'182'393	85'319'935	68'584'427
		oberes Quartil 75%		212	9	4			8'464'712	125'499'632	118'918'423
		Maximum		941	35	8			39'546'232	808'209'133	862'802'063

Akutspitäler Grossregionen
Nordwestschweiz & Zürich

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html

Spital	Adresse	Ort	Belegungsgrad der Betten (stationär) Akutspitäler (exkl. Gynäkologie, Neonatologie Pädiatrie)	Austritte während des Jahres (stationär)	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (stationär)	Case Mix Index (CMI) netto	Anzahl ambulante Konsultationen	Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung	Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung pro Operationssaal	Anteil Anlagenutzungskosten an Gesamtkosten stationär	Anlagenutzungskosten pro Bett (stationär)	Anlagenutzungskosten pro Operationssaal	Verhältnis Austritte während des Jahres zu ambulante Konsultationen
			2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
			in %	total	in Tagen		total	total	total	%	total	total	%
Kantonsspital Aarau AG	Tellstrasse 15	5000 Aarau	85.68%	28'803	5.51	1.148	531'500	6'547'426	344'601	7.0%	49'346	1'293'435	0.05
Kantonsspital Baden AG	Im Ergel	5404 Baden	86.19%	20'111	5.77	0.996	217'312	2'745'000	274'500	6.6%	38'543	1'379'849	0.09
Hirslanden Klinik Aarau	Schänisweg 1	5000 Aarau	82.91%	10'125	4.73	1.283	45'635	233'250	33'321	6.5%	50'409	1'116'206	0.22
Gesundheitszentrum Fricktal	Riburgerstrasse 12	4310 Rheinfelden	77.22%	8'614	4.32	0.749	104'200	542'600	108'520	6.5%	36'109	922'984	0.08
Kreisspital für das Freiamt	Spitalstrasse 144	5630 Muri AG	78.59%	7'756	4.29	0.846	84'703	1'075'922	268'981	8.2%	49'807	1'394'599	0.09
Spital Zofingen AG	Mühlethalstrasse 27	4800 Zofingen	81.90%	4'634	5.66	0.929	95'574	1'692'636	423'159	3.8%	18'088	411'491	0.05
Asana Gruppe AG Spital Leuggern	Kommendeweg 12	5316 Leuggern	96.95%	4'178	3.68	0.679	9'133	118'125	59'063	4.0%	27'895	498'170	0.46
Asana Gruppe AG Spital Menziken	Spitalstrasse 1	5737 Menziken	90.35%	3'198	4.08	0.723	12'209	1'306'340	435'447	4.4%	25'061	325'798	0.26
Kantonsspital Baselland	Mühlemattstrasse 26	4410 Liestal	81.03%	24'548	5.49	0.976	245'728	16'454'535	1'096'969	6.0%	35'774	1'044'615	0.10
Klinik Arlesheim AG	Pfeffingerweg 1	4144 Arlesheim	75.88%	1'507	9.01	1.147	89'579	3'485'887	0	8.4%	31'734		0.02
Hirslanden Klinik Birshof	Reinacherstrasse 28	4142 Münchenstein	62.55%	3'903	3.28	0.975	66'308	75'000	15'000	6.4%	39'916	447'056	0.06
Praxisklinik Rennbahn AG	Kriegackerstrasse 100	4132 Muttenz	99.59%	1'562	3.23	0.839	67'959	66'250	33'125	4.6%	38'732	268'948	0.02
Universitätsspital Basel	Hebelstrasse 32	4056 Basel	93.35%	36'760	6.02	1.320	579'703	97'212'903	3'240'430	6.6%	61'791	1'318'208	0.06
St. Claraspital	Kleinriehenstrasse 30	4058 Basel	78.11%	11'139	6.05	1.055	40'811	5'646'518	806'645	11.3%	64'825	2'120'699	0.27
Bethesda Spital AG	Gellertstrasse 144	4052 Basel	75.81%	7'628	4.17	0.729	121'482	230'625	38'438	10.4%	64'763	960'652	0.06
Merian Iselin Klinik	Föhrenstrasse 2	4054 Basel	85.24%	7'551	3.62	1.014	30'399	229'700	25'522	9.4%	91'526	894'917	0.25
Universitätsspital Zürich	Rämistrasse 100	8091 Zürich	81.39%	42'037	6.61	1.610	620'711	122'759'057	3'507'402	4.9%	41'949	1'128'208	0.07
Kantonsspital Winterthur	Brauerstrasse 15	8400 Winterthur	82.23%	27'552	4.97	1.047	201'697	3'688'304	245'887	6.3%	43'103	1'277'842	0.14
Stadtspital Triemli	Birmensdorferstrasse 497	8063 Zürich	85.00%	24'342	5.08	1.074	196'530	3'556'000	296'333	8.4%	62'853	2'076'295	0.12
Klinik Hirslanden AG	Witellikerstrasse 40	8008 Zürich	87.85%	18'293	5.79	1.432	92'011	440'400	31'457	5.3%	58'151	1'391'460	0.20
Spital Uster	Brunnenstrasse 42	8610 Uster	78.76%	10'428	5.69	0.903	91'610	1'162'500	232'500	4.3%	21'123	878'702	0.11
Stadtspital Waid	Tièchestrasse 99	8037 Zürich	74.32%	8'355	6.90	0.978	48'806	16'537'780	3'307'556	8.4%	41'569	1'766'690	0.17
Spital Zollikerberg	Trichtenhauserstrasse 20	8125 Zollikerberg	78.56%	10'790	5.01	0.857	62'763	880'488	125'784	7.9%	46'529	1'156'567	0.17
Spital Limmattal	Urdorferstrasse 100	8952 Schlieren	78.93%	11'167	4.67	0.881	128'553	1'149'391	191'565	5.6%	32'005	965'207	0.09
Spital Bülach AG	Spitalstrasse 24	8180 Bülach	83.99%	10'331	4.95	0.866	123'099	1'302'700	260'540	7.7%	43'526	1'410'358	0.08
See-Spital	Asylstrasse 19	8810 Horgen	63.31%	10'015	5.05	0.872	52'618	1'059'310	132'414	5.8%	28'516	756'309	0.19
GZO Spital Wetzikon	Spitalstrasse 66	8620 Wetzikon ZH	75.06%	10'376	4.12	0.877	116'058	10'166'656	2'541'664	8.2%	51'323	2'001'592	0.09
Spital Männedorf AG	Asylstrasse 10	8708 Männedorf	87.83%	7'719	5.36	0.929	78'255	561'750	112'350	8.0%	52'467	1'356'870	0.10
Klinik Im Park	Seestrasse 220	8002 Zürich	62.79%	6'768	4.58	1.245	53'267	2'571'538	514'308	7.3%	56'969	1'515'363	0.13
Spital Affoltern	Sonnenbergstrasse 27	8910 Affoltern am Albis	79.93%	3'724	7.52	0.751	33'762	1'079'460	1'079'460	7.0%	32'935	2'404'247	0.11
Privatklinik Bethanien - GSMN Schweiz AG	Toblerstrasse 51	8044 Zürich	46.53%	3'766	4.37	0.926	1'325	0	0	11.9%	71'724	1'377'100	
Paracelsus-Spital Richterswil AG	Bergstrasse 16	8805 Richterswil	84.45%	2'207	4.57	0.727	16'760	576'199	192'066	11.4%	63'658	657'797	0.13
Universitätsklinik Balgrist	Forchstrasse 340	8008 Zürich	89.07%	5'489	5.43	1.380	81'032	7'811'704	1'301'951	7.8%	73'600	1'030'399	0.07
Schulthess Klinik	Lengghalde 2	8008 Zürich	73.30%	7'909	4.62	1.323	118'586	23'705'369	2'370'537	5.8%	56'318	769'077	0.07
Privatklinik Lindberg - GSMN Schweiz AG	Schickstrasse 11	8400 Winterthur	23.86%	1'392	4.19	1.063	1'520	0	0	10.3%	36'932	627'850	0.92
Klinik Pyramide am See AG	Bellerivestrasse 34	8008 Zürich	55.99%	1'733	2.42	0.904	12	0	0	13.7%	109'018	446'587	
Uroviva Klinik AG	Zürichstrasse 5	8180 Bülach	69.52%	1'099	3.04	0.867	1'308	718'099	359'050	7.1%	61'774	404'237	0.84
Limmatklinik AG	Hardturmstrasse 133	8005 Zürich	89.96%	1'584	1.98	0.894	3'208	0	0	11.2%	171'350	411'474	0.49
Adus Medica AG	Breitestrasse 11	8157 Dielsdorf	33.41%	1'096	1.65	0.653	1'320	17'465	5'822	5.8%	27'517	135'702	0.83
				410'189			**4'467'046**	**337'406'887**					
		Minimum	23.9%	1'096	1.6	0.653		0	0	3.8%	18'088	135'702	0.02
		unteres Quartil 25%	74.7%	3'745	4.1	0.862		231'938	33'223	5.8%	35'942	635'337	0.07
		Median	79.9%	7'756	4.7	0.929		1'079'460	232'500	7.0%	46'529	1'037'507	0.11
		oberes Quartil 75%	85.5%	10'965	5.6	1.068		3'622'152	474'877	8.4%	61'782	1'379'162	0.20
		Maximum	99.6%	42'037	9.0	1.610		122'759'057	3'507'402	13.7%	171'350	2'404'247	0.92

Akutspitäler Grossregionen
Nordwestschweiz & Zürich

https://www.ang.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/step3/measure/1/year/2019/

https://map.geo.admin.ch/?lang=de&topic=ech&bgLayer=ch.swisstopo.pixelkarte-grau&layers=ch.swisstopo.swisstlm3d-eisenbahnnetz,ch.are.reisezeit-

IMBAS von FPRE

Spital	Adresse	Ort	Baserate tarifsuisse 2012 total	Baserate tarifsuisse 2020 total	Baserate tarifsuisse Entwicklung 2012 - 2020 %	Patienten-zufriedenheit 2019	ÖV-Güteklassen (A sehr gute Erschliessung, D geringe Erschliessung)	ÖV-Güteklassen (1 sehr gute Erschliessung, 4 geringe Erschliessung)	Mikrolage Verkauf (1 - 5 sehr gut) 2020	Mikrolage Wohnen (1 - 5 sehr gut) 2020	Anteil Vollzeit-äquivalente der Kernbranche "Gesundheits-wesen" am Total 2017
Kantonsspital Aarau AG	Tellstrasse 15	5000 Aarau	9'875	9'700	98.23%	4.05	B	2			
Kantonsspital Baden AG	Im Ergel	5404 Baden	9'800	9'700	98.98%	4.13	B	2			
Hirslanden Klinik Aarau	Schänisweg 1	5000 Aarau	10'150	9'600	94.58%	4.28	A	1			
Gesundheitszentrum Fricktal	Riburgerstrasse 12	4310 Rheinfelden	9'632	9'634	100.02%	4.11	C	3			
Kreisspital für das Freiamt	Spitalstrasse 144	5630 Muri AG	9'632	9'634	100.02%	4.16	D	4			
Spital Zofingen AG	Mühlethalstrasse 27	4800 Zofingen	9'632	9'634	100.02%	4.09	C	3			
Asana Gruppe AG Spital Leuggern	Kommendeweg 12	5316 Leuggern	9'632	9'590	99.56%	4.12	D	4			
Asana Gruppe AG Spital Menziken	Spitalstrasse 1	5737 Menziken	9'632	9'590	99.56%	3.94	D	4			
Kantonsspital Baselland	Mühlemattstrasse 26	4410 Liestal	10'175	9'800	96.31%	4.03	B	2			
Klinik Arlesheim AG	Pfeffingerweg 1	4144 Arlesheim	9'700	9'550	98.45%	4.32	B	2			
Hirslanden Klinik Birshof	Reinacherstrasse 28	4142 Münchenstein	9'700	9'630	99.28%	4.28	C	3			
Praxisklinik Rennbahn AG	Kriegackerstrasse 100	4132 Muttenz	9'700	9'450	97.42%	4.51	C	3			
Universitätsspital Basel	Hebelstrasse 32	4056 Basel	10'700	10'650	99.53%	4.17	A	1			
St. Claraspital	Kleinriehenstrasse 30	4058 Basel	9'756	9'670	99.12%	4.36	A	1			
Bethesda Spital AG	Gellertstrasse 144	4052 Basel	9'860	9'505	96.40%	4.39	B	2			
Merian Iselin Klinik	Föhrenstrasse 2	4054 Basel	9'945	9'525	95.78%	4.43	B	2			
Universitätsspital Zürich	Rämistrasse 100	8091 Zürich	11'200	10'870	97.05%	4.15	A	1	3.0	3.5	7.7%
Kantonsspital Winterthur	Brauerstrasse 15	8400 Winterthur	9'480	9'650	101.79%	4.12	A	1	3.5	4.0	10.5%
Stadtspital Triemli	Birmensdorferstrasse 497	8063 Zürich	9'500	9'700	102.11%	4.15	A	1	2.5	3.0	7.7%
Klinik Hirslanden AG	Witellikerstrasse 40	8008 Zürich	9'500	9'650	101.58%	4.23	C	3	2.0	3.5	7.7%
Spital Uster	Brunnenstrasse 42	8610 Uster	9'480	9'650	101.79%	4.04	A	1	2.0	3.5	12.7%
Stadtspital Waid	Tièchestrasse 99	8037 Zürich	9'500	9'650	101.58%	4.14	B	2	2.5	4.0	7.7%
Spital Zollikerberg	Trichtenhauserstrasse 20	8125 Zollikerberg	9'480	9'650	101.79%	4.26	B	2	2.0	4.0	25.3%
Spital Limmattal	Urdorferstrasse 100	8952 Schlieren	9'480	9'650	101.79%	4.11	C	3	2.0	3.0	8.4%
Spital Bülach AG	Spitalstrasse 24	8180 Bülach	9'480	9'650	101.79%	4.05	A	1	2.0	3.0	17.1%
See-Spital	Asylstrasse 19	8810 Horgen	9'400	9'550	101.60%	3.98	B	2	1.5	2.5	9.0%
GZO Spital Wetzikon	Spitalstrasse 66	8620 Wetzikon ZH	9'480	9'650	101.79%	4.06	C	3	2.0	3.5	11.3%
Spital Männedorf AG	Asylstrasse 10	8708 Männedorf	9'480	9'650	101.79%	4.17	C	3	2.0	3.5	23.6%
Klinik Im Park	Seestrasse 220	8002 Zürich				4.28	B	2	2.0	3.5	7.7%
Spital Affoltern	Sonnenbergstrasse 27	8910 Affoltern am Albis	9'480	9'650	101.79%	4.29	D	4	2.0	4.0	18.2%
Privatklinik Bethanien - GSMN Schweiz AG	Toblerstrasse 51	8044 Zürich				4.30	A	1	2.5	4.0	7.7%
Paracelsus-Spital Richterswil AG	Bergstrasse 16	8805 Richterswil	9'480	9'650	101.79%	3.98	D	4	2.0	2.5	8.9%
Universitätsklinik Balgrist	Forchstrasse 340	8008 Zürich	9'800	9'780	99.80%	4.33	B	2	2.0	3.0	7.7%
Schulthess Klinik	Lengghalde 2	8008 Zürich	9'280	9'450	101.83%	4.30	C	3	2.0	3.5	7.7%
Privatklinik Lindberg - GSMN Schweiz AG	Schickstrasse 11	8400 Winterthur				4.48	C	3	2.0	3.5	10.5%
Klinik Pyramide am See AG	Bellerivestrasse 34	8008 Zürich				4.55	B	2	2.0	3.5	7.7%
Uroviva Klinik AG	Zürichstrasse 5	8180 Bülach	9'280	9'450	101.83%	4.38	C	3	2.0	2.5	17.1%
Limmatklinik AG	Hardturmstrasse 133	8005 Zürich	9'280	9'450	101.83%	4.19	A	1	3.0	3.0	7.7%
Adus Medica AG	Breitestrasse 11	8157 Dielsdorf	9'280	9'450	101.83%	4.43	D	4	2.0	3.0	5.6%
		Minimum			94.58%	3.94			1.5	2.5	5.6%
		unteres Quartil 25%			99.05%	4.11			2.0	3.0	7.7%
		Median			100.02%	4.17			2.0	3.5	8.4%
		oberes Quartil 75%			101.79%	4.31			2.3	3.5	12.0%
		Maximum			102.11%	4.55			3.5	4.0	25.3%

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema „Ambulant vor stationär im Spital - Leistungserbringung von ambulanter Chirurgie in Spitalimmobilien, ein Standortanalyseverfahren“ selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe.
Alle Stellen die wörtlich oder sinngemäss aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Falle durch Angabe der Quelle (auch der verwendeten Sekundärliteratur) als Entlehnung kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

Zürich, den 15.09.2020

_____

Marcel Nette