

Private Equity und die ambulante Gesundheitsversorgung in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme

Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Luzern, den 17. Juni 2026

| Autorinnen und Autoren

Universität Luzern: Prof. Dr. Andreas Balthasar (Projektleitung), Prof. Dr. Stefan Boes (Qualitätssicherung)
Interface Politikstudien Forschung Beratung AG: David Fischer, MA (Projektmitarbeit), Dr. Tamara Bischof (Projektmitarbeit)

| Projektleitung Auftraggeber

Tamara Bonassi, Fachstelle Evaluation und Forschung (F+E), Bundesamt für Gesundheit (BAG)

| Begleitgremium

Tamara Bonassi (Fachstelle Evaluation und Forschung, BAG)
Dr. pharm. Salome von Greyerz (Abteilung Gesundheitsversorgung und Berufe, BAG)
Markus Weber (Fachstelle Evaluation und Forschung, BAG)
Barbara Thevoz Lagast (Abteilung Direktionsstab, BAG)

| Zitiervorschlag

Balthasar, Andreas; Fischer, David; Bischof, Tamara; Boes, Stefan (2026): Private Equity und die ambulante Gesundheitsversorgung in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme. Schlussbericht im Auftrag des BAG. Universität Luzern und Interface Politikstudien Forschung Beratung AG, Luzern.

| Bezug

Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), www.bag.admin.ch/evaluationsberichte

| Laufzeit

April 2025 bis Juni 2026

| Vertragsnummer BAG

142007357

| Disclaimer

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen. Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Vernehmlassung im Begleitgremium. Deren Ergebnis wurde dem Studienteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Zusammenfassung (DE, FR, IT, EN)

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Gegenstand und Fragestellungen der Studie	1
1.3	Private Equity im ambulanten Gesundheitssektor in der Schweiz, den USA und in Deutschland	4
2	Vor- und Nachteile von Private Equity in der ambulanten Gesundheitsversorgung	6
2.1	Fragestellung und Methodik	6
2.2	Ergebnisse theoretischer Überlegungen	6
2.3	Ergebnisse empirischer Untersuchungen im Ausland	11
3	Eigentümerstrukturen in der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweiz	13
3.1	Datengrundlage und Methodik	13
3.2	Arztpraxen	15
3.3	Apotheken	27
4	Auswirkungen auf die Versorgung in der Schweiz	33
4.1	Datengrundlage und Methodik	33
4.2	Auswirkung auf die Behandlungsqualität und Leistungsumfang	33
4.3	Auswirkung auf die Effizienz und die Kosten	34
4.4	Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen	35
4.5	Auswirkungen auf den Zugang zur ambulanten Versorgung in ruralen und urbanen Gebieten	35
4.6	Auswirkungen auf die Grundversorgung und auf Spezialisierungen	36
4.7	Markt- oder Wettbewerbsverzerrung	36
4.8	Einflussnahme auf medizinische Entscheide	37
5	Gesundheitspolitische Implikationen	38
5.1	Datengrundlage und Methodik	38
5.2	Optionen der Regulierung	38
5.3	Praxis und Optionen der Regulierung in der Schweiz	40
5.4	Einschätzung Regulierungsbedarf	41
6	Fazit	43
6.1	Vorteile und Risiken von Private Equity in der ambulanten Versorgung	43
6.2	Eigentümerstruktur der relevanten Gesundheitseinrichtungen	44
6.3	Auswirkungen von Private Equity auf die Versorgung in der Schweiz	45
6.4	Herausforderungen für die Gesundheitspolitik	45
	Anhang	I
A 1	Literaturverzeichnis	I
A 2	Interviewpartner/-innen	IV
A 3	Zusätzliche Auswertungen der verfügbaren Daten (STATENT und MAS)	V
A 4	Fallstudien	VIII
A 4.1	Affidea Schweiz	VIII
A 4.2	Vista Augenpraxen & Kliniken	X
A 5	Einzelfallrecherche	XII
A 5.1	Arztpraxen	XII
A 5.2	Apotheken	XV

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht die Bedeutung und die Auswirkungen von Private-Equity-Investitionen in der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweiz. Private Equity bezeichnet Beteiligungskapital von privaten Investoren, das gezielt in nicht-börsennotierte Unternehmen investiert wird. Die Studie präsentiert erstmalig eine umfassende Bestandesaufnahme zur Eigentümerstruktur von Arztpraxen und Apotheken in der Schweiz. Zudem werden die in der Literatur diskutierten möglichen Vor- und Nachteile von Private-Equity-Investitionen in der ambulanten Versorgung aufgezeigt. Auch wird dargelegt, wo es dazu empirische Evidenz aus Deutschland oder den USA gibt. Ein weiterer Teil der Untersuchung stellt die aktuell erkennbaren Auswirkungen von privaten Investitionen auf das Schweizer Gesundheitssystem dar. Die Studie schliesst mit Hinweisen zum Regulierungsbedarf. Sie wurde von der Universität Luzern und von Interface Politikstudien Forschung Beratung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zwischen April 2025 und Juni 2026 durchgeführt. Grundlage sind nationale Statistiken ergänzt durch Interviews, eine Medienanalyse und zwei Fallstudien.

Ein zentrales Ergebnis ist, dass es bisher keine systematischen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Eigentümerstruktur im ambulanten Schweizer Gesundheitsmarkt gibt. Aus den verfügbaren statistischen Grundlagen lassen sich nur Hinweise auf Private-Equity-konforme Typen von Arztpraxen und Apotheken gewinnen, so dass die Bedeutung von Private Equity nur annähernd bestimmt werden kann.

Diese Annäherung macht deutlich, dass Arztpraxen in der Schweiz überwiegend im Besitz der selbst praktizierenden Ärzte/-innen sind. Von den 14'722 Arztpraxen mit einem Umsatz von mehr als 30'000 Franken pro Jahr sind 78 Prozent Einzel- oder Gruppenpraxen. Diese sind strukturell kaum für Private Equity geeignet. Lediglich 4 Prozent der Arztpraxen erfüllen grundlegende Kriterien für Private-Equity-Beteiligungen, das heisst sie haben eine Eigentümerstruktur in Form einer Aktiengesellschaft (AG) oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und sind an mehreren Standorten aktiv. Reine Private-Equity-Beteiligungen sind aber auch innerhalb dieser Strukturen selten. Am ehesten sind sie in der fachärztlichen Gesundheitsversorgung zu finden.

Der Apothekenmarkt ist deutlich stärker konsolidiert: Rund 40 Prozent der 1'796 Apotheken sind Teil von Ketten, meist in Form einer AG. Obwohl diese Struktur von der Organisationsform her Private-Equity-Beteiligungen ermöglichen würde, finden sich kaum Hinweise auf entsprechende Investitionen. Nur eine Kette ist im Besitz eines ausländischen Eigners.

Die Studie liefert keine empirischen Hinweise darauf, dass investorengetragene Strukturen in der Schweiz die medizinische Qualität in der Grundversorgung systematisch beeinflussen, die Leistungsausweitung fördern oder Marktmechanismen verzerren. Faktoren wie Fachkräftemangel, Zulassungsregulierungen und Reputationsrisiken begrenzen das Investoreninteresse. In der Allgemeinmedizin dämpfen zudem tiefere Tarife das Interesse, während spezialisierte Bereiche mit höheren Margen attraktiver sind. Als mögliche Vorteile von Kettenpraxen mit investorengetragenen Strukturen werden professionalisierte Administration, Weiterbildungsmöglichkeiten und flexiblere Arbeitsmodelle genannt. Diese sind jedoch empirisch nicht belegt.

Die Studie kommt zum Schluss, dass angesichts des stark regulierten Schweizer Gesundheitsmarktes und der Vielzahl von Anbietern bezüglich Private-Equity-Investitionen kein unmittelbarer Regulierungsbedarf besteht. Bestehende Instrumente erlauben bereits heute gesundheitspolizeiliche Überprüfungen, um systematischen Missbrauch zu stoppen. Aus den Interviews lassen sich aber drei Entwicklungshinweise erkennen. Erstens wird ein systematisches, ressourcenschonendes Monitoring der Eigentümerstrukturen angeregt, um Transparenz zu schaffen und Entwicklungen frühzeitig zu erkennen. Zweitens könnte das BAG die Marktbeobachtung intensivieren, da Investitionen privater Akteure häufig durch hohe Margen beeinflusst werden. Ein Monitoring der Eigentümerstrukturen könnte somit eine gesunde Tarifentwicklung unterstützen. Drittens wird vorgeschlagen, private Investoren über eine Austauschplattform in die Weiterentwicklung und Innovationsfähigkeit der ambulanten Gesundheitsversorgung einzubinden.

Résumé

La présente étude analyse l'importance et l'impact des investissements en capital-investissement dans le secteur des soins ambulatoires en Suisse. Le capital-investissement désigne le capital de participation fourni par des investisseurs privés et destinés à être investis de manière ciblée dans des entreprises non cotées. L'étude présente pour la première fois un état des lieux complet de la structure de propriété des cabinets médicaux et des pharmacies en Suisse. Elle examine par ailleurs les avantages et les inconvénients potentiels des investissements en capital-investissement dans les soins ambulatoires, tels qu'ils sont discutés dans la littérature. Elle expose également l'évidence empirique disponible à ce sujet en Allemagne ou aux États-Unis. Une autre partie de l'étude présente l'impact actuellement observable des investissements privés sur le système de santé suisse. Elle se termine par des considérations sur les besoins en matière de réglementation. L'étude a été réalisée par l'Université de Lucerne et Interface Politikstudien Forschung Beratung pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entre avril 2025 et juin 2026. Elle s'appuie sur des statistiques nationales complétées par des entretiens, une analyse des médias et deux études de cas.

L'une des principales conclusions est qu'il n'existe à ce jour aucune étude scientifique systématique sur la structure de propriété du marché suisse des soins ambulatoires. Les données statistiques disponibles ne fournissent que des indications sur les types de cabinets médicaux et de pharmacies conformes aux modèles de capital-investissement, de sorte que l'importance du capital-investissement ne peut être estimée que de manière approximative.

Cette estimation montre clairement que les cabinets médicaux en Suisse sont majoritairement détenus par les médecins qui y exercent eux-mêmes. Sur les 14 722 cabinets médicaux réalisant un chiffre d'affaires supérieur à 30 000 francs par an, 78 pour cent sont des cabinets individuels ou de groupe. Ceux-ci ne se prêtent guère, d'un point de vue structurel, au capital-investissement. Seuls quatre pour cent des cabinets médicaux répondent aux critères fondamentaux pour des participations de capital-investissement, c'est-à-dire qu'ils ont une structure de propriété sous la forme d'une société anonyme (SA) ou d'une société à responsabilité limitée (Sàrl) et sont actifs sur plusieurs sites. Les participations relevant exclusivement du capital-investissement restent toutefois rares, même au sein de ces structures. Elles se concentrent le plus souvent dans les soins de santé spécialisés.

Le marché des pharmacies est nettement plus consolidé : environ 40 pour cent des 1796 pharmacies font partie de chaînes, le plus souvent sous la forme d'une SA. Bien que cette structure permettrait, du point de vue organisationnel, des participations de capital-investissement, l'étude n'a pratiquement pas trouvé d'investissements de ce type. Une seule chaîne est détenue par un propriétaire étranger.

L'étude n'aboutit à aucun constat empirique indiquant que les structures financées par des investisseurs en Suisse influencent systématiquement la qualité médicale des soins de base, favorisent l'extension des prestations ou faussent les mécanismes du marché. Des facteurs tels que la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, les réglementations en matière d'autorisation d'exercer et les risques de réputation limitent l'intérêt des investisseurs. En médecine générale, les tarifs plus bas freinent en outre l'intérêt, tandis que les domaines spécialisés offrant des marges plus élevées sont plus attractifs. Une administration professionnalisée, des possibilités de formation continue et des modèles de travail plus flexibles sont cités comme avantages potentiels des chaînes de cabinets médicaux dotées de structures financées par des investisseurs. Ces avantages potentiels ne sont toutefois pas étayés par des données empiriques.

L'étude conclut qu'au vu du marché suisse de la santé fortement réglementé et de la multitude de prestataires, aucune réglementation spécifique au capital-investissement n'est actuellement nécessaire. Les instruments existants permettent d'ores et déjà des contrôles de police sanitaire afin de mettre un terme aux abus systématiques. Les entretiens permettent toutefois de dégager trois pistes de développement. Premièrement, les personnes interrogées suggèrent la mise en place d'un suivi systématique et économe en ressources des structures de propriété afin de garantir la transparence et d'identifier les évolutions à un stade précoce. Deuxièmement, elles suggèrent que l'OFSP pourrait intensifier l'observation du marché, car les investissements des acteurs privés sont souvent influencés par des marges élevées. Un suivi des structures de propriété pourrait ainsi favoriser une évolution saine des tarifs. Troisièmement, elles proposent d'associer les investisseurs privés au développement et à la capacité d'innovation des soins ambulatoires par le biais d'une plateforme d'échange.

Riassunto

Il presente studio analizza l'importanza e gli effetti degli investimenti di private equity nell'assistenza sanitaria ambulatoriale in Svizzera. Il private equity indica il capitale di partecipazione fornito da investitori privati, investito in modo mirato in imprese non quotate in borsa. Lo studio presenta per la prima volta un'analisi completa della struttura dei proprietari degli studi medici e delle farmacie in Svizzera. Inoltre, illustra i potenziali vantaggi e svantaggi degli investimenti di private equity nell'assistenza ambulatoriale discussi nella letteratura. Si evidenzia anche dove esistono evidenze empiriche in merito, provenienti dalla Germania o dagli Stati Uniti. Un'ulteriore parte della ricerca descrive gli effetti attualmente osservabili degli investimenti privati sul sistema sanitario svizzero. Lo studio si conclude con indicazioni riguardo alla necessità di regolamentazione. È stato condotto dall'Università di Lucerna e da Interface Politikstudien Forschung Beratung su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) tra aprile 2025 e giugno 2026. La base dello studio è costituita da statistiche nazionali completate da interviste, un'analisi dei media e due casi di studio.

Un risultato centrale è che finora non esistono studi scientifici sistematici sulla struttura proprietaria nel mercato sanitario ambulatoriale svizzero. Dalle basi statistiche disponibili si possono ricavare solo indicazioni su tipologie di studi medici e farmacie compatibili con il private equity, per cui l'importanza del private equity può essere stimata solo approssimativamente.

Questa stima evidenzia che gli studi medici in Svizzera sono prevalentemente di proprietà dei medici stessi. Dei 14'722 studi medici con un fatturato superiore a 30'000 franchi all'anno, il 78 per cento sono studi individuali o di gruppo. Queste strutture sono difficilmente adatte al private equity. Solo il quattro per cento degli studi medici soddisfa i criteri di base per partecipazioni di private equity, ossia presenta una struttura proprietaria sotto forma di società anonima (SA) o società a responsabilità limitata (Sagl) ed è attivo in più sedi. Tuttavia, anche all'interno di queste strutture le partecipazioni di private equity sono rare. Esse si riscontrano più facilmente nell'assistenza sanitaria specialistica.

Il mercato delle farmacie è notevolmente più consolidato: circa il 40 per cento delle 1'796 farmacie fa parte di catene, per lo più sotto forma di SA. Sebbene questa struttura consenta, dal punto di vista organizzativo, la partecipazione di private equity, si trovano poche indicazioni di investimenti di questo tipo. Solo una catena è di proprietà di un investitore straniero.

Lo studio non fornisce constatazioni empiriche che le strutture finanziate da investitori in Svizzera influenzino sistematicamente la qualità medica nell'assistenza di base, promuovano l'espansione delle prestazioni o distorcano i meccanismi di mercato. Fattori come la carenza di personale qualificato, le regolamentazioni all'accesso e i rischi reputazionali limitano l'interesse degli investitori. Nella medicina generale, inoltre, le tariffe più basse riducono l'attrattiva, mentre i settori specialistici con margini più elevati risultano più interessanti. Tra i possibili vantaggi delle catene di studi con strutture sostenute da investitori si citano un'amministrazione più professionalizzata, opportunità di formazione continua e modelli di lavoro più flessibili. Tuttavia, questi aspetti non sono dimostrati empiricamente.

Lo studio conclude che, viste le forti regolamentazioni del mercato sanitario svizzero e l'elevato numero di operatori, non esiste attualmente un bisogno immediato di regolamentazione per quanto riguarda gli investimenti di private equity. Gli strumenti esistenti permettono già oggi verifiche di tipo sanitario per prevenire gli abusi sistematici. Dalle interviste emergono tuttavia tre indicazioni di sviluppo: in primo luogo, si suggerisce un monitoraggio sistematico e parsimonioso in risorse delle strutture proprietarie per aumentare la trasparenza e identificare tempestivamente le evoluzioni; in secondo luogo, l'UFSP potrebbe intensificare l'osservazione del mercato, poiché gli investimenti di attori privati sono spesso influenzati da margini elevati. Il monitoraggio delle strutture proprietarie potrebbe quindi sostenere uno sviluppo equilibrato delle tariffe; in terzo luogo, si propone di coinvolgere gli investitori privati, attraverso una piattaforma di scambio, nello sviluppo futuro e nella capacità innovativa dell'assistenza sanitaria ambulatoriale.

Summary

This study examines the significance and impact of private equity investments in Switzerland's outpatient healthcare sector. Private equity refers to equity capital provided by private investors that is specifically invested in unlisted companies. The study presents, for the first time, a comprehensive overview of the ownership structure of medical practices and pharmacies in Switzerland. It also highlights the potential advantages and disadvantages of private equity investments in outpatient care as discussed in the literature. It further reviews empirical evidence on this topic that is available from Germany or the USA. The study also analyses the observable effects of private investment in the Swiss healthcare system. It concludes with recommendations regarding regulatory needs. Conducted by the University of Lucerne and Interface Politikstudien Forschung Beratung on behalf of the Federal Office of Public Health (FOPH) from April 2025 to June 2026, the study draws on national statistics, interviews, a media analysis and two case studies.

A key finding is that there have been no systematic scientific studies to date on the ownership structure in the Swiss outpatient healthcare market. The available statistical data provide only indications of types of medical practices and pharmacies suitable for private equity, meaning that the significance of private equity can only be estimated.

This estimate shows that medical practices in Switzerland are predominantly owned by the doctors practising there. Of the 14,722 medical practices with an annual turnover of more than 30,000 Swiss francs, 78 per cent are single-doctor or group practices. Structurally, these are hardly suitable for private equity. Only four per cent of medical practices meet the basic criteria for private equity investments, meaning that they have an ownership structure in the form of a Public Limited Company (PLC) or a Limited Liability Company (LLC) and operate across multiple locations. However, private equity investments are rare even within these structures and are most commonly found in specialist healthcare provision.

The pharmacy market is significantly more consolidated: around 40 per cent of the 1,796 pharmacies are part of chains, mostly in the form of a PLC. Although this structure would, in terms of organisational form, allow for private equity investments, there is little evidence of such investments. Only one chain is owned by a foreign investor.

The study provides no empirical findings that investor-backed structures in Switzerland systematically influence the quality of primary care, promote the expansion of benefits or distort market mechanisms. Factors such as a shortage of skilled workers, licensing regulations and reputational risks limit investor interest. In general practice, lower tariffs also dampen interest, while specialised areas with higher margins are more attractive. Professionalised administration, further training opportunities and more flexible working models are cited as potential advantages of chain practices with investor-backed structures; however, these are not empirically substantiated.

The study concludes that given the highly regulated Swiss healthcare market and the multitude of providers, there is no immediate need for regulation regarding private equity investments. Existing instruments already allow for health authority checks to prevent systematic abuse. However, three areas for development can be identified from the interviews. Firstly, systematic, resource-efficient monitoring of ownership structures is recommended to create transparency and identify developments at an early stage. Secondly, the FOPH could intensify market monitoring, as investments by private actors are often influenced by high margins. Monitoring ownership structures could thus support healthy tariff development. Thirdly, it is proposed that private investors be involved in the further development and innovation capacity of outpatient healthcare via an exchange platform.

1 Einleitung

Im internationalen Umfeld hat die Beteiligung von Private-Equity-Gesellschaften an Institutionen der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.¹ Private Equity bezeichnet Beteiligungskapital von privaten Investoren, das gezielt in nicht-börsennotierte Unternehmen investiert wird. In den USA aber auch in Deutschland sind emotionale Debatten zur Rolle und zu den Auswirkungen von Private Equity auf die Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Gang.² In der Schweiz ist die entsprechende Diskussion aktuell noch eher ruhig. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) will mit der vorliegenden Studie das Thema aufgreifen.

1.1 Ausgangslage

Die Studie dient in erster Linie dazu, die Wissensbasis des BAG zur Eigentümerstruktur des *ambulanten Gesundheitssektors* zu erweitern und den Einfluss von Private-Equity- und anderen privaten Investitionen auf die Entwicklung dieses Sektors besser zu verstehen. Bis zu Beginn der vorliegenden Studie waren den Autoren/-innen keine systematischen wissenschaftlichen Untersuchungen zu Private-Equity- oder anderen privaten Investitionen im ambulanten Gesundheitssektor in der Schweiz bekannt. Hingegen gab es Hinweise in den Medien auf die zunehmende Bedeutung von ausländischen Investoren in ausgewählten Fachbereichen sowie über die Folgen davon.³ Allerdings beziehen sich diese Beiträge hauptsächlich auf den stationären Bereich oder auf die Pharmabranche und weniger auf den ambulanten Bereich.⁴

1.2 Gegenstand und Fragestellungen der Studie

Gegenstand der Studie ist die Analyse der Bedeutung und der Auswirkungen von Private-Equity- und weiteren privaten Investitionen in der Schweizer Gesundheitsversorgung mit Fokus auf Arztpraxen und ambulante Zentren und Apotheken.⁵ Im Fokus stehen alle Formen von privatrechtlichen Gesellschaften mit angestellten Ärzten/-innen beziehungsweise Apothekern/-innen. Im Zentrum sollen Investitionsgesellschaften mit Renditeorientierung stehen, die vorwiegend im Besitz nicht-ärztlicher/nicht-pharmazeutischer Akteure sind, die in die ambulante Patientenversorgung investieren. Der Hauptfokus der Studie liegt dabei auf Private-Equity-Investitionen.

¹ Siehe dazu insbesondere: Rechel, B.; Tille, F.; Mercille, J.; Groenewegen, P.; Timans, R. (2025): *The role of private equity funds in healthcare: trends, impact and policy responses*, in: Health Policy, 161, S. 105439–105440 sowie das ganze Special Issue des Health Policy Journals zu Private Equity Funds (Oktober 2025), vgl. <https://www.sciencedirect.com/special-issue/10K8G2P2BQ1> (Zugriff am 13.4.2025).

² Beispielsweise «Heuschrecken sind ungesund. In Spitälern, die Finanzinvestoren gehören, haben die Patienten eher Komplikationen: Das besagen neue US-Daten», vgl. <https://www.medinside.ch/Private-Equity-investmentgesellschaften-spitalwesen-krankenhaeuser-20240105> (Zugriff am 17.3.2025).

³ Beispielsweise «Die Arztpraxis wird zur Finanzanlage: In Schweizer Behandlungszimmern geben immer häufiger Investoren den Takt vor», vgl. <https://www.nzz.ch/wirtschaft/arztpraxen-finanzinvestoren-gehen-hohe-risiken-ein-ld.1885520> (Zugriff am 3.7.2025), <https://www.infosperber.ch/gesundheit/grosskonzerne-kaufen-immer-mehr-aerzte/> (Zugriff am 11.11.2025) oder «Ärztmangel erhöht Risiko von Konkursen bei Arztpraxis-Investoren», vgl. https://www.watson.ch/wirtschaft/migros/663176878-aerztmangel-erhoeht-risiko-von-konkursen-bei-investoren-von-arztpraxen#discussion_663176878 (Zugriff am 3.7.2025).

⁴ Prominentes Beispiel dafür ist die Berichterstattung um die Eigentumsverhältnisse der Privatklinik-Kette Hirslanden, vgl. <https://www.medinside.ch/bericht-reederei-riese-uebernimmt-hirslanden-20251201> (Zugriff am 15.2.2026).

⁵ Die Bezeichnung der Gesundheitseinrichtungen folgt der Nomenklatur der Strukturhebungen des Bundesamts für Statistik (BFS).

Die Studie befasst sich mit der Vielfalt der Eigentümerstruktur von Arztpraxen und ambulanten Zentren sowie Apotheken in der Schweiz. Zum einen soll diese Vielfalt beschrieben, Typen identifiziert und deren Bedeutung quantifiziert werden. Zum anderen sollen im Spezifischen die Vorteile und die Risiken von Private-Equity-Investitionen herausgearbeitet werden. Die Untersuchung verfolgt die Beantwortung von vier Hauptfragen:

- Welche Vorteile und Risiken können private Investitionen, im Besonderen Private-Equity-Investitionen im Gesundheitswesen, theoretisch haben und welche sind in den USA und Deutschland empirisch belegt? (Kapitel 2)
- Wie hat sich die Zahl der Arztpraxen und Apotheken in der Schweiz in den letzten Jahren entwickelt, und wie stellt sich die Vielfalt der Eigentümerstruktur dieser Grundversorger dar? (Kapitel 3)
- Welche Auswirkungen haben Private-Equity-Gesellschaften auf die Versorgung in der Schweiz? (Kapitel 4)
- Welche Herausforderungen stellen sich aufgrund der Analyse für die Schweizer Gesundheitspolitik? (Kapitel 5)

Schliesslich werden die Ergebnisse entlang der untersuchungsleitenden Fragen im Fazit zusammengefasst (Kapitel 6).

1.2.1 Verständnis von Private Equity in dieser Studie

Private Equity orientiert sich in der vorliegenden Studie an der Definition von Suhas Gondi und Zirui Song in ihrer Studie «Potential Implications of Private Equity Investments in Health Care Delivery» (Gondi/Song 2019, S. 1). Darin listen die Autoren die wichtigsten Merkmale von Private-Equity-Investitionen auf. Demnach nutzen Private-Equity-finanzierte Firmen Kapital von institutionellen Anlegern, um in private Unternehmen mit Gewinnpotenzial zu investieren. Das Gewinnpotenzial kann realisiert werden, wenn es diesen Firmen gelingt, einen Mehrwert für das Unternehmen zu schaffen und ihren Anteil anschliessend über dem Verkaufspreis zu veräussern. Die Renditeerwartungen der Investoren nach dem Ausstieg können bei bis zu 30 Prozent liegen. Die Investitionsdauer beträgt dabei in der Regel drei bis sieben Jahre. Private-Equity-Firmen wenden verschiedene Strategien an, um den Wert der Investitionsobjekte zu steigern. Bei Hausarztpraxen nennen Gondi und Song mit Blick auf den US-amerikanischen Gesundheitsmarkt Kostensenkungen (oft verbunden mit Entlassungen), Effizienzsteigerung durch die Konsolidierung und Internalisierung von zuvor ausgelagerten Prozessen wie der Rechnungsstellung sowie Preiserhöhungen und die Mengenausweitung von medizinischen Leistungen. Private-Equity-Firmen kaufen in der Regel etablierte Einzel- und Gemeinschaftspraxen, um regionale Marken aufzubauen. Erkennbar ist aber auch die vertikale Integration, das heisst die Entwicklung eines Portfolios mit stationären und ambulanten Leistungserbringenden unterschiedlicher Art als Weg zur «Stärkung der Markt- und Verhandlungsmacht». ⁶ Diese Organisationen sind für die Versicherten attraktiv und haben nach Gondi und Song eine grössere Verhandlungsmacht gegenüber Versicherern und medizinischen Zulieferern.

1.2.2 Funktionsweise von Private Equity im Detail

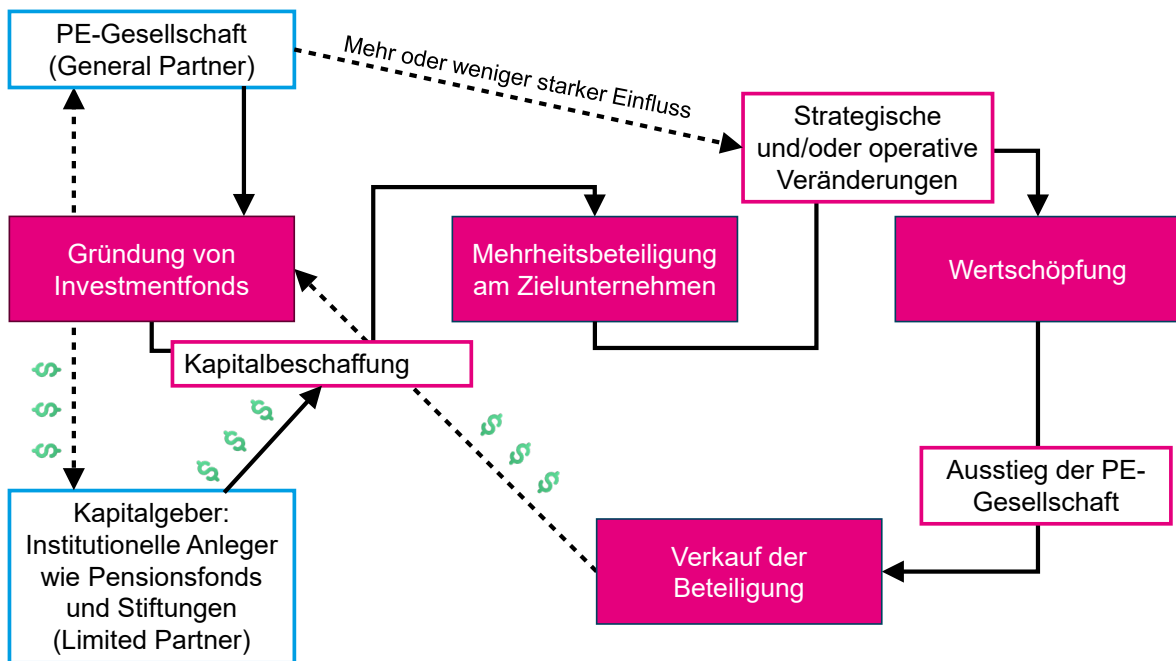
Das Ziel von Private-Equity-Investitionen ist es, den Wert eines aufgekauften Unternehmens über einen Zeitraum von wenigen Jahren zu erhöhen und das Unternehmen anschliessend gewinnbringend zu verkaufen oder an die Börse zu bringen. In den allermeisten Fällen passiert das über fondbasierte Private-Equity-Gesellschaften. ⁷ Dabei wird die Investition idealtypisch entlang der folgenden sechs Schritte umgesetzt: Erstens wird ein

⁶ Siehe dazu «Grosskonzerne kaufen immer mehr Arztpraxen», vgl. <https://www.infosperber.ch/gesundheit/grosskonzerne-kaufen-immer-mehr-aerzte/> (Zugriff am 3.4.2026).

⁷ Weitere Formen von Private-Equity-Investitionen sind beispielsweise direkte Investitionen mit Eigenkapital (bspw. durch Single Family Offices oder Corporate Investment Arms), Investitionen durch börsennotierte Investmentgesellschaften oder Vermögensverwalter mit dauerhaftem Kapitalpool und ohne Laufzeiten (Permanent Capital Vehicles) oder Investitionen durch temporäre Zusammenschlüsse mehrerer Investoren/PE-Firmen ohne formalen Fondsrahmen (Club Deals und Co-Investments).

Investmentfonds gegründet. Danach wird zweitens Kapital von institutionellen Anlegern und vermögenden Privatpersonen beschafft. In einem dritten Schritt werden Direktinvestitionen der Fondsmittel in private Unternehmen (oder andere Private-Equity-Fonds) getätigt. Häufig kommen dabei sogenannte Buy-and-Build-Strategien zum Einsatz, bei denen ein etabliertes Unternehmen erworben und anschliessend durch den gezielten Zukauf weiterer, meist kleinerer Unternehmen aus derselben Branche erweitert wird. In einem vierten Schritt wird durch Veränderungen im Unternehmen (strategische Veränderungen, Kostensenkungen, Akquisitionen oder Veränderungen im Management) die Rendite des Investitionsobjekts gesteigert (Wertschöpfung). Nach Ablauf der festgelegten Fondslaufzeit erfolgt in Schritt fünf der Ausstieg: Die Beteiligung am Unternehmen wird durch einen Trade Sale, einen Secondary Buyout oder den Börsengang abgestossen (Exit). Wenn der Private-Equity-Fonds ausläuft, erhalten die Investoren die Renditenzahlung. Darstellung D 1.1 zeigt die Funktionsweise von fondsbasierten Private-Equity-Investitionen schematisch auf.

D 1.1: Funktionsweise von fondsbasierten Private-Equity-Investitionen



Quelle: Darstellung Universität Luzern, insbesondere basierend auf Scheuplein 2021 und Unruh/Rice 2025.

Für Private-Equity-Firmen gibt es mehrere Möglichkeiten, aus einer solchen Investition Profit zu generieren. Während der Laufzeit der Investition erhält die Firma üblicherweise eine vom Anlageerfolg unabhängige «Management Fee», die durch die Verwaltung des Fonds und seiner Beteiligungen entsteht (typischerweise rund 1 bis 2 Prozent des investierten Kapitals). Erfolgsabhängig ist der sogenannte «Carried Interest», die zuvor festgelegte Gewinnbeteiligung der Private-Equity-Firma (z.B. in der Höhe von 20 Prozent der Gewinne oberhalb einer vereinbarten Mindestverzinsung). Dieser wird jedoch erst dann ausbezahlt, wenn zunächst die Einlagen der Investoren zurückgeführt sind (Return of Capital) und die vereinbarte Mindestverzinsung (Hurdle Rate) erreicht wurde. Die Aufteilung der Gewinne, die höher als die vereinbarte Gewinnbeteiligung für die Private-Equity-Firma sind, erfolgt zwischen der Firma und den restlichen Investoren (Carried Interest Split). Bei diesem Vorgehen, das «Distribution Waterfall» genannt wird, kann die Private-Equity-Firma nur profitieren, wenn die anderen Kapitalgeber zuerst ausreichend Gewinn erhalten.

Die obigen Ausführungen bilden den Idealtyp von fondsbasierten Private-Equity-Investitionen ab. In der Praxis gibt es sehr viele Facetten, auf die an dieser Stelle nicht detailliert eingegangen wird. So haben Experten/-innen,

die in dieser Studie befragt wurden, darauf hingewiesen, dass in letzter Zeit ein Trend zu längeren Haltedauern und flexibleren Laufzeiten von Private-Equity-Investitionen zu beobachten ist. Die Laufzeit von Private-Equity-Fonds habe sich auf acht bis zwölf oder sogar 15 Jahre verlängert und es gebe auch eine Entwicklung in Richtung «Evergreens», also zeitlich unbegrenzte Fonds. In solchen Strukturen werden Erlöse aus Exits häufig nicht unmittelbar an die Investoren ausgeschüttet, sondern ganz oder teilweise zur Finanzierung neuer Investitionen reinvestiert.

1.3 Private Equity im ambulanten Gesundheitssektor in der Schweiz, den USA und in Deutschland

In den folgenden Abschnitten wird auf die Verbreitung von Private-Equity-Investitionen in der Schweiz, den USA und in Deutschland eingegangen. Die Auswahl der Vergleichsländer USA und Deutschland ist dadurch begründet, dass die Diskussion der Thematik zuerst in den USA einsetzte. In den USA war bereits zu Beginn der 2010er Jahre ein starker Anstieg von Private-Equity-Transaktionen festzustellen. In Deutschland wurde die Thematik etwas später aufgegriffen. Sie wurde vor allem in den letzten Jahren intensiv und relativ breit öffentlich diskutiert.

1.3.1 Situation in der Schweiz

Wie erwähnt waren den Autoren/-innen zu Beginn der Arbeiten an der vorliegenden Studie keine Untersuchungen oder Statistiken zu Private-Equity-Investitionen im ambulanten Gesundheitssektor der Schweiz bekannt. Dies hat sich im Verlauf der Studie nicht geändert. Jedoch gab es einige Medienberichte und Marktanalysen zu Private-Equity- und privaten Investitionen in den ambulanten Gesundheitsmarkt in der Schweiz. Die Auswertung dieser Berichterstattung ist Bestandteil der vorliegenden Studie.

1.3.2 Situation in den USA

In den USA wird seit dem Beginn der 2010er Jahre ein starker Anstieg von Private-Equity-Transaktionen im Gesundheitswesen, vor allem bei Arztpraxen und Krankenhäusern, festgestellt (Gondi/Song 2019). Im ambulanten Bereich lässt sich nach aktuellen Studien eine starke Zunahme von Übernahmen durch Private-Equity-basierte Unternehmen in verschiedenen Fachbereichen feststellen. Eine besonders hohe Konzentration von Private Equity gibt es in lukrativen Fachgebieten wie der Dermatologie, der Ophthalmologie, der Gastroenterologie, der Urologie, der Orthopädie oder der Radiologie (Abdelhadi et al. 2024). Weiter lässt sich eine regionale Ballung von einzelnen Private-Equity-Netzwerken feststellen. In bestimmten Metropolitan Statistical Areas (MSA – städtische Gebiete inklusive Umland) erreichen einzelne Private-Equity-Firmen Marktanteile von über 30 respektive über 50 Prozent in einzelnen Fachrichtungen (Abdelhadi et al. 2024). Ein Beispiel für eine solche regionale Konzentration beschreibt die Studie «Private Equity Investments in Physician Practices in Maryland» von Yashaswini Singh und Kollegen. Die Forschenden betrachteten die Entwicklung von Private-Equity-Investitionen im US-Bundesstaat Maryland in verschiedenen Fachgebieten zwischen 2014 und 2021. Dabei stellten die Autoren/-innen eine Zunahme von solchen Investitionen in einer Vielzahl von Fachrichtungen fest, vor allem in der Urologie, der Dermatologie, der Ophthalmologie, der Gastroenterologie, der Kardiologie aber auch in der Grundversorgung. Der stärkste Anstieg zeigte sich in der Urologie. Dort waren 2014 lediglich 1,2 Prozent der Ärzte/-innen in Private-Equity-angeschlossenen Praxen tätig. 2021 lag dieser Wert bei rund 63,3 Prozent (Singh et al. 2025a). Neben Private-Equity-Gesellschaften mit stark regional fokussierten Akquisitionsstrategien lassen sich auch überregional expandierende Plattformunternehmen beobachten, die ihre Marktpräsenz schrittweise durch den Aufbau mehrerer regionaler Netzwerke über mehrere Bundesstaaten ausdehnen (Patil et al. 2023).

1.3.3 Situation in Deutschland

Für Christoph Scheuplein, der sich als einer von wenigen mit der Verbreitung von Private Equity im deutschen Gesundheitssektor befasst hat, stellt der Gesundheitssektor eine der wichtigsten Zielbranchen von Private-Equity-Übernahmen in Deutschland dar. In seinen Studien zeigt er auf, dass kleine und mittlere Unternehmen der medizinischen und pflegerischen Versorgung zunehmend übernommen und im Rahmen von Buy-and-Build-Strategien zusammengeführt werden (Scheuplein 2021). Besonders im Fokus der Übernahme stehen

Arztpraxen, Pflegeheime und Pflegedienste (Scheuplein 2021). Die Übernahme von Arztpraxen durch private Investoren ist in Deutschland erst durch eine Gesetzesänderung im Jahr 2004 möglich geworden. In diesem Jahr wurde das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Versorgungsform neben der vertragsärztlichen Einzelpraxis und der Berufsausübungsgemeinschaft von Ärzten/-innen (Gemeinschaftspraxis) zugelassen. Der Kreis zugelassener Gründer eines MVZ hat sich in den letzten Jahren mehrfach geändert. Derzeit sind Vertragsärzte/-innen, Krankenhäuser, nicht-ärztliche Dialyseerbringer, Praxisnetze, gemeinnützige Träger sowie Kommunen zur Gründung eines MVZ zugelassen (Scheuplein 2021). Durch die MVZ können private Investoren in die ambulante Versorgung eintreten, wenn sie ein Krankenhaus (häufigerer Fall) oder einen nicht-ärztlichen Dialyseerbringer (weniger häufiger Fall) übernehmen (Scheuplein 2025). Solche Übernahmen passieren regelmässig: Laut einer umfassenden Untersuchung von Christoph Scheuplein und Kollegen wurden zwischen 2013 und 2018 130 Unternehmen mit einer medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten/-innen durch Private-Equity-Gesellschaften (überwiegend fondsbasierte Gesellschaften aus Europa und den USA) übernommen (Scheuplein et al. 2019). Die Investitionen dieser Gesellschaften konzentrieren sich auf kapitalintensive und technisch ausgestattete Facharztbereiche wie Ophthalmologie, Labormedizin, Radiologie und Orthopädie (Scheuplein/Bůžek 2021; Schöneberg/Vitols 2023).

2 Vor- und Nachteile von Private Equity in der ambulanten Gesundheitsversorgung

2.1 Fragestellung und Methodik

Welches sind die Vor- und Nachteile, die private Investitionen, insbesondere Private-Equity-Investitionen, in der ambulanten Gesundheitsversorgung haben können? Um diese Frage zu beantworten, führte das Studienteam eine umfassende Literaturanalyse durch. Einbezogen wurden Studien aus den USA und Deutschland.

Für die Identifikation der Studien wurde die KI-basierte Plattform SciSpace⁸ benutzt. Die Recherche erfolgte in mehreren Suchrunden mit dem Schlüsselwort «Private Equity» in Kombination mit verschiedenen Ergänzungen wie «im ambulanten Sektor», «in der Schweiz», «in Deutschland», «in den USA» oder mit verschiedenen Akteursgruppen (Ärzte/-innen, Patienten/-innen, Apotheken usw.). Die Chatfunktion der Plattform erlaubte eine gezielte Suche nach weiteren relevanten Artikeln aufbauend auf den bereits erhaltenen Resultaten. Ergänzend zur Suche mit der Plattform SciSpace recherchierte das Studienteam gezielt nach Publikationen von internationalen Organisationen wie der WHO oder der OECD, nutzte wissenschaftliche Datenbanken wie Web of Science und identifizierte weiterführende Untersuchungen im Quellenverzeichnis von bereits gefundenen Artikeln. Berücksichtigt wurden in erster Linie Studien ab dem Jahr 2019, die in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren publiziert wurden. Es wurden keine Studien zur Auswirkung von Private Equity auf den ambulanten Gesundheitsmarkt in der Schweiz gefunden.

Insgesamt wurden 39 Studien, die den ambulanten Gesundheitsmarkt in den USA untersuchen, und elf Studien, die den ambulanten Gesundheitsmarkt in Deutschland untersuchen, identifiziert. Die folgenden Ausführungen zu den Vor- und Nachteilen von privaten Investitionen, im besonderen Private-Equity-Investitionen, in der ambulanten Gesundheitsversorgung basieren darauf. Abschnitt 2.2 widmet sich den Vor- und Nachteilen, die Private-Equity-Investitionen im ambulanten Gesundheitsbereich *theoretisch* haben können. In Abschnitt 2.3 wird die zusammengetragene *empirische Evidenz* für die Vor- und Nachteile für Deutschland und die USA präsentiert. Die Charakteristiken werden jeweils den einzelnen Akteursgruppen, das heisst Ärzten/-innen, Apothekern/-innen, Patienten/-innen und dem weiteren Medizinal- und Gesundheitsfachpersonal, zugeordnet.

2.2 Ergebnisse theoretischer Überlegungen

In der wissenschaftlichen Literatur zu Private-Equity-Investitionen wird eine Vielzahl an Vor- und Nachteilen aufgeführt, die Private-Equity-Investitionen auf den ambulanten Gesundheitssektor haben können. Es handelt sich vielfach um Argumente basierend auf theoretischen Überlegungen. Ob und in welchem Umfang diese in der Praxis relevant sind, hängt auch von der Organisation des Gesundheitssystems ab. Obwohl sich sowohl jenes der USA wie auch das deutsche System deutlich vom schweizerischen System unterscheiden, scheinen die nachfolgend aufgeführten Argumente dem Studienteam theoretisch auch für die Schweiz relevant.

2.2.1 Mögliche Vorteile von Private-Equity-Investitionen

Wissenschaftliche Studien und Untersuchungen internationaler Organisationen weisen auf vier Vorteile hin, die Private-Equity-Investitionen auf den ambulanten Gesundheitssektor möglicherweise haben können.

⁸ SciSpace hat eine eigene Sammlung und Indexierung von wissenschaftlichen Artikeln. Darüber hinaus benutzt das Tool Suchmaschinen wie Google Scholar oder durchsucht direkt zugängliche Online-Datenbanken wie PubMed und Open Access Journals.

2.2.1.1 Kapitalzufuhr und Expansion

Private-Equity-Investitionen können Kapital für Expansionen mobilisieren. Durch die Kapitalzufuhr der Investoren stehen mehr Finanzmittel für den Zukauf von weiteren ambulanten Gesundheitseinrichtungen bereit (Cai/Song 2024). Zudem zielen Private-Equity-Strategien häufig auf die Zentralisierung administrativer Aufgaben oder der Informatik, wodurch Effizienzgewinne erzielt werden können, die weiteres Wachstum unterstützen (O'Donnell et al. 2020). Dank des Wachstums können die betriebliche Effizienz gesteigert, Skaleneffekte zum Beispiel bei allgemeinen Verwaltungsaufgaben erzielt und Investitionen in technologische Erneuerungen wie Informatik, Terminplanungs- oder Abrechnungssysteme leichter finanziert werden. Mit der Integration von kleineren Praxen in grössere Strukturen können diese stabilisiert und professionalisiert werden (O'Donnell et al. 2020). Gerade die Integration von kleineren, spezialisierten Praxen in grössere Plattformen kann zu einer stärkeren räumlichen Präsenz sowie zu einer Ausweitung des Leistungsangebots in profitable Versorgungssegmente führen (Unruh/Rice 2025, S. 3–4). Das Fachpersonal kann die Arbeit in grösseren Strukturen ebenfalls als attraktiv wahrnehmen, etwa aufgrund besserer organisatorischer Rahmenbedingungen und potenzieller Entwicklungsmöglichkeiten (Nolte et al. 2022).

2.2.1.2 Innovation und neue Versorgungsmodelle

Durch Private-Equity-Investitionen kann theoretisch die Möglichkeit für wichtige Innovation im ambulanten Gesundheitssektor geschaffen werden. Durch die Konsolidierung von Versorgungseinheiten entstehen häufig grössere regionale Praxisnetzwerke. Diese können Effizienzgewinne ermöglichen (Gondi/Song 2019, S. 1–2). Die Zusammenschlüsse können den einfacheren Aufbau integrierter Versorgungsmodelle ermöglichen. Dies, indem Abrechnungssysteme, Informatik oder Personalmanagement zentralisiert und koordiniert werden, was als strukturelle Voraussetzung für integrierte Versorgungsansätze gesehen werden kann (Gondi/Song 2019; O'Donnell et al. 2020). Private Equity kann Investitionen in teurere Geräte oder die Bündelung spezialisierter Leistungen ermöglichen. Auch können grössere Organisationen eher neue Leistungsmodelle anbieten und innovationsintensive Verfahren eher tragen (Nie et al. 2022a). Durch die erhöhte Verhandlungsmacht gegenüber Versicherern könnten Leistungserbringer, die gross und gut kapitalisiert sind, eher neue Vergütungsmodelle durchsetzen. Die Effizienzsteigerung und Skalierung kann es diesen Leistungserbringern ermöglichen, auch in neuere Technologien oder in Neuerungen im Qualitätsmanagement und Spezialdienstleistungen zu investieren. Diese Möglichkeiten fehlen in traditionell unterkapitalisierten ambulanten Strukturen oft (Gondi/Song 2019, S. 1–2; Unruh/Rice 2025, S. 1–2). Grössere Praxisverbände haben zudem die Möglichkeit, ihre Informatiksysteme und Datenprozesse ausbauen, um klinische Abläufe zu standardisieren und digitale Services zu entwickeln (O'Donnell et al. 2020, S. 1026–1028). Damit können Private-Equity-Investitionen theoretisch wichtige infrastrukturelle Voraussetzungen für den Einsatz von Telemedizin, E-Health-Portale oder automatisierte Verwaltungsprozesse schaffen.

2.2.1.3 Erleichterung von Nachfolgelösungen und steuerliche Vorteile

Private-Equity-Gesellschaften können Nachfolgelösungen für die Übernahmen von Praxen anbieten. Dies kann für ältere Eigentümer/-innen von ambulanten Gesundheitseinrichtungen attraktiv sein. Übernahmen durch Private-Equity-Gesellschaften im Rahmen von Buy-and-Build-Strategien ermöglichen oftmals Einmalzahlungen über dem üblichen Marktwert einer Praxis (Gondi/Song 2019). Untersuchungen zu Übernahmen im deutschen Markt zeigen, dass private Eigentümer/-innen zum Teil aktiv auf Private-Equity-Investoren zugehen, weil sie sich einen guten Preis erhoffen (Scheuplein et al. 2019). Dazu kommt, dass es einen Trend zu geben scheint, dass jüngere Ärzte/-innen die Vorteile angestellter Tätigkeitsmodelle (mit geringerem unternehmerischem Risiko und weniger administrativer Belastung) schätzen. Dies erschwert die Übergabe von Einzelpraxen an jüngere Ärzte/-innen und begünstigt Private-Equity-Übernahmen (Nolte et al. 2022). Zusätzlich können steuerliche Rahmenbedingungen den Praxisverkauf begünstigen, da der Verkaufserlös unter bestimmten Voraussetzungen für abgebende Ärzte/-innen als Kapitalgewinn behandelt und damit niedriger besteuert wird als laufendes Einkommen (Gondi/Song 2019).

2.2.1.4 *Managementeffizienz und Skaleneffekte*

Durch die Konsolidierung von Praxen nach Private-Equity-Investitionen können administrative Aufgaben zentralisierter wahrgenommen werden. Daneben führen die Investitionen häufig zur Modernisierung administrativer IT-Infrastruktur. Ausserdem wird durch die Private-Equity-Gesellschaften oftmals nicht nur Kapital, sondern auch betriebswirtschaftliche Expertise bereitgestellt. Dies ermöglicht Effizienzgewinne und Skaleneffekte vor allem in administrativen Prozessen (O’Donnell et al. 2020, S. 1026–1028). So können Private-Equity-geführte Praxen in bestimmten Segmenten unter anderem (durch längere Öffnungszeiten, höhere Taktung oder stärkere Nutzung von Personalressourcen) auch höhere Kapazitäten und bessere Terminverfügbarkeiten bieten (Unruh/Rice 2025, S. 1–2). Zudem wird die Entlastung der Ärzte/-innen von administrativen Verwaltungsaufgaben und Managementaufgaben genannt. Durch die Zentralisierung des Praxismanagements können sie sich stärker auf ihre Kernkompetenz, die Patientenversorgung, konzentrieren (Nolte et al. 2022; O’Donnell et al. 2020). Dies kann, rein theoretisch, zu einer Steigerung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit führen.

2.2.1.5 *Vorteile für die einzelnen Akteursgruppen*

Die Vorteile von Private-Equity-Investitionen betreffen die Akteure in der ambulanten Versorgung unterschiedlich stark. Die Literatur hat sich deshalb auch mit der Frage beschäftigt, wie Ärzte/-innen sowie weiteres medizinisches Personal und Patienten/-innen davon profitieren (Abu-Jalbush 2024). In der folgenden Darstellung D 2.1 sind diese Ergebnisse zusammengefasst und ergänzt durch Einschätzungen des Studienteams insbesondere betreffend die Apotheker/-innen. Es zeigt sich, dass Kapitalzufuhr und Expansion, Innovation und neue Versorgungsmodelle sowie Managementeffizienz und Skaleneffekte theoretisch auf alle Akteursgruppen einen positiven Effekt haben können. Von der Erleichterung von Nachfolgelösungen profitieren ebenfalls alle Akteure, gerade wenn aufgrund einer fehlender Nachfolgelösung eine Arztpraxis oder Apotheke geschlossen werden müsste. Von steuerlichen Vorteilen profitieren dagegen nur Ärzte/-innen und Apotheker/-innen, die Eigentümer/-innen von Praxen oder Apotheken sind.

D 2.1: Mögliche Vorteile von Private Equity nach Akteursgruppen

	Ärzte/-innen	Weiteres med. Personal	Apotheker/ -innen	Patienten/ -innen
Kapitalzufuhr und Expansion	x	x	x	x
Innovation und neue Versorgungsmodelle	x	x	x	x
Erleichterung von Nachfolgelösungen und steuerliche Vorteile	x		x	
Managementeffizienz und Skaleneffekte	x	x	x	x

Quelle: Darstellung Universität Luzern. Legende: Betroffenheit der Akteursgruppen mit einem x gekennzeichnet.

2.2.2 Mögliche Nachteile von Private-Equity-Investitionen

In den Studien und den Untersuchungen internationaler Organisationen wird auch ausführlich auf die möglichen Nachteile von Private-Equity-Investitionen auf den ambulanten Gesundheitssektor eingegangen.

2.2.2.1 *Preissteigerung*

Private-Equity-Investitionen haben mutmasslich Auswirkungen auf die Preise. Durch den kurzfristigen Investitionshorizont und den hohen Druck auf eine Steigerung der Gewinnmarge können sich die Preise ohne nachweisbare Leistungs- und Qualitätssteigerung erhöhen. Preissteigerungen auf gleiche Leistungen erfolgen laut wissenschaftlichen Publikationen vor allem durch die höhere Marktkonzentration bei weniger Anbietern und eine stärkere Position gegenüber Kostenträgern nach der Konsolidierung (Adler et al. 2023; Borsa et al. 2023; La Forgia et al. 2022; Singh et al. 2025b).

2.2.2.2 *Leistungsausweitung*

Neben der direkten Preissteigerung ist auch eine Leistungsausweitung denkbar, beispielsweise bei der Erhöhung des Behandlungsspektrums, durch Upcoding oder der Steigerung der Fallzahl pro Arzt/Ärztin (Braun et al. 2021; Singh et al. 2022). Es scheint möglich, dass Ärzte/-innen in gewissen Settings in Private-Equity-basierten Praxen eine gewisse Anzahl von Behandlungen durchführen müssen, um die Renditeerwartungen zu erfüllen. Analog könnten Apotheken verpflichtet werden, einen gewissen Umsatz zu erreichen und mehr medizinische Produkte zu verkaufen als medizinisch indiziert.

2.2.2.3 *Verringerung der Qualität und der Patientensicherheit*

In der Literatur wird auch argumentiert, dass Private-Equity-Investitionen zu einer Verringerung der Qualität und der Patientensicherheit führen können (Young 2025; Borsa et al. 2023). Der Kostendruck und die Skalierung bei solchen Investitionen können Personalabbau und Veränderungen des Skill-Grade-Mix mit sich bringen. Bei Letzterem wird hochqualifiziertes Personal durch anders qualifiziertes – meist kostengünstigeres – Personal ersetzt (Bruch et al. 2023). Weitere Anzeichen für die Verringerung der Qualität der Leistungen können Effizienzgewinn durch Standardisierung sein, beispielsweise bei der Verkürzung des Patientenkontakts und einem Abbau der Anzahl individueller Beurteilungen durch Ärzte/-innen (Subbiah/Scheffler 2025; Zhu et al. 2024). Schliesslich kann die kurzfristige Finanzlogik von Private-Equity-Investitionen theoretisch auch zu fehlenden Reinvestitionen in die Qualitätssicherung führen, was geringere Ausgaben für Fortbildung und Qualitätsmanagement bedeuten kann (Borsa et al. 2023; Geyman 2023; Young 2025).

2.2.2.4 *Ungleichheit im Zugang zur Versorgung*

Eine Befürchtung, die in Untersuchungen zu Private-Equity-Investitionen im ambulanten Gesundheitsmarkt immer wieder auftaucht, ist die Förderung der Ungleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Aufgrund grösserer Einzugsgebiete und zahlungskräftigeren Patienten/-innen könnten Private-Equity-Investitionen zu einer Konzentration auf einkommensstarke städtische Gebiete führen. Damit einhergehend könnte ländlichen Gebieten eine Unterversorgung drohen (Scheuplein/Bůžek 2021; Singh et al. 2025a; Abdelhadi et al. 2024; Gondi/Song 2019; Singh et al. 2024b). Weiter könnten die höheren Gewinnerwartungen bei Private-Equity-Investitionen mutmasslich dazu führen, dass eine Selektion nach Versicherungsstatus und Zahlungsfähigkeit erfolgt. Es wird befürchtet, dass Ärzte/-innen ökonomische Anreize erhalten könnten, privatversicherten Patienten/-innen einen bevorzugten Zugang auch zur Grundversorgung zu gewähren, was Personen mit tieferem Versicherungsstatus den Zugang zu Angeboten erschweren könnte (Nie et al. 2022b; Nolte et al. 2022; Jochimsen/Gibis 2025). Auch ist denkbar, dass Gesundheitseinrichtungen mit Private Equity sich vermehrt auf spezialisierte, margenstarke Leistungen fokussieren, was das Angebot an Grundversorgung schmälern kann (Scheuplein et al. 2019; O'Donnell et al. 2020). Dies kann einen Einfluss auf die Versorgungsqualität haben und zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen (Gondi/Song 2019).

2.2.2.5 *Negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen*

Ebenfalls wird befürchtet, dass Private-Equity-Investitionen negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen des Personals haben können (Berquist et al. 2025; Young 2025). Um die Rendite zu maximieren, so die These, werden über das Personal die Kosten reduziert. Dies könne zu schlechteren Arbeitsbedingungen führen, zum Beispiel über eine Personalverdichtung, weniger Mitspracherecht des medizinischen Personals oder auch durch den Ersatz von hochqualifiziertem Personal durch weniger oder anderweitig qualifiziertes Personal (Young 2025; Subbiah/Scheffler 2025; Zhu et al. 2024; Nolte et al. 2022; Bruch et al. 2023). Im Besonderen behandelt wird in der einschlägigen Literatur zur Thematik die Einschränkung der klinischen Entscheidungsfindung durch das medizinische Personal. Die Befürchtung ist, dass Fragen medizinischer Natur durch eine betriebswirtschaftliche Steuerungslogik beeinflusst werden (Zhu et al. 2024; Subbiah/Scheffler 2025; Nolte et al. 2022). Aus Sicht der Leistungserbringenden kann dies ein Verlust der ärztlichen Autonomie bedeuten (Abu-Jalbush 2024). Besonders problematisch ist dies dann, wenn die kommerziellen Interessen der Investoren nicht mit den ethischen Grundsätzen der Leistungserbringenden übereinstimmen. Wenn die Patienten/-innen das

Gefühl bekommen, dass ihre Behandlung nicht ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt, führt dies mutmasslich zu einem Vertrauensverlust gegenüber den behandelnden Ärzten/-innen.

2.2.2.6 Konzentration und Monopolisierung

Ein weiterer theoretischer Nachteil stellt die Konzentration und Monopolisierung des Marktes dar. Durch die Konsolidierung, die bei der Buy-and-Build-Strategie zentral ist, entsteht eine höhere Marktkonzentration im ambulanten Sektor. Dabei können in einzelnen Regionen Strukturen entstehen, die die Wahlfreiheit der Patienten/-innen einschränken (La Forgia et al. 2022; Singh et al. 2024b). Die erhöhte Marktmacht kann auch dazu führen, dass es für neue Anbieter schwieriger wird, den Markteinstieg zu finden (Brown/Hall 2024; Scheuplein et al. 2019). Schliesslich können auch potenzielle Abhängigkeiten der Kostenträger von grossen Private-Equity-geführten Netzwerken entstehen, die einen negativen Einfluss auf verschiedene Aspekte wie die Kosten haben können (Brown/Hall 2024; Singh et al. 2025b; Scheuplein 2021). Es kann befürchtet werden, dass die Marktkonzentration theoretisch zu höheren Preisen bei gleichbleibender oder gar sinkender Qualität führt (Abu-Jalbush 2024).

2.2.2.7 Intransparenz und höhere Risiken

Weiter wird in der Literatur auf die Gefahr von Intransparenz und höheren Risiken hingewiesen, die mit Private-Equity-Investitionen verbunden sind. In komplexen Private-Equity-Geflechten gibt es verschachtelte Eigentumsstrukturen, bei denen es für Behörden und andere interessierte Akteure schwierig sein kann, die Besitzverhältnisse der einzelnen Gesundheitseinrichtungen zu eruieren. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Private-Equity-Fonds nicht direkt in Unternehmen, sondern in weitere Fonds investieren. Damit geht die Transparenz über Eigentum und Gewinne verloren, was die Regulierung des Marktes erschwert (Brown/Hall 2024; Singh et al. 2025b; Scheuplein 2021). Ebenfalls entstehen höhere Risiken, wenn hohe Margen – wie bei sonstigen Private-Equity-Investitionen – angestrebt werden. Die schnellen Konsolidierungskäufe und Exits nach nur wenigen Jahren in Verbindung mit hohen Renditenerwartungen könnten zu einer Instabilität im Gesundheitssystem führen (Singh et al. 2024b; Young 2025).

2.2.2.8 Mögliche Nachteile für die einzelnen Akteursgruppen

Auch die Nachteile von Private-Equity-Investitionen betreffen die Akteure in der ambulanten Versorgung unterschiedlich stark (Abu-Jalbush 2024, S. 36–49). Darstellung D 2.2 geht darauf ein. Die Verringerung der Qualität und der Patientensicherheit kann alle Akteursgruppen betreffen. Die Ungleichheit im Zugang zur Versorgung suggeriert primär negative Auswirkungen auf die betroffenen Patienten/-innen. Konzentration und Monopolisierung können Ärzte/-innen, Apotheker/-innen sowie die Patienten/-innen treffen. Intransparenz und höhere Risiken betreffen alle Akteursgruppen.

D 2.2: Mögliche Nachteile von Private Equity nach Akteursgruppen

	Ärzte/-innen	Weiteres med. Personal	Apotheker/ -innen	Patienten/ -innen
Preissteigerung				x
Leistungsausweitung				x
Verringerung der Qualität und der Patientensicherheit	x	x	x	x
Ungleichheit im Zugang zur Versorgung				x
Negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen	x	x	x	
Konzentration und Monopolisierung	x		x	x
Intransparenz und höhere Risiken	x	x	x	x

Quelle: Darstellung Universität Luzern. Legende: Betroffenheit der Akteursgruppen mit einem x gekennzeichnet.

2.3 Ergebnisse empirischer Untersuchungen im Ausland

Das Studienteam hat neben den theoretisch möglichen Vor- und Nachteilen ebenfalls interessiert, zu welchen Vor- und Nachteilen von Private-Equity-Investitionen es empirische Belege gibt. Diesbezüglich ist die Quellenlage schmal. Die verfügbaren Studien befassen sich in der Regel mit einzelnen Aspekten wie Preisen, Leistungsvolumen oder dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, ohne diese Effekte aus einer umfassenden Perspektive zu beleuchten. Evaluationen, welche die Thematik von Private-Equity-Investitionen aus Gesundheitssystemperspektive angehen, scheinen noch zu fehlen. Methodisch basieren die identifizierten Studien meistens auf quasi-experimentellen Ansätzen, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschwert. Insgesamt liegt der Fokus der Untersuchungen zudem auf den potenziellen Risiken von Private-Equity-Investitionen, während positive Effekte seltener untersucht werden. Diesen Hintergrund gilt es bei der folgenden Zusammenfassung der Literatur zu berücksichtigen.

2.3.1 Auswirkungen auf die Preise von Leistungen

Aus der wissenschaftlichen Literatur, die den ambulanten Gesundheitsmarkt in den USA untersucht, gibt es Hinweise darauf, dass Private-Equity-Investitionen, zumindest in einigen Fachgebieten (v.a. Gastroenterologie und Ophthalmologie), zu höheren Preisen und Ausgaben führen. Dabei gibt es verschiedene Mechanismen, die zu höheren Preisen führen können. Insgesamt hat das Studienteam fünf quasi-experimentelle Studien aus den USA gefunden, die, mit verschiedenen Preiskonzepten (transaktionsbasierte Preise, Gebühren oder durchschnittliche Ausgaben), eine direkte Erhöhung der Preise nach Private-Equity-Übernahme nachweisen (Arnold et al. 2025; Braun et al. 2021; La Forgia et al. 2022; Singh et al. 2022, 2025b). Als zentraler Mechanismus werden, zumindest in den USA, die zunehmende Markkonzentration und damit verbundene Verhandlungsmacht gegenüber Kostenträgern identifiziert (Arnold et al. 2025; La Forgia et al. 2022; Singh et al. 2025b). Ein weiterer beobachteter Mechanismus ist die Site-of-Care-Verschiebung, bei der Behandlungen in teurerem Setting durchgeführt werden (Lin et al. 2023). Schliesslich gibt es Evidenz, dass durch Abrechnungsoptimierung eine Erhöhung der Preise erwirkt werden konnte – dies namentlich durch Coding-Intensivierung, also durch Nutzung höher bewerteter Abrechnungscodes ohne Veränderung der Leistung (Adler et al. 2023; Lin et al. 2023; Singh et al. 2025a). Das Studienteam hat keine empirische Evidenz für eine Kostensenkung nach Private-Equity-Übernahme gefunden.

2.3.2 Auswirkungen auf die Leistungen

Subtiler ist die Erhöhung der Ausgaben durch Optimierung des Leistungsmixes, die Studien aus den USA ebenfalls nachweisen konnte. Die Optimierung des Leistungsmixes kann durch eine Produktmix-Verschiebung passieren, in dem ein Wechsel zu teureren Verfahren oder abrechnungsintensiveren Leistungen erfolgt (Singh et al. 2025a). Sie kann aber auch Folge eines Volumen-Effekts sein, in dem mehr Leistungen pro Patient/-in abgerechnet werden (Arnold et al. 2025; Singh et al. 2022; Tisch/Nolting 2021; Singh et al. 2025a, 2024a). Entsprechende Nachweise betreffen prioritär die spezialmedizinische Versorgung wie der Gastroenterologie oder der Ophthalmologie. In der Studie von Arnold et al. (2025) konnten die Autoren/-innen nachweisen, dass in gastroenterologischen Praxen in den USA, die von Private-Equity-Gesellschaften erworben wurden, die Anzahl der Koloskopien um rund 12 Prozent angestiegen sind (Arnold et al. 2025).

2.3.3 Auswirkungen auf die Qualität der Leistungen

Weiter finden sich Hinweise darauf, dass Private-Equity-Übernahmen unter bestimmten Bedingungen mit strukturellen Nachteilen für die Versorgungsqualität verbunden sein können. Die empirische Evidenz hierfür bezieht sich jedoch überwiegend auf den stationären Sektor, insbesondere auf Pflegeeinrichtungen. Für den ambulanten Gesundheitssektor gibt es einzelne Studien, die belegen, dass Private-Equity-Übernahmen einen negativen Effekt auf die Patientensicherheit und -erfahrung mit sich bringen (Borsa et al. 2023; Bruch et al. 2022, 2023; Nie et al. 2022a; Arnold et al. 2025). Es gibt aber Nachweise dafür, dass Private-Equity-Investoren Personal abbauen oder erfahrene Fachkräfte durch günstigeres, weniger qualifiziertes Personal ersetzen, was die Patientensicherheit beeinträchtigt (Subbiah/Scheffler 2025; Bruch et al. 2023). Gleichzeitig verstärken standardisierte Abläufe und Effizienzdruck die Tendenz zu kürzeren Patientenkontakten und weniger

individueller Beurteilung, was nicht nur von Patienten/-innen, sondern auch von vielen Ärzten/-innen als Qualitätsverlust erlebt wird (Zhu et al. 2024). Es gibt zudem Hinweise darauf, dass die betriebswirtschaftlichen Vorgaben von Investoren zulasten von Fortbildung, Qualitätsmanagement und notwendigen Investitionen in Infrastruktur gehen (Borsa et al. 2023; Young 2025). Diese Resultate beziehen sich grösstenteils auf den amerikanischen Gesundheitsmarkt. Für Deutschland wurden keine datengestützten Untersuchungen zum Einfluss von Private-Equity-Übernahmen auf die Qualität der Leistungserbringer gefunden. Dieses Ergebnis wird durch eine Arbeit von Jochimsen und Gibis (2025) gestützt: «To date, there is no empirical evidence suggesting a decline in the quality or scope of healthcare services when MCCs are financed by private equity investors.» (Jochimsen/Gibis 2025, S. 1).

2.3.4 Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen

Weiter gibt es Hinweise auf belastendere Arbeitsbedingungen in bestimmten ambulanten Settings (Nie et al. 2022a; La Forgia et al. 2022; Bruch et al. 2023; Zhu et al. 2024; Berquist et al. 2025). Die dazu durchgeführten Studien beschäftigen sich ausschliesslich mit der Situation in den USA. Sie beschränken sich weiter meist auf die Auswirkungen auf Ärzte/-innen. Untersuchungen zu weiterem medizinischem Personal, zum Beispiel zu Pflegenden im ambulanten Bereich, fehlen. Bei den Ärzten/-innen wurde in bestimmten Settings eine höhere Fluktuation in von Private-Equity-Investoren übernommenen Praxen festgestellt (Berquist et al. 2025; Bruch et al. 2023). Daneben stellten Bruch et al. 2023 auch fest, dass vergleichsweise häufig Nurse Practitioners und Physician Assistants eingestellt wurden. Der Anteil dieser Berufsgruppen nahm zu. Der Artikel untersucht nicht, ob diese Veränderung in der Zusammensetzung des medizinischen Personals die Behandlungsqualität verbessert oder verschlechtert haben (Bruch et al. 2023). Hingegen gibt es Belege dafür, dass Ärzte/-innen Praxen, die von Private-Equity-Gesellschaften übernommen wurden, negativ wahrgenommen haben. Ärzte/-innen beklagten vor allem einen höheren Druck und weniger Autonomie, auch in medizinisch relevanten Fragestellungen (Zhu et al. 2024). In einer Untersuchung in Private-Equity-geführten Urologie-Praxen wurden höhere Honorare für Ärzte/-innen festgestellt. Dies wird durch Produktivitätsanreize sowie Bonus- und Beteiligungsmodelle ermöglicht, geht aber auch mit längeren Arbeitszeiten und höheren Leistungsanforderungen einher (Nie et al. 2022a).

2.3.5 Auswirkungen auf den Zugang zur Versorgung verschiedener Bevölkerungsgruppen

Mehrere Studien aus den USA geben Hinweise darauf, dass Private-Equity-Investitionen einen Fokus auf einzelne geografische Regionen und bestimmte Leistungen legen. Erstens lässt sich eine stärkere Konzentration von übernommenen Praxen in städtischen Gebieten und einkommensstärkeren Regionen beobachten, während ländliche Gebiete vergleichsweise seltener von Private-Equity-Investitionen erfasst werden (Khunte/Singh 2025; Patil et al. 2023; Tan et al. 2019). Zweitens deuten mehrere Studien auf eine selektivere Ausrichtung der Versorgungsangebote im Hinblick auf den Versicherungsstatus der Patienten/-innen hin. Die in bestimmten Fällen nachgewiesene geringere Akzeptanz von Medicaid-Versicherten gegenüber Privatversicherten kann dabei als indirekter Hinweis auf potenzielle Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte Gruppen interpretiert werden (Borsa et al. 2023; Creadore et al. 2021; Nie et al. 2022a).

3 Eigentümerstrukturen in der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweiz

Dieses Kapitel befasst sich mit der Eigentümerstruktur in der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweiz. Mithilfe der Analyse verfügbarer Statistiken sowie durch Interviews gewonnene Einschätzungen von Experten/-innen wird der Frage nachgegangen, wem die Arztpraxen und Apotheken in der Schweiz gehören und wie diese kapitalisiert werden. Dabei interessieren nicht nur die Einrichtungen, die möglicherweise ganz oder teilweise im Besitz von Private-Equity-Gesellschaften sind. Geschätzt wird auch, wie gross der Anteil der Arztpraxen und Apotheken ist, die aufgrund ihrer Rechtsform und der Zahl der Standorte für Private-Equity-Gesellschaften interessant sein könnten.

Einleitend werden die Datengrundlagen und die Methodik beschrieben (Abschnitt 3.1), anschliessend die Situation bei den Arztpraxen ein (Abschnitt 3.2). In Abschnitt 3.3 wird die Situation bei den Apotheken erläutert. Auf die Situation anderer Leistungserbringer der ambulanten Versorgung, etwa bei den Institutionen der häuslichen Pflege, der Physiotherapie oder den Zahnarztpraxen, wird nicht eingegangen.

3.1 Datengrundlage und Methodik

Wie erwähnt beruhen die folgenden Ausführungen einerseits auf den verfügbaren statistischen Grundlagen (Abschnitt 3.1.1), andererseits auf Interviews mit Experten/-innen (Abschnitt 3.1.2).

3.1.1 Grundlagen der quantitativen Analysen

Die quantitativen Analysen betreffend die Arztpraxen bauen in erster Linie auf dem MAS-Datensatz des Bundesamts für Statistik (BFS) auf. Für die Situation bei den Apotheken wurde vorab der STATENT-Datensatz beigezogen.⁹ Zur Plausibilisierung und/oder Ergänzung der gewonnenen Ergebnisse dienten die Ärztestatistik der Swiss Medical Association (FMH), der STATENT-Datensatz betreffend die Arztpraxen, eine aktuelle Befragung des Commonwealth Fund sowie die Statistik von pharmaSuisse.

Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren MAS

Für die Beschreibung der *ambulanten Arztpraxen* wurden die Strukturdaten zu Arztpraxen und ambulante Zentren (Medical Ambulatory Structure; MAS) des BFS ausgewertet. Diese Erhebung beruht auf einer jährlichen Befragung aller Arztpraxen und ambulanten Zentren. Sie erfasst die Situation am 31. Dezember des jeweiligen Jahres. 2022 lag die Antwortquote bei rund 64 Prozent.¹⁰ Die Ergebnisse der Erhebung der MAS wurden vom BFS unter Berücksichtigung der Antwortquote gewichtet, damit sie für die gesamte Zielpopulation hochgerechnet werden können. Nach Angaben des BFS können damit Aussagen über die gesamte ambulante Gesundheitsversorgung getätigt werden. Für kleine Praxen (Jahresumsatz bis maximal 30'000 Franken und/oder keine eigene Infrastruktur) liegt nur ein Teil der Antworten auf Basis eines kurzen Fragebogens vor. Für diese Praxen können betreffend Rechtsform sowie anderen im vorliegenden Zusammenhang interessanten Angaben keine Aussage getroffen werden.¹¹ Daher beruhen die Auswertungen im vorliegenden Bericht in der Regel auf der

⁹ Die Datenquelle «Bundesamt für Statistik, Gesundheitsversorgungsstatistik 2015–2023» wird im vorliegenden Bericht durchgängig als MAS-Datensatz beziehungsweise MAS referenziert. Die Datenquelle «Bundesamt für Statistik, Statistik der Unternehmensstruktur (STATENT) 2011 bis 2023» wird im vorliegenden Bericht durchgängig als STATENT-Datensatz, bzw. STATENT referenziert.

¹⁰ Siehe Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren – Teilnahme 2015–2022, vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sdapaz.assetdetail.32486046.html> (Zugriff am 9.3.2026).

¹¹ 2022: N = 17'631 Unternehmen, Kurzfragebogen: n = 3'483 Unternehmen, Standardfragebogen: n = 14'148 Unternehmen mit n = 14'722 Standorten).

Grundgesamtheit der grösseren Arztpraxen, die den vollständigen Fragebogen ausgefüllt haben (n = 14'722 Arztpraxen).¹²

Statistik der Unternehmensstruktur STATENT

Die *Statistik der Unternehmensstruktur* (STATENT) ist eine registergestützte Vollerhebung des BFS. Sie basiert auf den Registern der AHV-Ausgleichskassen. Sie hat eine sehr hohe Abdeckung. Praktisch alle in der Schweiz tätigen Unternehmen sind erfasst.¹³ Allerdings enthält diese Datengrundlage weniger detaillierte Informationen als die MAS. Arztpraxen und Apotheken wurden basierend auf der allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA-Kategorie) identifiziert.¹⁴ Für die Analyse der Eigentumsverhältnisse bei den Arztpraxen wurden die STATENT-Daten zur Plausibilisierung der Grundgesamtheit beigezogen. Eine Auswertung der STATENT-Daten für das Jahr 2022 ergibt 20'567 Standorte von Arztpraxen am 31. Dezember 2022. Damit ist die Anzahl der Standorte in dieser Datengrundlage grösser als die dargelegten Werte der MAS. Die Differenz ist hauptsächlich auf die kleinen Arztpraxen zurückzuführen, für die nur der Kurzfragebogen vorliegt. Werden diese 3'483 Unternehmen dazugezählt, zählt die MAS 18'702 Standorte von Arztpraxen. Ausserdem berücksichtigt die MAS keine Unternehmen und Standorte, die im Rahmen der Krankenhausstatistik (ambulanter Spitalbereich) befragt werden.¹⁵ Da für die Apotheken keine mit der MAS vergleichbare Statistik verfügbar ist, beruhen die Angaben betreffend die Apotheken in diesem Bericht vorwiegend auf Daten der STATENT.

FMH-Ärztestatistik

Die FMH-Ärztestatistik gibt Auskunft über die Ärzte/-innen, die in der Schweiz tätig sind. Sie stützt sich auf eine laufend aktualisierte Datenbank des FMH, die verfügbare Unterlagen auswertet (z.B. Medreg oder Mitgliederlisten des TARMED-Vertrags) und auf Mitgliederbefragungen.¹⁶ Über die Anzahl Praxen sind in dieser Statistik keine Informationen verfügbar. Auch sind in der FMH-Ärztestatistik die Besitzverhältnisse nicht ersichtlich. Ein Hinweis kann aber die Angabe zur Organisationsform der Praxis geben: Die Statistik unterscheidet «Doppel- oder Gruppenpraxis» und «Einzelpraxis». Allerdings weichen die Definitionen dieser Organisationsformen von jenen des BFS ab.¹⁷

International Health Policy Survey 2025

Ein aktueller Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums beschreibt erstmals die Besitzverhältnisse der Grundversorgungspraxen in der Schweiz.¹⁸ Basis dafür ist die Befragung «International Health Policy

¹² Vereinfachend wird der Begriff «Arztpraxen» verwendet, obwohl gemäss BFS eigentlich «Standorte von Arztpraxis-Unternehmen» gemeint sind. Zudem sind die medizinischen Zentren gemäss MAS in den Begriff «Arztpraxen» eingeschlossen.

¹³ Alle Unternehmen, die verpflichtet sind, für ihre Angestellten sowie für sich selbst (Selbstständigerwerbende) bei einem Mindesteinkommen von jährlich 2'300 Franken AHV-Beiträge zu bezahlen.

¹⁴ Apotheken: NOGA-Code 4773 (Apotheken). Arztpraxen und ambulante Zentren: NOGA-Codes 8621 (Arztpraxen für Allgemeinmedizin) und 8622 (Facharztpraxen).

¹⁵ Nicht berücksichtigt werden Unternehmen und Standorte, die im Rahmen der Krankenhausstatistik (ambulanter Spitalbereich) befragt werden. Vgl. dazu <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sdapaz.asset-detail.32486046.html> (Zugriff am 9.3.2026).

¹⁶ Vgl. dazu *FMH-Ärztestatistik 2024 – tiefe Grundversorgerdichte | FMH* (Zugriff am 9.3.2026).

¹⁷ Eine Gruppenpraxis ist gemäss FMH-Ärztestatistik eine Praxis, in der mehr als ein Arzt oder eine Ärztin tätig sind. Diese Definition ist deutlich breiter als jene des BFS, wo Praxen nur als Gruppenpraxis zählen, falls die beteiligten Ärztinnen und Ärzte in der Rechtsform «Einzelunternehmen» tätig sind.

¹⁸ Dorn, M. (2026). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2025 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Bericht 01/26). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Siehe *IHP-Befragungen: Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung* (Zugriff am 15.4.2026).

(IHP) Survey» des amerikanischen Commonwealth Funds (CWF), an der die Schweiz seit 2010 jährlich teilnimmt. 2025 wurden zum ersten Mal Fragen auch zu den Besitzverhältnissen von Arztpraxen gestellt. Die Befragung lässt Aussagen zur Zahl der Grundversorgungspraxen zu, die vollständig oder zu Teilen im Besitz einer privaten Beteiligungsgesellschaft waren.

Statistik von pharmaSuisse

pharmaSuisse publiziert jährlich eine Statistik zu den Apotheken der Schweiz.¹⁹ Grundlage bilden die Mitglieder des Verbandes. Rund 85 Prozent der Apotheken, das heisst 1'639 Apotheke, waren 2025 Mitglied von pharmaSuisse. Gemäss Angaben von pharmaSuisse sind eher kleinere Apotheken nicht im Verband organisiert. Die Statistik von pharmaSuisse hält fest, dass es Ende 2024 1'830 Apotheken gab. Für Ende 2022 wurden 1'839 Apotheken ausgewiesen, was weitgehend den Angaben der STATENT entspricht. Laut diesen gab es 2022 1'796 Apotheken.

3.1.2 Grundlagen der qualitativen Analysen

Für die qualitative Analyse stützte sich das Studienteam auf folgende Erhebungen:

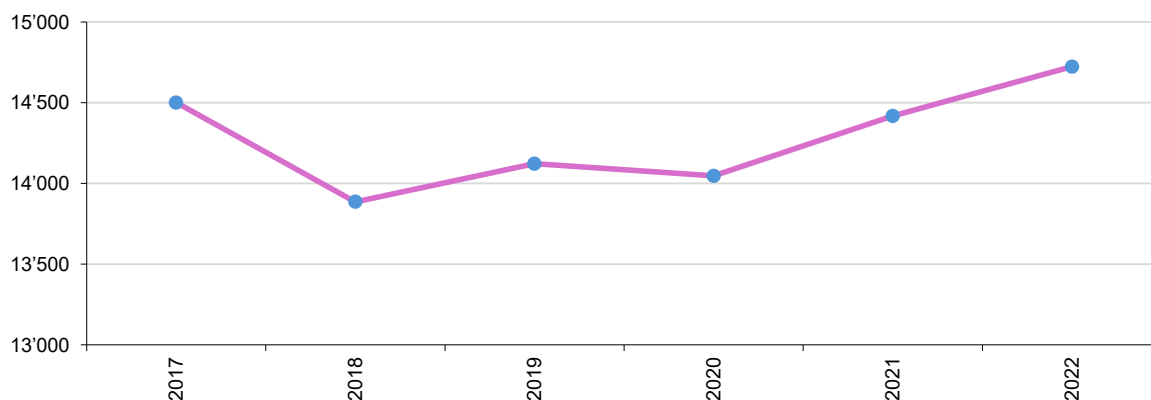
- *Dokumentenanalyse*: Als Grundlage für die Dokumentenanalyse dienten interne Dokumente des BAG zu den Eigentümerstrukturen bei den Hausarztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken und in der Ophthalmologie.
- *Medienanalyse*: Das Studienteam griff auf die laufende Medienberichterstattung während des Projektzeitraums sowie in den Jahren davor zurück. Es handelte sich um Berichte zu Wechseln der Eigentümerstrukturen oder Auswirkungen von privaten Investitionen auf verschiedene Aspekte der Gesundheitsversorgung.
- *Explorative Interviews*: In drei explorativen Interviews zu Beginn der Erhebungen verschaffte sich das Studienteam eine Übersicht zur Relevanz der Thematik Private-Equity-Investitionen in der Schweiz. Interviewt wurden Personen aus der Wissenschaft und der Praxis. Die Liste mit diesen Interviewpartnern findet sich im Abschnitt A 2 im Anhang.
- *Interviews Innen- und Aussenperspektive*: Insgesamt wurden 23 Interviews mit Investoren und Schlüsselpersonen aus betroffenen Unternehmen, Gesundheitsverbänden, Versicherern, Marktanalysten und einer kantonalen Gesundheitsbehörde durchgeführt. Es wurde zwischen Interviews aus der Innenperspektive, also Investoren und Schlüsselpersonen von Arztpraxen oder Ärztenetzwerken, sowie der Aussenperspektive, das heisst Beobachter/-innen und Analysten/-innen, Regulierungsbehörde und Verbänden, unterschieden. Die Liste mit diesen Interviewpartnern findet sich ebenfalls im Abschnitt A 2 im Anhang.
- *Fallstudien*: In zwei Fallstudien zu Vista Augenpraxen & Kliniken AG und zu Affidea SA wird beispielhaft aufgezeigt, wie die Unternehmensstruktur bei privaten (Private-Equity-)gestützten Unternehmen aussehen kann. Grundlage dafür bilden die Interviews, die Medienanalyse, das Zentrale Firmenregister Zefix sowie Internetrecherchen. Die zwei Fallstudien finden sich im Abschnitt A 4 im Anhang.

3.2 Arztpraxen

In diesem Abschnitt wird der Frage nach der Zahl und der quantitativen Bedeutung der Arztpraxen in der Schweiz nachgegangen, die möglicherweise im Besitz von Private-Equity-Gesellschaften sind. Einleitend ist dazu die Entwicklung der Zahl der Arztpraxen während der letzten Jahre dargestellt (siehe Darstellung D 3.1). Die Darstellung beruht auf den Ergebnissen der Erhebung MAS, das heisst der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS, die erstmals im November 2016 durchgeführt wurde.

¹⁹ Siehe dazu die Publikation auf der Website von pharmaSuisse, vgl. <https://pharmasuisse.org/de/fakten-und-zahlen> (Zugriff am 21.02.2026, Datenstand vom 7.10.2025).

D 3.1: Entwicklung der Anzahl Arztpraxen und ambulante Zentren 2017 und 2022



Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) (gewichtete Resultate). Legende: Die Darstellung bildet die Entwicklung der Zahl der Standorte der Arztpraxen ab. Diese Zahlen wurden verwendet, weil die Mehrheit der Auswirkungen im Bericht auf diesen Daten beruhen. Das BFS weist im Zusammenhang mit der Entwicklung der Arztpraxen in der Regel auf die Zahl der Unternehmen hin, vgl. [Arztpraxen und ambulante Zentren: Anzahl Unternehmen nach Grossregion \(<<\) / Kanton \(-\), Rechtsform, Unternehmenstyp und Jahr](#) (Zugriff am 20.4.2026). Die Entwicklung der beiden Grössen unterscheidet sich kaum.

Es zeigt sich, dass die Anzahl der Arztpraxen und ambulanten Zentren zwischen 2017 und 2022 in etwa stabil blieb, auch wenn sie zwischenzeitlich etwas tiefer lag. Vor 2017 wurden die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren noch nicht erhoben. Für die Jahre 2023 bis 2026 sind sie aktuell noch nicht verfügbar.

Im Folgenden wird auf die Eigentümerstruktur der Arztpraxen eingegangen und untersucht, wie sich Praxen mit unterschiedlichen Eigentumsstrukturen auf die Fachdisziplinen verteilen, ob es Unterschiede zwischen den Landesteilen gibt, welcher Anteil an Ärzten/-innen in der Grundversorgung in Unternehmen mit solchen Eigentumsstrukturen arbeiten und welche quantitative Bedeutung dieser Unternehmenstyp für die Patienten/-innen hat. Einleitend gilt es festzuhalten, dass die verfügbaren Statistiken keine eindeutigen Angaben zur Rolle von Private-Equity-finanzierten Arztpraxen und Apotheken zulassen. Es sind nur Annäherungen möglich.

3.2.1 Eigentümerstruktur

2022 gab es in der Schweiz 14'722 Arztpraxen mit einem Umsatz von mindestens 30'000 Franken, das heisst Praxen, zu welchen der vollständige MAS-Fragebogen ausgefüllt wurde. Werden auch kleine Unternehmen berücksichtigt, die nur den Kurzfragebogen²⁰ ausgefüllt haben, waren 2022 17'631 Arztpraxen im ambulanten Gesundheitssektor tätig (siehe Darstellung DA 3 im Anhang).

3.2.1.1 Grösse der Arztpraxen

Um die Frage zu beantworten, welche Arztpraxen in der Schweiz möglicherweise im Besitz von Private-Equity-Gesellschaften sind, werden die Daten zuerst in Bezug auf die Zahl der Unternehmen mit mehreren Standorten untersucht. Es wird angenommen, dass sich Private-Equity-Investitionen nur finden, wenn ein Unternehmen an

²⁰ Da der Kurzfragebogen keine Angaben zum Standort erfasst, ist nicht bekannt, ob diese Praxen Teil einer Gruppenpraxis sind. Aufgrund der kleinen Grösse und der rechtlichen Form sind diese Praxen mutmasslich nicht relevant für Private-Equity-Investitionen.

mehreren Standorten aktiv ist.²¹ Die Auswertung zeigt, dass von den 14'722 grösseren Arztpraxen 891 (6%) Teil eines Unternehmens sind, das mehrere Standorte betreibt.

Das BFS nutzt den Begriff Gruppenpraxis im Falle eines Verbundes von (Einzel-)Praxen, die Praxisräumlichkeiten gemeinsam nutzen und/oder das Personal teilen. Es lässt sich vermuten, dass Gruppenpraxen nicht im Besitz von Private-Equity-Investoren sind.²² Wie Darstellung D 3.2 zeigt, ist eine Gruppenpraxis am häufigsten ein Zusammenschluss von zwei Einzelunternehmen an einem Standort. Gruppenpraxen bestehend aus fünf oder mehr Einzelunternehmen stellen 18 Prozent aller Gruppenpraxen. Es lässt sich schätzen, dass Gruppenpraxen an rund 1'250 Standorten tätig sind.

D 3.2: Anzahl und Grösse von Gruppenpraxen (2022)

Grösse der Gruppenpraxen	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl Standorte (geschätzt)
Verbund von 2 Praxen	1'509	45	755
Verbund von 3 Praxen	819	25	273
Verbund von 4 Praxen	427	13	107
Verbund von 5 oder mehr Praxen	588	18	118
Total	3'343	100	1'253

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). *Lesebeispiel:* 1'509 Gruppenpraxen bestehen aus einem Verbund von 2 Praxen. Diese sind an (aufgerundet) 755 Standorten zu finden.

3.2.1.2 Rechtsform der Arztpraxen

Es ist davon auszugehen, dass AGs, GmbHs, Kommanditaktiengesellschaften sowie schweizerische Zweigniederlassungen von AGs, Genossenschaften oder GmbHs mit Hauptsitz im Ausland Rechtsformen sind, bei denen Private-Equity-Beteiligung möglich sind. Aus Darstellung D 3.3 geht hervor, dass 22 Prozent der Arztpraxen (3'244 Praxen) einem Unternehmen zugehörig waren, dessen Rechtsform gemäss der Definition grundsätzlich eine Private-Equity-Beteiligung ermöglicht (AG oder GmbH). Dabei ist die AG die häufigste Rechtsform. Es gibt allerdings auch eine beträchtliche Anzahl von Praxen, die nur an einem Standort tätig sind, die als AG (1'855) oder als GmbH (825) organisiert sind.

Die Rechtsform der Einzelunternehmen ist insgesamt die häufigste mit 77,7 Prozent aller Praxen. Mutmasslich handelt es sich bei dieser Rechtsform wie auch bei Kollektivgesellschaften, Kommanditgesellschaften, Genossenschaften, Vereinen und Stiftungen um Praxen ohne Private-Equity-Investitionen.

²¹ So zeigte sich beispielsweise bei einer Analyse der MVZ in Bayern, dass nahezu alle MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften an mehreren Standorten aktiv sind. MVZ als Einzelstandorte im Besitz von Private-Equity-Investoren kommen faktisch nicht vor (Tisch/Nolting 2021).

²² Die Vermutung basiert einerseits darauf, dass Gruppenpraxen per Definition Verbünde von Einzelpraxen an einem Standort sind. Andererseits zeigt der Blick auf die Versorgungsanalyse zu den MVZ in Bayern, dass selbst grosse Berufsausübungsgemeinschaften (als Proxy zu Gruppenpraxen in der Schweiz) vollständig ausserhalb des Eigentums von Private-Equity-Investoren verbleiben (Tisch/Nolting 2021).

D 3.3: Rechtsform der Praxen 2022

Rechtsform	Alle Praxen	Anteil (%)	Anzahl Praxen mit mehreren Standorten	Anteil (%)
Einzelunternehmen	11'444	77,7	316	35,5
Kollektivgesellschaft	17	0,1	0	0,0
AG	2'374	16,1	519	58,2
GmbH	870	5,9	44	5,0
Andere (Stiftung, Genossenschaft, Verein)	17	0,1	11	1,3
Total	14'722	100,0	891	100,0

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022).

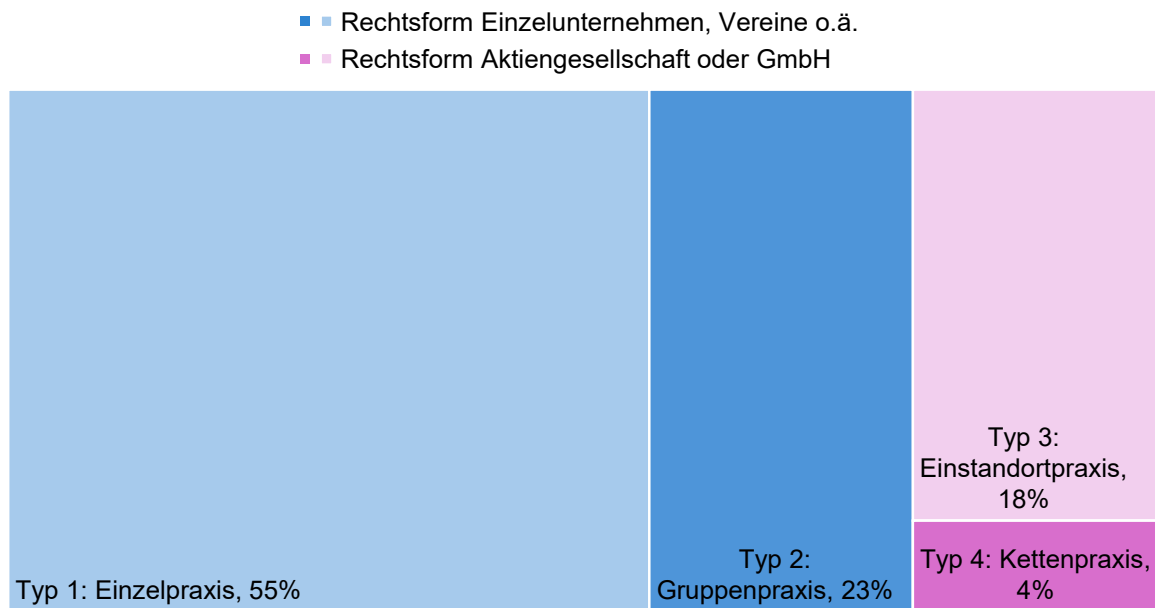
3.2.1.3 Typen von Arztpraxen

Um sich der Bedeutung von Investitionsgesellschaften im Allgemeinen und von Private-Equity-Gesellschaften im Speziellen in der ambulanten Grundversorgung der Schweiz weiter anzunähern, werden basierend auf den verfügbaren Angaben zu den Eigentumsverhältnissen und der Organisationsform der Praxen vier Typen unterschieden:

- *Typ 1 – Einzelpraxen:* Es handelt sich dabei meist um den Idealtypus einer Hausarztpraxis oder einer Spezialpraxis im Besitz ärztlicher Akteure mit einem abrechnenden Arzt/einer abrechnenden Ärztin an einem Standort. In der Regel haben diese Praxen die Rechtsform einer Einzelunternehmung. Die Rechtsform wird als nicht-Private-Equity-konform eingestuft, da AGs oder Ähnliches in aller Regel die bevorzugten Rechtsformen bei Private Equity sind.
- *Typ 2 – Gruppenpraxen:* Gemäss Definition des BFS ist eine Gruppenpraxis ein Verbund von (Einzel-)Praxen, der Praxisräumlichkeiten gemeinsam nutzt und/oder das Personal teilt. Die Praxen, die Teil einer Gruppenpraxis sind, müssen als Rechtsform Einzelunternehmen sein. Daher handelt es sich auch in diesem Fall um eine nicht-Private-Equity-konforme Rechtsform.
- *Typ 3 – Einstandortpraxen:* Diesem Typ entsprechen oftmals medizinische Zentren oder Hausarztzentren, in welchen sich mehrere Ärzte/-innen als AG organisieren. Es handelt sich somit um einen Praxistyp mit einer Rechtsform, die grundsätzlich den Besitz durch eine Private-Equity-Gesellschaft ermöglicht. Allerdings sind diese Praxen nur an einem Standort tätig, weshalb es sich vermutlich nicht um Investitionsobjekte von Private-Equity-Gesellschaften handelt. Deren Objekte sind klassischerweise an mehreren Standorten aktiv.
- *Typ 4 – Private-Equity-konforme Kettenpraxen:* Bei Praxen dieses Typus' wird davon ausgegangen, dass sie möglicherweise im Besitz einer Private-Equity-Gesellschaft sind oder als Investitionsobjekte für Private-Equity-Gesellschaften in Frage kommen: Sie sind als AG oder ähnlich organisiert und an mehreren Standorten aktiv. Allerdings wird die qualitative Analyse zeigen, dass es sich dabei nur zum Teil um Private-Equity-finanzierte Praxen handelt, denn auch AGs im Besitz von Familien oder Genossenschaften gehören dazu. Aus den verfügbaren Statistiken lassen sich keine Angaben zu den Eigentümern/-innen gewinnen.

Die quantitative Bedeutung der Typen ist in der folgenden Darstellung D 3.4 abgebildet.

D 3.4: Typologie von Arztpraxen und deren quantitative Bedeutung 2022 (in Prozent)



Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022).

Ausgehend von den 14'722 grösseren Arztpraxen lässt sich Folgendes festhalten: Rund 55 Prozent der Praxen entfallen auf Einzelpraxen im Besitz ärztlicher Akteure und 23 Prozent auf Gruppenpraxen. Diese beiden Praxistypen haben keine Private-Equity-konforme Rechtsform. Weitere 18 Prozent haben zwar eine Private-Equity-konforme Rechtsform, sind aber nur an einem Standort aktiv. Auch sie erfüllen die klassischen Voraussetzungen für Private-Equity-Investitionen nicht. Nur 4 Prozent der Praxen sind Private-Equity-konforme Kettenpraxen. Aus quantitativer Sicht ist der Anteil der Praxen in der ambulanten Versorgung, der möglicherweise in den Händen von Private-Equity-Gesellschaften ist, somit aktuell als beschränkt zu beurteilen. Hierbei gilt aber zu beachten, dass sich diese Zahlen auf die Zahl der Praxen, nicht aber deren Bedeutung für die Versorgung beziehen. Die Ausführungen in Abschnitt 3.2.5 zu den Patientenkontakten dieser Praxen werden der Frage nachgehen, welche Bedeutung sie für die Versorgung von Patienten/-innen haben.

Die Strukturierung der Eigentümerschaft gemäss der in der Studie verwendeten Typologie spiegelt sich zum Teil auch in der FMH-Ärzttestatistik.²³ Gemäss dieser Datengrundlage sind 45 Prozent der Ärzte/-innen im Praxissektor in Einzelpraxen tätig, 55 Prozent in Doppel- oder Gruppenpraxen. Die Definitionen von Praxen weichen allerdings von jenen des BFS ab. Eine Gruppenpraxis ist gemäss FMH-Ärzttestatistik eine Praxis, in der mehr als ein Arzt/eine Ärztin tätig sind. Diese Definition ist deutlich breiter als jene des BFS, wo Praxen nur als Gruppenpraxis zählen, falls die beteiligten Ärzte/-innen in der Rechtsform «Einzelunternehmen» tätig sind.

Die internationale Befragung der Stiftung Commonwealth Fund 2025 weist aus, dass 6,7 Prozent aller Grundversorgungspraxen vollständig oder zu Teilen im Besitz einer privaten Beteiligungsgesellschaft waren (Dorn 2026) Die restlichen Praxen waren grösstenteils im Besitz von Ärzten/-innen der jeweiligen Praxis (79,5%), 5,5 Prozent im Besitz eines Spitals, 7,5 Prozent Eigentum einer anderen Einrichtung, beispielsweise einer Praxiskette. Der Anteil aller Grundversorgungspraxen, die vollständig oder zu Teilen im Besitz einer

²³ Siehe dazu die FHM-Ärzttestatistik 2022, vgl. https://www.fmh.ch/files/pdf29/594x420_statistik_2022_dt_def.pdf (Zugriff am 27.2.2026).

privaten Beteiligungsgesellschaft sind, ist mit 6,7 Prozent höher als der vom Studienteam geschätzte Anteil, weil die Kategorie weiter gefasst ist.

Gemäss der Befragung der Stiftung Commonwealth Fund waren 2025 zwei Drittel der Ärzte/-innen in einer Gruppenpraxis tätig, dieser Anteil nahm seit 2021 kontinuierlich zu.²⁴ Die Gruppe der Gruppenpraxis ist dabei deutlich breiter definiert als in der BFS-Definition der MAS-Daten, weshalb der geschätzte Anteil gemäss Befragung der Stiftung Commonwealth Fund auch deutlich höher liegt als in Darstellung D 3.4. Nur ein Drittel der Ärzte/-innen ist gemäss der Befragung der Stiftung Commonwealth Fund im Jahr 2025 in einer Einzelpraxis tätig, dieser Anteil lag 2012 noch bei 60 Prozent.

3.2.2 Fachgebiete

Darstellung D 3.5 zeigt die Fachgebiete der Praxen. Knapp die Hälfte der Arztpraxen bietet Grundversorgung²⁵ an: 5'244 Praxen oder 35,6 Prozent sind ausschliesslich in der Grundversorgung (primäre Anlaufstellen) tätig, 1'803 Praxen oder 12,2 Prozent bieten kombinierte Versorgung an, das heisst neben Grundversorgung auch spezialisierte Versorgung (fachärztliche Behandlung). Die restlichen 7'674 Praxen (52,1%) sind ausschliesslich in der spezialisierten Versorgung aktiv.

In der kombinierten Versorgung sind die Typen 3 (Einstandortpraxen) und 4 (Private-Equity-konforme Kettenpraxen) häufiger anzutreffen als in den anderen Tätigkeitsgebieten. In der reinen Grundversorgung ist der Typ 2 (Gruppenpraxis) häufiger anzutreffen als in den anderen Tätigkeitsgebieten. In der spezialisierten Versorgung ist der Anteil von Einzelpraxen (Typ 1) am höchsten.

D 3.5: Medizinische Ausrichtung der Arztpraxen (2022)

Typen der Arztpraxen	Typ 1 (Einzelpraxen)	Typ 2 (Gruppenpraxen)	Typ 3 (Einstandortpraxen)	Typ 4 (Private-Equity-konforme Kettenpraxen)	Total
Grundversorgung	2'559 (48,8%)	1'683 (32,1%)	769 (14,7%)	232 (4,4%)	5'244 (100%)
Spezialisierte Versorgung	4'664 (60,8%)	1'342 (17,5%)	1'434 (18,7%)	235 (3,1%)	7'674 (100%)
Grundversorgung und spezialisierte Versorgung (kombinierte Versorgung)	913 (50,6%)	318 (17,6%)	477 (26,5%)	95 (5,3%)	1'803 (100%)
N	8'136 (55,3%)	3'343 (22,7%)	2'680 (18,2%)	563 (3,8%)	14'722 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Anzahl Praxen, Anteile in Klammern.

Dies ist ein interessantes Ergebnis, weil sich aus der Literaturanalyse und den Interviews Hinweise darauf ergeben haben, dass Private Equity insbesondere in der spezialisierten Versorgung anzutreffen ist. In der Statistik

²⁴ Die Autoren fassen unter Gruppenpraxis folgende Kategorien zusammen: «Gemeinschaftspraxis», «medizinische Notfallstelle oder Klinik, die zu einem Spital gehört», «Walk-in-Praxis» und «andere». Die verbleibende Kategorie ist «Einzelpraxis».

²⁵ Die Variable basiert auf der Angabe der Praxis (gemäss ihrem Standort). Gemäss Definition des BFS betrifft die Grundversorgung «die Tätigkeit der Grundversorger. Diese sind in der Regel die ersten Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Problemen. Sie sorgen für Kontinuität in der Patientenbetreuung und weisen Patientinnen und Patienten bei Bedarf an die richtige Fachperson weiter. In der Regel gehören insbesondere die Fachgebiete der Allgemeinen Inneren Medizin, praktischer Arzt und Kinder- und Jugendmedizin dazu, nicht aber Psychiatrie.»

könnte dieser Effekt von der Tatsache überlagert werden, dass es viele Kettenpraxen gibt, die gross sind und viele Fachgebiete abdecken (z.B. Grundversorgung, Gynäkologie und Dermatologie).

3.2.3 Geografische Verteilung

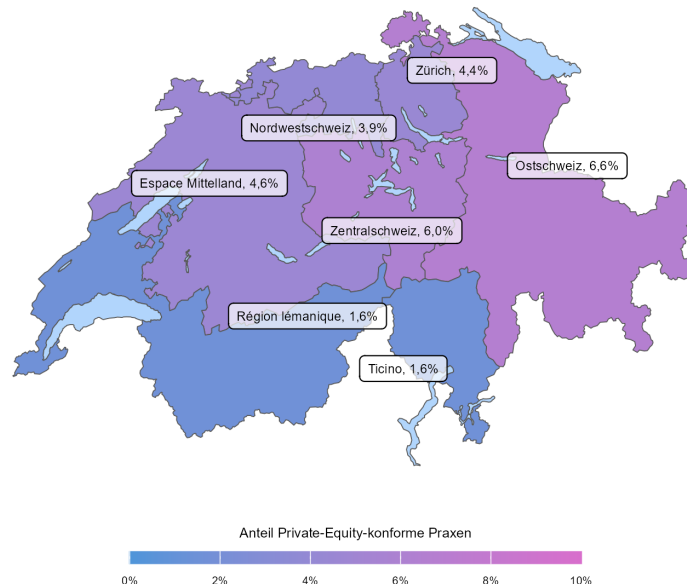
Insgesamt finden sich 62,3 Prozent der Praxen in der Deutschschweiz, 33,5 Prozent in der französischsprachigen Schweiz und 4,2 Prozent in der italienischsprachigen Schweiz. Das zeigt Darstellung D 3.6. Die Praxen des Typs 4 (Kettenpraxen) sind eher auf die Deutschschweiz konzentriert, wo sie 5,2 Prozent der Praxen ausmachen, im Tessin hingegen machen sie weniger als 1 Prozent aller Praxen aus. Es gibt somit Anzeichen dafür, dass die Deutschschweiz für Private-Equity-Gesellschaften möglicherweise interessanter ist als die Westschweiz und das Tessin.

D 3.6: Verteilung der Arztpraxen auf Sprachregionen (2022)

Sprachregion	Typen	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Deutsch		4'980 (54,3%)	1'958 (21,3%)	1'765 (19,2%)	473 (5,2%)	9'176 (100%)
Französisch / Italienisch		3'156 (56,9%)	1'384 (25%)	915 (16,5%)	90 (1,6%)	5'546 (100%)
<i>Französisch</i>		ca. 56%	ca. 25%	ca. 18%	ca. 2%	4'926 (100%)
<i>Italienisch</i>		ca. 68%	ca. 23%	ca. 8%	< 1%	620 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Die Sprachregionen wurden aufgrund der häufigsten Sprache des Standortkantons zugeteilt. Deutsch: Kt. ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG. Französisch: Kt. FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienisch: Kt. TI. Einzelne Regionen wurden aufgrund kleiner Fallzahlen zusammengefasst.

D 3.7: Anteile Private-Equity-konformer Kettenpraxen nach Grossregionen (2022)



Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Ticino und Région lémanique aufgrund kleiner Fallzahlen zusammengefasst.

Interessant ist auch das Ergebnis, dass sich Private-Equity-konforme Praxen überdurchschnittlich oft in den Grossregionen Ostschweiz (6,6%) und Zentralschweiz (6%) finden (siehe Darstellung D 3.7). Es kann vermutet werden, dass gewisse Kettenpraxen insbesondere in der Ost- und der Zentralschweiz aktiv sind. Der

vergleichsweise tiefe Anteil in der Westschweiz und im Tessin lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass in diesen Landesteilen die Selbstdispensation nicht zulässig ist, was die Rentabilität der Praxen negativ beeinflusst. Eine alternative Erklärung könnte in der unterschiedlichen Umsetzung der kantonalen Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern sein. Eine solche Beschränkung wurde erstmals 2002 eingeführt und ist in unterschiedlichen Formen bis heute gültig. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium wies 2015 in einem Bericht darauf hin, dass diese Beschränkung zu kantonal divergierenden Entwicklungen bei den Spezialärztinnen und Spezialärzten geführt hat (Roth/Sturny 2015). Es ist an dieser Stelle nicht möglich, diesen zwei Hypothesen vertiefend nachzugehen.

Weiter lässt sich aus den verfügbaren Daten erkennen, dass Private-Equity-konforme Arztpraxen insbesondere in den Agglomerationen präsent sind. Dort haben 4,2 Prozent der Praxen eine Private-Equity-konforme Eigentümerstruktur, während der schweizerische Durchschnitt bei 3,8 Prozent liegt. In den Städten sind diese deutlich (2,8%), in ländlichen Gebieten leicht unterdurchschnittlich vertreten (3,1%) (siehe Darstellung DA 6 im Anhang).

3.2.4 Verteilung der Ärztinnen und Ärzte nach Praxistypen

Weiter stellt sich die Frage, welcher Anteil an Ärzten/-innen in der ambulanten Versorgung in Kettenpraxen arbeitet. Die untersuchten Praxen beschäftigen Ärzte/-innen im Umfang von total 17'111 Vollzeitäquivalenten (VZÄ).²⁶ Darstellung D 3.8 zeigt, wie sich diese auf die verschiedenen Praxistypen verteilen. 10.8% der Vollzeitstellen sind in Praxistyp 4 (Kettenpraxen) verortet, obwohl dieser nur knapp 4 Prozent aller Praxen ausmacht. Das zeigt, dass diese Praxen überdurchschnittlich gross sind.²⁷

D 3.8: Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf Praxistypen (2022)

Ärzte/-innen (VZÄ)	Typen der Praxen	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Beschäftigte Ärzte/-innen (VZÄ), Anzahl		7'066	3'143	5'046	1'856	17'111
Beschäftigte Ärzte/-innen (VZÄ), Anteil		41,3%	18,4%	29,5%	10,8%	100,0%
N		8'136 (55,3%)	3'343 (22,7%)	2'680 (18,2%)	563 (3,8%)	14'722 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Ein Vollzeitäquivalent entspricht der Anwesenheit an 10 Halbtagen pro Woche.

Im Durchschnitt beschäftigt eine Arztpraxis 1,62 Ärzte/-innen, die in 1,17 Vollzeitäquivalenten tätig sind. Wie Darstellung D 3.9 zeigt, sind Praxen des Typs 4 (Privat-Equity-konforme Kettenpraxen) grösser – sie beschäftigen im Durchschnitt rund 3,6 Ärzte/-innen (knapp 3,5 VZÄ). In einer Praxis des Typs 1 (Einzelpraxen) ist ärztliches Personal im Durchschnitt im Umfang von 1,12 VZÄ ärztlich tätig. Die beschäftigten Ärzte/-innen übernehmen teilweise auch nicht-ärztliche Tätigkeiten, beispielsweise in Administration oder Management. Die Statistik bildet die Situation in der Grundversorgung wie in der fachärztlichen Versorgung ab. Über alle Typen gesehen sind in einer durchschnittlichen Praxis Ärzte/-innen im Umfang von etwas über einem halben Vollzeitäquivalent (0.54 VZÄ) spezifisch in der Grundversorgung tätig, das heisst sie wirken als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bei gesundheitlichen Problemen.

²⁶ Für die bessere Vergleichbarkeit wurden Vollzeitäquivalente geschätzt, basierend auf der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit in Halbtagen, 10 Halbtage entsprechend einem VZÄ.

²⁷ Die verfügbaren Daten lassen keine Aussage über die Anzahl Ärzte/-innen zu, die in der Schweiz in der ambulanten Versorgung tätig sind. Dies liegt daran, dass Ärzte/-innen, die an mehreren Standorten tätig sind, mehrfach gezählt werden.

D 3.9: Beschäftigte Ärzte/-innen pro Praxis nach Praxistyp und Unternehmen (2022)

Typen der Arztpraxen	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Beschäftigte Ärzte/-innen pro Praxis					
Anzahl Ärztinnen / Ärzte pro Praxis (Mittelwert)	1,12	1,28	2,83	5,27	1,62
Standardabweichung	(0,51)	(0,88)	(3,77)	(5,49)	(2,21)
Ärzte/-innen-VZÄ pro Praxis					
Ärzte/-innen (VZÄ) pro Praxis (Mittelwert)	0,88	0,95	1,88	3,62	1,17
Standardabweichung	(0,38)	(0,61)	(2,02)	(4,27)	(1,38)
Ärzte/-innen in ärztlicher Tätigkeit (VZÄ) pro Praxis	0,84	0,91	1,79	3,49	1,12
Standardabweichung	(0,37)	(0,59)	(1,98)	(4,26)	(1,36)
Ärzte/-innen in Grundversorgung (VZÄ) pro Praxis	0,38	0,55	0,87	1,36	0,54
Standardabweichung	(0,5)	(0,64)	(1,52)	(2,47)	(0,95)
N Praxen	8'136	3'343	2'680	563	14'722
Anteil am Total	(55,3%)	(22,7%)	(18,2%)	(3,8%)	(100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Ein Vollzeitäquivalent entspricht der Anwesenheit an 10 Halbtagen pro Woche.

3.2.5 Verteilung der Patienten/-innen nach Praxistypen

Schliesslich wird abgeklärt, welche quantitative Bedeutung Kettenpraxen für die Patienten/-innen haben. Eine Praxis behandelt im Durchschnitt jährlich etwas über 1'500 verschiedene Patienten/-innen (siehe Darstellung D 3.10). Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Praxistypen: Praxen in Privat-Equity-konformen Formen behandeln deutlich mehr Patienten/-innen, der Mittelwert liegt bei Typ-4-Praxen bei knapp 4'500 Patienten/-innen. Der Anteil von KVG-Patienten/-innen war 2022 bei allen Praxistypen ähnlich. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei den Patientenkontakten. Auch wenn quantitativ grösser gibt es also keinen Hinweis darauf, dass Private-Equity-konforme Praxen des Typs 4 ihre Patienten/-innen systematisch häufiger oder seltener einberufen.

D 3.10: Durchschnittliche Anzahl Patienten/-innen und Patientenkontakte der Praxen (2022)

Typen der Praxen	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Patienten/-innen					
Anzahl Patienten/-innen Total	1'084	1'133	2'977	4'476	1'569
Standardabweichung	1'438	1'170	3'978	6'074	2'569
Anzahl Patienten/-innen KVG	1'007	1'064	2'716	3'954	1'444
Standardabweichung	1'339	1'073	3'678	5'034	2'314
Anteil Patienten/-innen KVG	94%	95%	90%	92%	93%
Standardabweichung	0,14	0,10	0,21	0,15	0,15
Patientenkontakte					
Anzahl Patientenkontakte Total	3'196	3'528	8'023	13'438	4'541
Standardabweichung	3'476	3'508	12'808	17'769	7'605
Anzahl Patientenkontakte KVG	3'011	3'356	7'409	12'197	4'241
Standardabweichung	3'258	3'355	12'044	16'175	7'075
Anteil Patientenkontakte KVG	94%	95%	90%	91%	94%
Standardabweichung	0,14	0,10	0,21	0,16	0,15
N Praxen	8'136	3'343	2'680	563	14'722
Anteil am Total	55,3%	22,7%	18,2%	3,8%	100%

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022).

In den untersuchten Praxen fanden im Jahr 2022 über 66,8 Millionen Patientenkontakte statt (z.B. Behandlungen). Der grösste Teil davon, rund 62,4 Millionen, waren Behandlungen im Rahmen des KVG. Obwohl die Private-Equity-konformen Kettenpraxen (Typ-4-Praxen) nur knapp 4 Prozent aller Praxen betreiben, fanden in diesen Praxen 11 Prozent aller Behandlungen statt. Auch das zeigt, dass diese Praxen grösser sind und so mehr Patienten/-innen behandeln.

D 3.11: Patientenkontakte nach Typ (2022)

Typen der Praxen	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Patientenkontakte (Total)					
Anzahl	26'002'843	11'791'449	21'504'259	7'564'700	66'863'251
Anteil	38,9%	17,6%	32,2%	11,3%	100%
Patientenkontakte (nur KVG)					
Anzahl	24'496'458	11'217'680	19'858'360	6'865'935	62'438'432
Anteil	39,2%	18,0%	31,8%	11,0%	100%
N (Praxen)	8'136 (55,3%)	3'343 (22,7%)	2'680 (18,2%)	563 (3,8%)	14'722 (100%)

Quelle Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022).

3.2.6 Hinweise zur Eigentümerstruktur von Arztpraxen aus Dokumenten und Interviews

Mittels Interviews, Medienanalyse, Zentralem Firmenregister Zefix sowie Internetrecherchen lässt sich feststellen, dass es in der ambulanten medizinischen Versorgung der Schweiz aktuell verschiedene grössere Kettenpraxen mit sehr unterschiedlicher Eigentümerstruktur gibt.

Die grössten zwei Anbieter in der ambulanten Allgemeinmedizin sind Medbase mit über 65 medizinischen Zentren, zusätzlichen psychologischen Praxen und rund 42 Zahnarztzentren sowie Swiss Medical Network mit rund 70 medizinischen Zentren und 21 Privatkliniken:

- Medbase ist eine Tochtergesellschaft des Migros-Genossenschafts-Bundes. Medbase gehört zu den 500 grössten Unternehmen der Schweiz und ist im ganzen Land aktiv. Die meisten Praxen befinden sich in der Ostschweiz. Zu Medbase gehören auch rund 45 Apotheken.
- Swiss Medical Network ist eine Tochtergesellschaft der AEVIS Victoria SA, einem börsennotierten Investitionsunternehmen. AEVIS Victoria hält rund 80 Prozent Anteile am Swiss Medical Network. Eine Beteiligung von rund 10 Prozent hält die Krankenkasse Visana. Zudem hält das Kantonsspital Aarau eine Beteiligung von rund 4 Prozent. AEVIS VICTORIA besitzt neben dem Swiss Medical Network auch noch eine Luxus-Hotelgruppe (Victoria-Jungfrau Collection) und hat sich damit im Bereich Hospitality, Lifestyle (mit der Marke Nescens) und Gesundheit positioniert. Die Gesellschaft erwirtschaftet rund die Hälfte des Umsatzes durch das Swiss Medical Network. 2022 lancierte das Swiss Medical Network zusammen mit Visana und mit Beteiligung des Kantons Bern die integrierte Gesundheitsorganisation Résau de l'Arc im Berner Jura.²⁸ 2024 übernahm das Swiss Medical Network die zehn Zentren der Centromedico Gruppe im Tessin und lancierte mit diesen 2025 unter dem Namen Rete Sant'Anna eine zweite integrierte Gesundheitsorganisation.²⁹ Derzeit ist das AEVIS VICTORIA auf der Suche nach neuen Aktionären für das Swiss Medical Network.³⁰

²⁸ Siehe dazu die Website des Résau de l'Arc, vgl. <https://www.reseaudelarc.net/de> (Zugriff am 30.4.2026).

²⁹ Siehe dazu die Mitteilung des Swiss Medical Networks vom Oktober 2024, vgl. https://www.swissmedical.net/de/news-events/20241008_smn_viva_ticino (Zugriff am 30.4.2026).

³⁰ Siehe dazu auf Medinside «Weshalb Swiss Medical Network neue Aktionäre sucht», vgl. <https://www.medinside.ch/weshalb-swiss-medical-network-neue-aktionaere-sucht-20251112> (Zugriff am 15.2.2026).

Neben diesen zwei Branchenführern gibt es einige grössere Hausarzt-Praxisketten an rund zehn bis 30 Standorten. In der Deutschschweiz sind das die Praxis Gruppe Schweiz AG, Sanacare der Versicherer CONCORDIA, Sanitas und Sympany, die Ärztezentren Deutschschweiz AG, das Doktorhuus und Monvia, eine Tochtergesellschaft der CONCORDIA-Gruppe. Die Eigentümerschaft und Finanzierung dieser Praxisketten unterscheiden sich. Die meisten gehören jedoch Versicherern oder Privatpersonen. Die Analysen des Studienteams hat bei den grösseren Praxisketten, deren Finanzierungsstruktur vertiefend nachgegangen wurde, nur eine Private-Equity-Finanzierung gefunden. Es handelt sich dabei um das Doktorhuus, das sich im Portfolio von Ufenau Capital Partners, einer Schweizer Private-Equity-Gesellschaft, befindet. Bei keiner anderen der vertiefend untersuchten Kettenpraxen hat das Studienteam eine Private-Equity-Beteiligung gefunden. In der Westschweiz bilden das Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC), welches neben stationären Einrichtungen auch rund 25 medizinische Zentren betreibt, und Arsanté die grösseren Praxisketten. Auch bei diesen zwei Praxisketten sind dem Studienteam keine Private-Equity-Investitionen bekannt. Ebenfalls erwähnenswert sind mediX und Magellan als grosse ärztegeführte medizinische Netzwerke, deren Eigentümerschaft aber dezentral bei den Eigentümern/-innen der einzelnen Praxen liegt. Weitere Angaben zu den grössten Anbietern in der ambulanten Allgemeinmedizin, die an zehn oder mehr Standorten tätig sind, finden sich in der Darstellung DA 13 im Anhang.

In den spezialisierten Fachgebieten sind Strukturen mit nicht-medizinischen Investoren und auch explizit Private-Equity-Investoren laut den Interviewpartnern/-innen verbreiteter. Besonders präsent sind demnach Private-Equity-Strukturen und andere Investitionsvehikel in technologielastrigen Bereichen wie Radiologie, Ophthalmologie, Dermatologie, Urologie oder Gastroenterologie. In diesen Fachgebieten finden sich vermehrt überregionale Ketten und international eingebundene Unternehmensgruppen, die auch im Schweizer Markt Buy-and-Build-Strategien verfolgen. Die Einschätzungen von Experten/-innen lassen sich durch die Medienanalyse, Recherchen im Zentralen Firmenregister Zefix sowie Internetrecherchen illustrieren. So gibt es beispielsweise in der Ophthalmologie auffällig viele Praxisketten mit zehn oder mehr Praxen. Dazu gehören Vista Augenpraxen und Kliniken mit rund 35 Standorten, die Groupe OnO mit rund 33 Standorten in der Schweiz, die Pallas Kliniken mit 17 Standorten, Sanoptis mit rund 15 Standorten und die Augenarzt-Praxisgemeinschaft Gutblick AG mit elf Standorten. Ein grosser Leistungserbringer in der ambulanten Fachmedizin in der Schweiz ist auch Affidea. Das Unternehmen bietet an 33 Standorten hauptsächlich Leistungen in der diagnostischen Bildgebung und Radiologie an. Die grössten solcher Anbieter in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind in der Darstellung DA 13 im Anhang charakterisiert.

Bei drei der genannten Unternehmen finden sich im Hintergrund ausländische Investitionsgesellschaften in der Eigentümerschaft. Teilweise handelt es sich um Private-Equity-Gesellschaften. Vista ist seit 2022 eine Tochtergesellschaft der deutschen Veonet Gruppe, dem grössten europäischen Netzwerk von augenärztlichen Einrichtungen. Veonet gehört zu je 50 Prozent zwei Investoren: Einem kanadischen Pensionsfonds (Ontario Teachers' Pension Plan) und einer französischen Private-Equity-Gesellschaft (Pai Partners). Von 2018 bis 2022 war Veonet im Besitz der schwedischen Private-Equity-Gesellschaft Nordic Capital.³¹ Affidea ist die Tochtergesellschaft der paneuropäischen Gesundheitsgruppe Affidea. 2022 wurde Affidea von der belgischen Investmentgesellschaft Groupe Bruxelles Lambert aufgekauft. Dieselbe Investmentgesellschaft besitzt seit 2022 auch Sanoptis; ein Unternehmen, das mit über 400 Standorten einer der grössten Leistungserbringer in der Ophthalmologie in Europa ist.³² Vista, Sanoptis wie auch Affidea haben in den letzten Jahren einen starken Expansionskurs mit einer Buy-and-Build-Strategie verfolgt. Sie haben die Anzahl ihrer Standorte in der Schweiz innerhalb weniger Jahre teilweise verdoppelt.³³

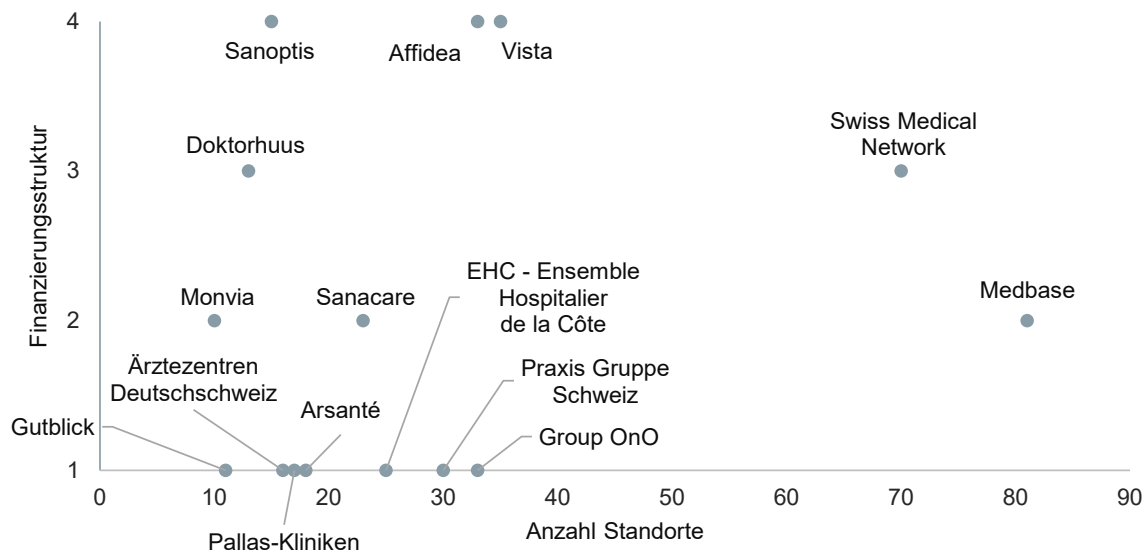
³¹ Weitere Informationen zu Vista finden sich in der Fallstudie im Abschnitt A 4 im Anhang.

³² Weitere Informationen zu Affidea finden sich in der Fallstudie im Abschnitt A 4 im Anhang.

³³ Sanoptis: Von sechs bis acht Standorten 2018 auf 14 heute, Affidea von rund 17 Standorten 2023 auf rund 33 heute, Vista von 20 Standorten Ende 2021 auf 34 heute.

Die Darstellung D 3.12 ordnet die grössten ambulanten Versorger in der Schweiz gemäss ihrer Finanzierungsstruktur ein. Es ist erkennbar, dass es nur wenige grosse Praxisketten im Besitz von Investment- oder Private-Equity-Gesellschaften gibt.

D 3.12: Einschätzung der grossen Praxisketten nach Anzahl Standorte und Finanzierungsstruktur



Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf der Internetrecherche, Medienberichterstattung und Unterlagen des BAG.

Legende: Die Einordnung auf der Achse «Finanzierungsstruktur» erfolgte folgendermassen: 1 = Hauptsächlich im Eigentum und mutmasslich finanziert durch Privatpersonen oder eine gemeinnützige Stiftung; 2 = Hauptsächlich im Eigentum und mutmasslich finanziert durch Krankenkassen oder eine Genossenschaft; 3 = Hauptsächlich im Eigentum und finanziert durch eine Investment-Gesellschaft oder Private-Equity-Fonds in der Schweiz; 4 = Hauptsächlich im Eigentum und finanziert durch eine Investment-Gesellschaft oder einen Private-Equity-Fonds ausserhalb der Schweiz. In die Darstellung integriert wurden Anbieter der ambulanten allgemeinmedizinischen oder spezialmedizinischen Versorgung mit mindestens zehn Standorten in der Schweiz.

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass sich die Eigentümerstruktur der Arztpraxen in der Schweiz seit einigen Jahren in einem deutlichen Wandel befindet. Der Trend geht von klassischen Einzelpraxen im Besitz der behandelnden Ärzte/-innen hin zu grösseren Organisationsformen wie Gruppenpraxen, medizinische Zentren oder Netzwerken. Laut den interviewten Personen wird diese Entwicklung durch steigende administrative Anforderungen, wachsenden Investitionsbedarf besonders in die Digitalisierung und durch ein verändertes Berufsverständnis der jüngeren Ärztegeneration forciert. Jüngere Ärzte/-innen haben vermehrt den Wunsch nach Teilzeitarbeit.³⁴ Zudem streben sie mindestens zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nach unternehmerischer Verantwortung. Aus den Interviews ergaben sich jedoch Hinweise darauf, dass sich dies nach einigen Jahren in einem Angestelltenverhältnis verändern kann. Dies wird durch eine aktuelle Studie bestätigt, die bei den Allgemeinmedizinern/-innen einen grossen Wunsch nach Selbständigkeit feststellt (Floriani et al. 2026).

³⁴ Zur Illustration siehe beispielsweise «Nach Feierabend sitze ich noch bis zu vier Stunden in der Praxis: Ärzte plädieren für Teilzeitmodell», vgl. <https://www.tagesanzeiger.ch/aerztemangel-in-der-schweiz-warum-drei-aerzte-bewusst-auf-teilzeit-setzen-643452296860> (Zugriff am 25.2.2025).

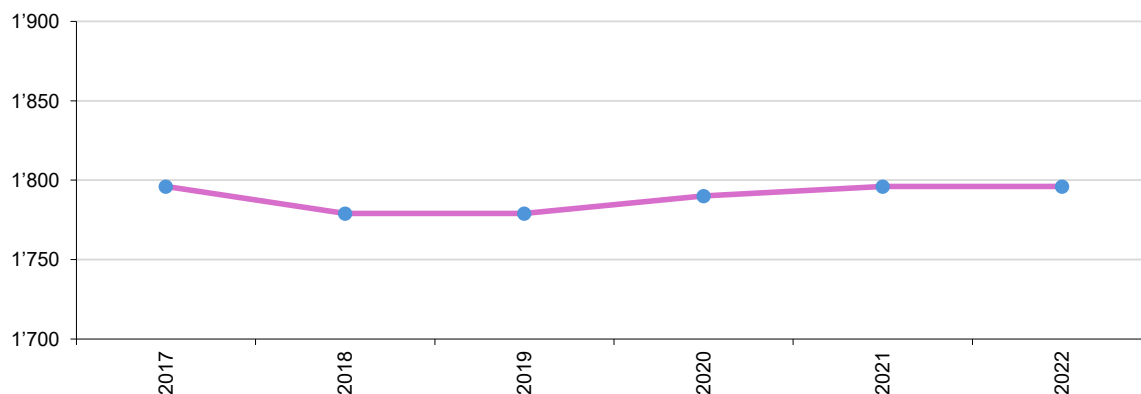
In der Grundversorgung ist die Mehrheit der Praxen nach wie vor im Eigentum von Ärzten/-innen, auch wenn hier der Trend zu juristischen Konstrukten wie AG und GmbH zugenommen hat. Dabei werden administrative Tätigkeiten, wie Personalmanagement oder Verhandlungen mit den Krankenversicherern, vielfach Dritten übergeben. Netzwerke wie mediX oder regionale Verbände tragen weiterhin eine starke ärztliche Eigentümerprägung. Die Hausarztmedizin ist angesichts der vergleichsweise niedrigen Margen für klassische renditeorientierte Investoren nur begrenzt attraktiv. Beteiligungsmodelle entstehen in diesem Bereich primär aus betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit, etwa zur Professionalisierung der administrativen Prozesse oder zur Sicherstellung von Nachfolgelösungen. In den spezialisierten ärztlichen Fachrichtungen, insbesondere der Radiologie, Ophthalmologie, Dermatologie, Urologie oder Gastroenterologie, ist dies anders. Die erwähnten Disziplinen zeichnen sich durch skalierbare Prozesse und einen hohen Gerätebedarf aus. Die Straffung betriebswirtschaftlicher Prozesse kann hier besonders rasch in wachsenden Renditen abbilden. Laut Interviewpartner/-innen lässt sich der Schluss ziehen, dass die Tarife dort besonders interessante Renditen zulassen, wo (ausländische) Investoren erkennbar Marktanteile erobern. In diesen Fachgebieten finden sich vermehrt überregionale Ketten und international eingebundene Unternehmensgruppen, die auch im Schweizer Markt Buy-and-Build-Strategien anwenden. Besonders ausgeprägt ist dieser Trend in Fachgebieten ausserhalb des KVG.

Aktuell lässt sich kein Bereich erkennen, in dem ein Unternehmen in der ambulanten Versorgung eine marktbeherrschende Position einnimmt. Interviewpartner/-innen sind der Ansicht, dass heute in der ambulanten Grundversorgung Investmentgesellschaften und auch Family Offices in aller Regel eine langfristige Strategie mit einem Investitionshorizont von deutlich über fünf bis sieben Jahren verfolgen. Private Equity mit kurzfristigem Zeithorizont ist die Ausnahme.

3.3 Apotheken

Im Folgenden sind die Resultate für die Apotheken dargelegt. Die dargelegten Zahlen stützen sich vorwiegend auf die Auswertung der STATENT-Daten für Arbeitsstätten für das Jahr 2022. Zudem wurde die Statistik von pharmaSuisse beigezogen. Einleitend ist dazu die Entwicklung der Zahl der Apotheken während der letzten Jahre dargestellt (siehe Darstellung D 3.13). Diese Darstellung beruht auf der STATENT des BFS.

D 3.13: Entwicklung der Anzahl Apotheken 2017 bis 2022



Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Arbeitsstätten).

Es zeigt sich, dass die Anzahl Apotheken in den Jahren 2017 bis 2022 sehr stabil war. Der Unterschied zwischen dem Höchst- und Tiefststand in diesen Jahren beträgt weniger als 20 Apotheken. Wie bei den Arztpraxen sind keine Daten für die Jahre 2023 bis 2026 verfügbar. Das Studienteam vermutet aber auch bei den Apotheken keine grossen Veränderungen für diese Jahre. Nachfolgend wird auf die Eigentümerstruktur der Apotheken eingegangen.

3.3.1 Eigentümerstruktur

2022 gab es in der Schweiz gemäss STATENT-Daten 1'796 Apotheken³⁵ Gemäss Angaben von pharmaSuisse gab es 2024 1'830 Apotheken.³⁶

3.3.1.1 Grösse von Apotheken

Die STATENT-Daten ermöglichen eine Unterscheidung zwischen Einzelapotheken und Kettenapotheken. Im Jahr 2022 waren 708 der 1'796 Apotheken Teil einer Kettenapotheke, das heisst, sie gehören zu einem Unternehmen, welches mehrere Standorte betreibt. Das sind rund 40 Prozent aller Apotheken. PharmaSuisse kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Gemäss dieser Statistik gab es 2024 1'830 Apotheken, davon war rund ein Drittel (666 Apotheken) Teil einer Kettenapotheke.³⁷ pharmaSuisse weist zudem daraufhin, dass ein Grossteil der inhabergeführten Apotheken (rund zwei Drittel der Mitglieder) in Gruppierungen oder Einkaufsgemeinschaften organisiert sind. Dabei bleiben die Apothekerinnen und Apotheker trotz dieser Zusammenarbeit unabhängig und führen ihre Apotheken eigenständig. Die unterschiedlichen Zahlen von pharmaSuisse und STATENT lassen sich durch unterschiedliche Zeitperioden und unterschiedliche Definitionen erklären.³⁸

3.3.1.2 Rechtsform der Apotheken

89 Prozent der Apotheken waren 2022 Unternehmen zugehörig, deren Rechtsform grundsätzlich eine Private-Equity-Beteiligung ermöglicht.³⁹ Das sind 1'604 Apotheken. Die häufigste Rechtsform ist die AG, bei Kettenapotheken mit mehreren Standorten ist die AG sogar die einzige verbreitete Rechtsform. Die Rechtsform der GmbH ist bei den Apotheken häufiger als bei den Arztpraxen. Apotheken, die nur an einem Standort aktiv sind, sind fast ausschliesslich als Einzelfirmen organisiert. In wenigen Fällen handelt es sich um Stiftungen, Genossenschaften oder Vereine (siehe Darstellung DA 8 im Anhang).

³⁵ Vereinfachend wird der Begriff «Apotheke» verwendet, obwohl gemäss BFS eigentlich «Arbeitsstätten von Apotheken» gemeint sind. Eine Arbeitsstätte gemäss der STATENT entspricht einem Unternehmen oder einem Teil eines Unternehmens, das sich an einem bestimmten Ort befindet. Dieser Ort ist topografisch bestimmbar. Dort führen eine oder mehrere Personen Tätigkeiten für dasselbe Unternehmen aus.

³⁶ Siehe dazu die Publikation auf der Website von pharmaSuisse, vgl. <https://pharmasuisse.org/de/fakten-und-zahlen> (Zugriff am 21.2.2026, Datenstand vom 7.10.2025).

³⁷ pharmaSuisse berücksichtigt bei den Kettenapotheken die zehn grössten Kettenapotheken. Alle anderen Apotheken gelten als inhabergeführt (S. 19 in: https://pharmasuisse.org/system/files/media/documents/2023-11/A6_de_Fakten_Zahlen_2023_web.pdf (Zugriff am 21.2.2025)).

³⁸ Angaben für das Jahr 2023: 1'839 Apotheken, davon 33,7 Prozent Kettenapotheken. Dies entspricht 620 Apotheken. Siehe dazu auf der Website von pharmaSuisse S. 19, vgl. https://pharmasuisse.org/system/files/media/documents/2023-11/A6_de_Fakten_Zahlen_2023_web.pdf (Zugriff am 21.2.2025).

³⁹ *Rechtsformen, die Private-Equity-Beteiligung zulassen, sind wie folgt definiert:* Aktiengesellschaft (AG), GmbH, Kommanditaktiengesellschaft und Schweizerische Zweigniederlassung einer AG, Genossenschaft oder GmbH mit Hauptsitz im Ausland. *Rechtsformen, bei denen keine Private-Equity-Beteiligung möglich ist:* Einzelunternehmen, Kollektivgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Genossenschaft, Verein, Stiftung.

D 3.14: Rechtsform der Apotheken (2022)

Rechtsform	Anzahl	Anteil (%)
Einzelfirma	164	9,1
AG	1'464	81,5
GmbH	139	7,7
Andere (Stiftung, Genossenschaft, Verein, Ausländische Niederlassung, im Handelsregister eingetragen)	29	1,6
N	1'796	100,0

Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten).

3.3.1.3 Typen von Apotheken

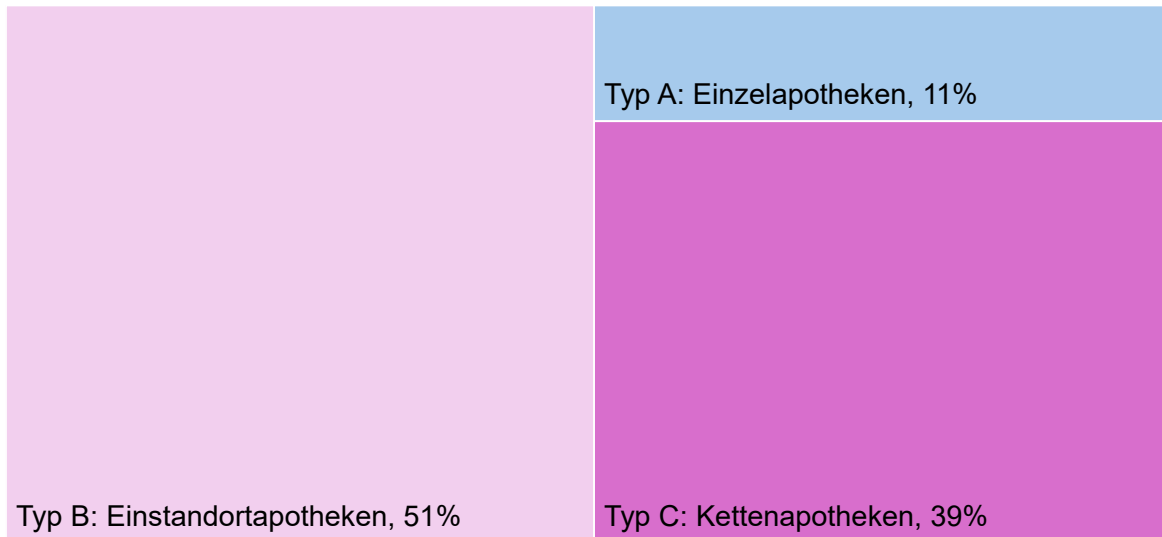
Wenn analog zu den Arztpraxen eine Typologie erstellt wird, um die quantitative Bedeutung der Private-Equity-konformen Kettenapotheken zu identifizieren, bietet sich eine Unterscheidung von drei Typen an:

- *Typ A – Einzelapotheken:* Diese Apotheken befinden sich in der Regel im Besitz eines Apothekers/einer Apothekerin und haben meist die Rechtsform einer Einzelunternehmung (n = 164). Daneben gibt es aber auch Stiftungen, Genossenschaften und Vereine als Rechtsformen (n = 28; siehe dazu Darstellung DA 8 im Anhang). Zudem sind sie meist an einem einzigen Standort tätig (siehe Darstellung DA 9 im Anhang). Dieser Typ ist gemäss Verständnis des Studienteams nicht-Private-Equity-konform.
- *Typ B – Einstandortapotheken:* Diese Apotheken haben grundsätzlich eine Rechtsform, die Private-Equity-Investitionen ermöglicht, sie sind meistens als AG organisiert (n = 767), weniger häufig als GmbH (n = 139). Allerdings sind Apotheken dieses Typs nur an einem Standort aktiv. Es ist daher nicht anzunehmen, dass sie im Besitz von Private-Equity-Investoren sind.
- *Typ C – Kettenapotheken mit Private-Equity-konformer Rechtsform:* Apotheken dieses Typs können am ehesten im Besitz von Private-Equity-Investoren sein. Sie haben die Rechtsform einer Aktiengesellschaft und sind an mehreren Standorten aktiv.

Daraus ergibt sich die Typologie in Darstellung D 3.15. Typ C (Private-Equity-konforme Kettenapotheken) ist jene Konstellation, die am wahrscheinlichsten eine Private-Equity-Beteiligung ermöglicht (konforme Rechtsform, mehrere Standorte). 39 Prozent der Apotheken entsprechen diesem Typ. Verglichen mit den Arztpraxen ist dieser Anteil deutlich höher. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass Apotheker/-innen mit eigener Apotheke viel häufiger eine AG oder GmbH gründen als das Ärzte/-innen mit eigener Praxis machen. Grund dafür könnte das finanzielle Risiko bei der Übernahme einer Apotheke sein. Mit der Rechtsform einer AG wird dieses Risiko von der persönlichen finanziellen Situation abgegrenzt.

D 3.15: Typen von Apotheken und deren quantitative Bedeutung 2022

- Typ A: Einzelapotheken (Rechtsform Einzelunternehmen, Vereine, o.ä.)
- Typ B: Einstandortapotheken (Rechtsform AG oder GmbH)
- Typ C: Kettenapotheken (Rechtsform AG)



Quelle: Darstellung Universität Luzern basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022).

3.3.2 Geografische Verteilung

Insgesamt ist rund die Hälfte der Apotheken in der Deutschschweiz aktiv. Rund 38 Prozent sind in der französischsprachigen Schweiz und gut 11 Prozent in der italienischsprachigen Schweiz aktiv. Das zeigt Darstellung D 3.16. Die Apotheken des Typs C (Kettenapotheken mit Private-Equity-konformer Rechtsform) sind in der französischsprachigen Schweiz stärker vertreten, im Tessin hingegen deutlich weniger präsent. Bei näherer Betrachtung kann festgestellt werden, dass sich Kettenapotheken überdurchschnittlich oft im Espace Mittelland finden, während sie in der Zentralschweiz seltener sind. Es wäre möglich, dass dieser Umstand im Zusammenhang mit der Zulässigkeit der Selbstdispensation, das heisst der Medikamentenabgabe durch Ärzte/-innen steht. Diese ist in der Westschweiz inklusive Wallis, im Tessin sowie in den Kantonen Basel-Stadt und Aargau im Allgemeinen nicht zugelassen. Die Kantone Graubünden und Bern kennen eine Mischform, in der die Selbstdispensation nur in ländlichen Gemeinden zugelassen ist, wo keine ausreichende Versorgung mit Apotheken besteht.⁴⁰

D 3.16: Verteilung der Apotheken nach Landesteilen (2022)

Typen von Apotheken		Typ A	Typ B	Typ C	Total
Sprachregion					
Deutsch	Anzahl	86	463	357	906
	Anteil	9,5%	51,1%	39,4%	100%
Französisch	Anzahl	68	313	301	682
	Anteil	10%	45,9%	44,1%	100%
Italienisch	Anzahl	38	129	39	206
	Anteil	18,4%	62,6%	18,9%	100%

⁴⁰ Siehe dazu die Website der Vereinigung Ärzte mit Patientenapotheken APA, vgl. <https://www.papientenapotheke.ch/facts-und-figures/statistiken.html> (Zugriff am 30.4.2026).

Typen von Apotheken		Typ A	Typ B	Typ C	Total
Grossregion					
Région lémanique	Anzahl	64	257	233	554
	Anteil	11,6%	46,4%	42,1%	100%
Espace Mittelland	Anzahl	29	164	166	359
	Anteil	8,1%	45,7%	46,2%	100%
Nordwestschweiz	Anzahl	23	128	91	242
	Anteil	9,5%	52,9%	37,6%	100%
Zürich	Anzahl	19	120	102	241
	Anteil	7,9%	49,8%	42,3%	100%
Ostschweiz	Anzahl	11	67	51	129
	Anteil	8,5%	51,9%	39,5%	100%
Zentralschweiz	Anzahl	9	44	15	68
	Anteil	13,2%	64,7%	22,1%	100%
Ticino	Anzahl	37	127	39	203
	Anteil	18,2%	62,6%	19,2%	100%
N	Anzahl	192	907	697	1'796
	Anteil	10,7%	50,5%	38,8%	100%

Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten). Legende. Aufgrund der kleinen Anzahl ist die Sprachregion Rätoromanisch nicht dargestellt.

Kettenapotheken finden sich leicht überdurchschnittlich häufig in Städten und Agglomerationen. In ländlichen Gebieten sind sie dagegen seltener.

D 3.17: Verteilung der Apotheken in Stadt und Land (2022)

Typen von Apotheken		Typ A	Typ B	Typ C	Total
Urbanität					
Städtisch	Anzahl	146	691	574	1'411
	Anteil	10,3%	49,0%	40,7%	100%
Intermediär (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren)	Anzahl	36	154	104	294
	Anteil	12,2%	52,4%	35,4%	100%
Ländlich	Anzahl	10	62	19	91
	Anteil	11,0%	68,1%	20,9%	100%
N	Anzahl	192	907	697	1'796
	Anteil	10,7%	50,5%	38,8%	100%

Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten).

3.3.3 Hinweise zur Eigentümerstruktur von Apotheken aus Dokumenten und Interviews

Die Eigentümerstruktur der Schweizer Apotheken ist zunehmend durch eine Mischung aus apothekergeführten Einzelunternehmen, kleineren Zusammenschlüssen von Apotheken und grösseren Kettenapotheken geprägt. Namentlich zu erwähnen sind die folgenden fünf grossen Ketten:

- Amavita & Sun Store von Galenica
- Apotheken Drogerien Dr. Bähler & Droga Drogerien Apotheken von der Dr. Bähler DROPA AG
- Pharmacies BENU SA der PHOENIX Group
- Coop Vitality Apotheken von Galenica und Coop
- Medbase des Migros-Genossenschafts-Bund

Laut den Statistiken von pharmaSuisse befanden sich Ende 2024 rund 541 der insgesamt 1'830 Apotheken in der Schweiz (rund 30%), im Besitz dieser fünf Anbieter. Eine Übersicht zu diesen fünf Apothekenketten finden sich im Abschnitt A 5 im Anhang. Weitere, kleinere Kettenapotheken sind laut den Statistiken von pharmaSuisse die Pharmacie Populaire SA, die Lindenapotheke AG, die Gruppe Pedroni und die PP Pharmacie Principale SA. Es gibt bei keiner dieser Apothekenketten Hinweise auf die Beteiligung von Private-Equity-Investoren. Als Gründe dafür geben die Interviewpartner/-innen regulatorische Einschränkungen an, wie vorgegebene Medikamentenpreise, Abgabeprozesse, Lagerhaltung, Dokumentation und Qualitätssicherung.

In den Interviews wurde betont, dass sich die Eigentümerstruktur der Apotheken in der Schweiz in den vergangenen Jahren deutlich verändert hat. Obwohl weiterhin viele Apotheken als traditionelle Einzelbetriebe oder in kleineren Verbänden geführt würden, nehme die Bedeutung grösserer Ketten kontinuierlich zu. Diese Entwicklung werde durch steigende regulatorische Anforderungen und zunehmenden Investitionsbedarf, auch aufgrund der Digitalisierung, angetrieben. Viele Einzelapotheken träfen aufgrund von Nachfolgeproblemen, steigenden Kosten und des zunehmenden Wettbewerbsdruck die Entscheidung, ihre Apotheken an Ketten zu verkaufen. Diese könnten durch zentralisierte Dienstleistungen wie Einkauf, Informatik, Personalwesen oder Qualitätsmanagement höhere Renditen erzielen. Ein weiteres interessantes Phänomen sei zudem die vertikale Integration, das heisst die Integration einer Apotheke in ein Gesundheitszentrum. Apotheken können aber auch durch Apothekenkooperationen wie TopPharma, Rotpunkt oder pharmacieplus entlastet werden, indem diese als Einkaufsgemeinschaft gemeinsame Verhandlungen mit Herstellern und Grossisten führen oder ihre Mitglieder bei Dienstleistungen wie Marketing, IT, Weiterbildung oder administrative Prozesse unterstützen. Die Apotheken bleiben in diesen Konstrukten rechtlich eigenständig.

Es gibt jedoch keine Hinweise darauf, dass sich der Apothekenmarkt in naher Zukunft in eine problematische oligopolähnliche Richtung entwickeln könnte. Interviewpartner/-innen wiesen darauf hin, dass die Marktkonzentration zwar zunehme, dass der Markt aber in absehbarer Zeit weiterhin stark fragmentiert bleibe. Ebenfalls lasse sich nicht erkennen, dass sich einer der grossen Anbieter mittelfristig im Markt komplett durchsetzen und eine monopolähnliche Stellung erlangen könnte.

4 Auswirkungen auf die Versorgung in der Schweiz

In diesem Kapitel sind die Ergebnisse aus den Interviews mit Experten/-innen sowie der Medienberichterstattung zu den Auswirkungen von privaten (Private-Equity-)Investitionen auf die Behandlungsqualität, die Effizienz, die Qualität und die Kosten, die Arbeitsbedingungen sowie den Zugang von verschiedenen Bevölkerungsgruppen zur Versorgung in der Schweiz zusammengefasst. Es handelt sich dabei um Einschätzungen und Erfahrungsberichte. Es hat sich gezeigt, dass nur wenige Interviewpartner/-innen spezifische Aussagen zu Private-Equity-Investitionen machen konnten. Daher wurden in der Regel die Auswirkungen von Investitionen durch Gesellschaften und Privatpersonen mit Renditeorientierung thematisiert, die selbst nicht als ärztliche oder pharmazeutische Akteure in einer Praxis oder Apotheke aktiv sind.

4.1 Datengrundlage und Methodik

Die Erkenntnisse basieren vorwiegend auf den geführten Interviews und der Medienberichterstattung. Ergänzend konnten relevante Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse gezogen werden. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens in den einzelnen Erhebungen findet sich in Abschnitt 3.1.2.

4.2 Auswirkung auf die Behandlungsqualität und Leistungsumfang

Während des Erhebungszeitraums hat das Studienteam keine empirischen Belege für die Auswirkung der Besitzverhältnisse auf die Behandlungsqualität oder eine systematische Leistungsausweitung gefunden. Auch in den geführten Interviews wurden keine Hinweise auf eine systematische Verbesserung oder Verschlechterung der Behandlungsqualität nach Übernahme von Arztpraxen durch fachfremde (Private-Equity-)Investoren gegeben. Bezüglich Mengenausweitung gab es in einzelnen Interviews Mutmassungen und anekdotische Beispiele von Mengenausweitungen nach Übernahme von privaten Investoren, zum Beispiel in der Physiotherapie und einzelnen Spezialgebieten wie der Ophthalmologie, der Radiologie, der Dermatologie, der Urologie oder der Gastroenterologie. Allerdings betrifft dies nicht nur den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung, sondern auch jenen der Zusatzversicherung oder der Selbstzahlenden. In der Grundversorgung ist laut den meisten Interviewpartnern/-innen eine medizinisch nicht indizierte Leistungsausweitung aber kaum zu erwarten, da aufgrund des Fachkräftemangels die Nachfrage ohnehin gross genug ist. Aufgrund der knappen Tarifierung von hausärztlichen Leistungen wäre eine solche auch kaum gewinnbringend. Eine systematische Auswertung der Leistungsmenge von Leistungserbringern im Besitz von investorengetragenen Strukturen (insbesondere Private-Equity-Gesellschaften) versus den Übrigen, wie sie beispielsweise durch Krankenversicherer gemacht werden könnte, ist dem Studienteam nicht bekannt.

Verschiedene Interviewpartner/-innen führten Gründe an, die gegen die befürchtete Abnahme der Behandlungsqualität nach Übernahme von privaten Investoren sprechen. So sei die «Substitution» des ärztlichen durch nicht-ärztliches Personal (APN, Pflege, MPA, MPK) in der Schweiz schwierig, da die Tarife das nur beschränkt zulassen. Zudem seien die Einflussmöglichkeiten der nicht-medizinischen Investoren auf ärztliches Personal auch aufgrund des Fachkräftemangels nur beschränkt realistisch. Dies betreffe sowohl den Entscheid, Behandlungen in kostengünstigerer, minderer Qualität durchzuführen wie auch die Ausweitung der Menge an Behandlungen und gelte für Hausärzte/-innen genauso wie für Spezialisten/-innen. Unerwünschte Einflussnahme auf Ärzte/-innen in medizinischen Entscheiden könnten schnell zu einem Wechsel in eine andere Praxis führen. Bei der Kleinräumigkeit des Schweizer Marktes würde das Wissen um Einflussnahme von Investoren auf Behandlungsentscheide schnell Verbreitung finden, was die Reputation der Kettenpraxen mindern und medizinisches Personal von einem Wechsel zu einer solchen Kettenpraxis abhalten könnte. Zusätzlich könnte bei solchen Interventionen bei Private-Equity-Investitionen ein Reputationsschaden entstehen, der sich negativ auf den Gewinn beim Exit (Verkauf der Kettenpraxis) auswirken würde. Einige Interviewpartner/-innen wiesen das Studienteam darauf hin, dass Kettenpraxen im Gegenteil sogar Vorteile bringen würden. So seien bei einer grösseren Praxis durch Skaleneffekte mehr Ressourcen vorhanden, um in die Qualitätssicherung (z.B. in Form von verpflichtenden Qualitätszirkeln) sowie in die Aus- und Weiterbildung zu investieren.

Immer wieder erwähnt wurde in den Interviews, dass bekannte Fälle von ungenügender Behandlungsqualität, unerwünschter Mengenausweitungen und Abrechnungsbetrug fast ausschliesslich bei Praxen in Besitz von einzelnen Mediziner/-innen erfolgt seien.⁴¹ Diese Fälle zeigten, dass weniger die Eigentümerstruktur, als primär die Absichten einzelner Ärzte/-innen für die Behandlungsqualität und die Abrechnungspraxis massgeblich seien.

In Bezug auf die fachliche Versorgung zeigt sich, dass in finanziell attraktiven Fachbereichen, etwa in der Ophthalmologie, ein ausreichendes Angebot besteht. Vielfach handelt es sich dabei um Fachbereiche mit hohen Anteilen an Zusatzversicherten oder Selbstzahlenden. Ob es sich dabei um eine Überversorgung handelt, wollte keiner der Interviewten beurteilen. Einflüsse von Private Equity würden sich aber am ehesten in der spezialisierten ambulanten Versorgung finden. Dabei wurde in den Interviews sowohl auf positive Effekte wie Qualitätssteigerung und Effizienzerhöhung, wie auch auf kritische Punkte hingewiesen. Kritisch beobachtet wurde die Tendenz zur Mengenausweitung insbesondere mittels Marketing von medizinisch nicht begründeten Leistungen oder die Aufteilung in Teilbehandlungen. Es wurde festgehalten, dass (Private-Equity-)Investitionen tendenziell dorthin flössen, wo nicht mehr sachgerechte Tarife vorhanden seien. Die Hausarztmedizin gehöre nicht dazu.

4.3 Auswirkung auf die Effizienz und die Kosten

Auch bezüglich Auswirkungen von privaten (Private-Equity-)Investitionen auf die Effizienz und die betriebswirtschaftlichen Kosten hat das Studienteam keine empirische Evidenz gefunden. Die Interviewpartner/-innen bestätigten jedoch die Vermutung aus der wissenschaftlichen Literatur, dass Investoren zur Professionalisierung betriebswirtschaftlicher Prozesse beitragen. In Kettenpraxen würden administrative Prozesse zentralisiert und kostengünstiger betrieben werden können. Dies beinhaltet vor allem den Einsatz gemeinsamer Patienteninformationssysteme, eine verbesserte Informatik-Infrastruktur, Geschäftsführungsaufgaben wie Finanzbuchhaltung und Personalwesen sowie Beschaffungen. Bei Letzteren könnten durch Mengenrabatte bei den Zulieferern hohe Kosteneinsparungen resultieren. Auch haben einige Interviewpartner/-innen darauf hingewiesen, dass bei Kettenpraxen die Anschaffung von kostenintensiven Geräten einfacher realisiert werden kann, da mehrere Arztpraxen einer Kette auf die gleichen Geräte zugreifen können. Die genannten Effekte treten allerdings nicht ausschliesslich dann auf, wenn private (Private-Equity-)Investoren Anteile oder gar die Mehrheit an Kettenpraxen übernehmen. Es gibt auch zahlreiche Beispiele, bei welchen Ketten oder Netzwerke im Besitz der mitwirkenden Ärzte/-innen davon profitieren. Verschiedene Interviewpartner/-innen wiesen darauf hin, dass die Auslagerung von administrativen Prozessen an darauf spezialisierte Unternehmen oder Fachpersonen, die keine medizinischen Leistungen anbieten, ziemlich häufig vorkommt. Die Effizienzsteigerung und die damit verbundene Kostensenkung durch Zentralisierung können somit unabhängig von der Eigentümerstruktur erfolgen.

Bemerkt werden muss, dass es keine Anzeichen dafür gibt, dass die beschriebenen Effizienzgewinne zu sinkenden Kosten geführt haben. Die erzielten Vorteile verschaffen den Unternehmen entweder zusätzlichen finanziellen Spielraum für Investitionen oder Rendite. Beides führt nicht direkt zu einer Entlastung des Gesundheitssystems. Einige betroffene Interviewpartner/-innen wiesen das Studienteam darauf hin, dass Arztpraxen trotz Einbindung in grössere Strukturen weiterhin individuell arbeiten und auf regionale Gegebenheiten eingehen müssen. Die Zentralisierung der Prozesse muss nicht in jedem Fall funktionieren und auch bei der

⁴¹ Mehrfach erwähnt wurde das Beispiel von Thomas Haehner («Mein Arzt»), vgl. dazu bspw.

<https://www.srf.ch/news/schweiz/nach-meinarzt-debakel-verurteilter-unternehmer-mischt-wieder-im-gesundheitsmarkt-mit> oder <https://www.srf.ch/news/schweiz/arzt-skandal-hausarztpraxen-kollabieren-wegen-dubiosem-arzt> (Zugriff am 22.4.2026). Siehe weiter das Beispiel des «Brugger Hausarztes», vgl. <https://www.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/bezirksgericht-brugg-beschuldigter-fuehrte-eine-praxis-ohne-die-dazu-noetige-facharzt-ausbildung-ld.2567416> (Zugriff am 22.4.2026). Siehe zur Thematik auch den folgenden Artikel des Beobachters: https://www.beobachter.ch/gesundheits/ärzte-kassieren-milliarden-mit-falschen-rechnungen-761011?utm_source=chatgpt.com (Zugriff am 22.4.2026).

Informatik kann es sein, dass je Standort individuelle Lösungen notwendig sind. Mehrkosten entstehen bei Ketten mutmasslich bei der Mitfinanzierung der Saläre des Managements. Diese Saläre liegen laut Medienberichterstattung bei grossen Praxisketten höher als in Einzel- oder Gruppenpraxen. Die Mehrkosten müssen durch die Abrechnungen der Ärzte/-innen gedeckt werden.⁴²

4.4 Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen

Was die Auswirkungen von privaten (Private-Equity-)Investitionen auf die Arbeitsbedingungen betrifft, kann die vorliegende Studie nur begrenzt Informationen liefern. Ärzte/-innen, die angestellt sind bei Kettenpraxen, die privaten (Private-Equity-)Gesellschaften gehören, wurden von Studienteam nicht befragt. Evidenz zu Phänomenen wie höhere Fluktuationsquoten, wie es in der wissenschaftlichen Literatur in den USA Hinweise darauf gibt, sind in der Schweiz nicht feststellbar. Vermutungen dazu gibt es in der Medienberichterstattung (höherer Anteil von Frauen in der Ärzteschaft, höhere Fluktuation und Teilzeitarbeit).⁴³ Aus den Interviews mit Personen aus Fachverbänden, mit Investoren und Leitungspersonal von ambulanten Praxen und Netzwerken hat das Studienteam keinen Hinweis auf signifikant schlechtere oder bessere Arbeitsbedingungen in von nicht-medizinischem Personal geleiteten Kettenpraxen gefunden. In einigen Interviews wurde diesbezüglich argumentiert, dass eine Erhöhung der Margen auf Kosten von schlechteren Arbeitsbedingungen aufgrund des Fachkräftemangels nicht umsetzbar wäre. Der Handlungsspielraum von Investoren sei stark eingeschränkt, da medizinisches Personal bei unerwünschten Veränderungen der Arbeitsbedingungen problemlos die Stelle wechseln könne. Auch würden solche Praktiken sich rasch herumsprechen und in den Medien auftauchen. Dies sei bisher nicht festzustellen. Daher betonten Investoren in den Interviews, dass grössere Leistungserbringer aufgrund ihres Reputationsrisikos auf die Einhaltung hoher Qualitätsstandards bedacht sein müssten.

Interviewpartner/-innen wiesen eher auf positive Effekte von Kettenpraxen bezüglich Arbeitsbedingungen hin. So könnten sich Ärzte/-innen durch die Zentralisierung der betriebswirtschaftlichen Aufgaben stärker auf medizinische Aufgaben konzentrieren und zum Teil auch mehr Zeit in Weiterbildung investieren. Grössere Ketten- und Gruppenpraxen, unabhängig von den Eigentumsverhältnissen, könnten flexiblere Arbeitsbedingungen wie Teilzeit oder längere Abwesenheiten ermöglichen, was in Einzelpraxen für Ärzte/-innen oft nicht möglich sei. In diesem Sinne kann eine höhere Fluktuation auch für eine bessere Vereinbarkeit stehen: Gewollte regelmäßige Wechsel der Arbeitsstelle sind bei der Übernahme einer eigenen Praxis weniger möglich, da dieses Engagement eine starke Anbindung an das eigene Unternehmen bedingt.

4.5 Auswirkungen auf den Zugang zur ambulanten Versorgung in ruralen und urbanen Gebieten

In den Interviews konnte das Studienteam keine klaren regionalen Unterschiede im Investitionsverhalten privater Akteure erkennen. Die einzelnen Investoren verfolgen zwar eine Strategie dazu, in welchen Regionen und Gebieten sie aktiv sein möchten, einen generellen Fokus auf städtische oder ländliche Gebiete über die interviewten Investoren und untersuchten Kettenpraxen hinweg lässt sich jedoch nicht festhalten. Aus den Interviews lassen sich jedoch zwei gegenteilige Entwicklungen bestimmen, die den Versorgungszugang in einzelnen Gebieten beeinflussen können.

⁴² Siehe dazu «Die Arztpraxis wird zur Finanzanlage: In Schweizer Behandlungszimmern geben immer häufiger Investoren den Takt vor», vgl. <https://www.nzz.ch/wirtschaft/arztpraxen-finanzinvestoren-gehen-hohe-risiken-ein-ld.1885520> (Zugriff am 3.7.2025).

⁴³ Siehe dazu beispielsweise «Ärztmangel erhöht Risiko von Konkursen bei Arztpraxis-Investoren», vgl. https://www.watson.ch/wirtschaft/migros/663176878-aerztmangel-erhoeht-risiko-von-konkursen-bei-investoren-von-arztpraxen#discussion_663176878 (Zugriff am 3.7.2025) oder «Die Arztpraxis wird zur Finanzanlage: In Schweizer Behandlungszimmern geben immer häufiger Investoren den Takt vor», vgl. <https://www.nzz.ch/wirtschaft/arztpraxen-finanzinvestoren-gehen-hohe-risiken-ein-ld.1885520> (Zugriff am 3.7.2025).

- Einerseits bieten städtische Gebiete eine grössere Angebotsdichte an, die einen schnelleren Investitionsfluss zulässt. Ärzte/-innen bevorzugen laut Aussagen aus den Interviews mehrheitlich städtische oder stadtnahe Standorte, wodurch bessere Rekrutierungsmöglichkeiten resultieren. Auch ist der Patientenstamm – gerade in Spezialgebieten – in städtischen Gebieten vielversprechender, weil in solchen Gebieten mehr Personen leben.
- Andererseits äusserten einige Interviewpartner/-innen die Vermutung, dass ländliche Regionen tendenziell profitablere Investitionen zulassen. Dies aufgrund tieferer Mieten und weniger Konkurrenz als in städtischen oder stadtnahen Gebieten.

Einige Interviewpartner/-innen betonten, dass ländliche Regionen gerade für Investoren mit grösseren Kettenpraxen eine Chance darstellen könnten. In kleineren, eher abgelegeneren Dörfern sei es vielfach sehr schwierig, bei Pensionierungen eines Hausarztes/einer Hausärztin ein Nachfolger/eine Nachfolgerin zu finden. Grössere Kettenpraxen könnten Hausärzte/-innen aus näheren, grösseren Gebieten in einem kleineren Rahmen, beispielsweise an einem Tag in der Woche, in diese Dörfer entsenden, während sie der Rest der Woche im grösseren Standort tätig sind.

4.6 Auswirkungen auf die Grundversorgung und auf Spezialisierungen

Für die meisten Interviewpartner/-innen ist klar, dass private (Private-Equity-)Investitionen in Spezialgebieten grundsätzlich rentabler sind als in der Grundversorgung. Die Grundversorgung gilt aufgrund der Tarife als wirtschaftlich wenig lukrativ, weshalb private Investoren sich wenig dafür interessieren. Bei den Spezialgebieten gilt: Je lukrativer die Tarife sind, desto höhere Margen können erwirtschaftet werden, desto attraktiver ist ein Gebiet für Investoren. In den vergangenen Jahren, das heisst vor der Einführung der Tarifierung nach TARDOC, waren vor allem die Ophthalmologie, die Gastroenterologie, die Dermatologie und die Radiologie attraktiv. Es ist zu vermuten, dass das Interesse der Investoren für einige dieser Disziplinen abnehmen wird, da die Tarifierung nach TARDOC als lernendes System ausgestaltet ist, in dem sich die Tarife über die Zeit an die tatsächlich anfallenden Kosten angleichen sollen.

Generell attraktiver sind Leistungen, die über die Zusatzversicherung oder über Selbstzahlung abgedeckt werden. Aufgrund des grossen Leistungsumfangs der Grundversicherung in der Schweiz, auch im Vergleich mit Ländern wie den USA, gibt es in der ambulanten Versorgung in der Schweiz heute relativ wenig Potenzial in der Zusatzversicherung. Investoren haben aufgrund des angesprochenen Fachpersonenmangels und der Regulierung auch nur wenig Möglichkeiten, einen Selektionsmechanismus einzuführen und Patienten/-innen mit Zusatzversicherungen zu bevorzugen.

4.7 Markt- oder Wettbewerbsverzerrung

In den Erhebungen hat das Studienteam keine Hinweise auf eine Markt- oder Wettbewerbsverzerrung in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch private (Private-Equity-)Investitionen gefunden. Eine solche wäre aufgrund der geringen zahlenmässigen Bedeutung von Kettenpraxen, die sich im Besitz von privaten Investoren befinden, auch überraschend gewesen. Der Markt weist keine grosse Konzentration auf. Selbst die grössten Anbieter in der ambulanten Gesundheitsversorgung sind weit davon entfernt, einen dominanten Marktanteil aufzuweisen, von dem eine systemrelevante Wettbewerbsverzerrung erwartet werden könnte. Auch innerhalb von einzelnen Kantonen oder Sprachregionen haben die Untersuchungen keine Hinweise auf die Stellung eines einzelnen Akteurs oder einiger wenigen Akteure ergeben, die den Markt verzerren würden.

Laut einigen Interviewpartnern/-innen gibt es jedoch wettbewerbsverzerrende Tendenzen in einzelnen Fachrichtungen. Diese würden mit lukrativen Tarifen in Gebieten wie der Radiologie, der Ophthalmologie, der Dermatologie, der Urologie oder der Gastroenterologie zusammenhängen. In diesen Gebieten gebe es Renditemöglichkeiten, die für private Investoren sehr attraktiv seien. Einige Interviewpartner/-innen wiesen darauf hin, dass ein grosses Interesse von Investoren an einem Fachbereich als Zeichen gedeutet werden könne, dass die Tarife in diesem Fachbereich zu hoch seien und entsprechend nach unten korrigiert werden sollten.

Anders als bei den Arztpraxen ist die Konzentration beim Apothekenmarkt gross. Hier dominieren fünf Anbieter den Markt.⁴⁴ Aus den Interviews geht jedoch hervor, dass auch mit diesem konzentrierteren Markt keine problematische Markt- oder Wettbewerbsverzerrung aufgrund von Private Equity hervorgeht. Keine der grossen Apothekenketten hat in der Eigentümerschaft relevante Private-Equity-Investoren.

4.8 Einflussnahme auf medizinische Entscheide

Wie bereits in den vorhergehenden Abschnitten beschrieben, gibt es aktuell in der Schweiz keine Anzeichen dafür, dass in den untersuchten Bereichen der ambulanten Versorgung Investoren aktiv Einfluss auf medizinische Entscheide nehmen. In den Interviews wurden verschiedene Gründe genannt: Der Fachkräftemangel führt dazu, dass Ärzte/-innen, die sich eingeschränkt fühlen, rasch eine neue Stelle finden. Weiter würden Ärzte/-innen und nicht Unternehmen durch die Kantone zugelassen. Die Befürchtung eines Reputationsrisiko und der damit verbundenen Schwierigkeit eines Verkaufs eines Investitionsobjekts würden Investoren von einer medizinischen Einflussnahme abhalten. Schliesslich führe die Kleinräumigkeit des Schweizer Marktes dazu, dass ein schlechtes Image einer Kette rasch negative Folgen für die Rekrutierung von Fachpersonal haben könne. Es ist daher zu vermuten, dass sich die Einflussnahme von Investoren grösstenteils auf den betriebswirtschaftlichen Bereich ihrer Investitionsobjekte beschränkt.

⁴⁴ Amavita & Sun Store, Apotheken Drogerien Dr. Bähler & Droga Drogerien Apotheken, Pharmacies BENU SA, Coop Vitality Apotheken und Medbase.

5 Gesundheitspolitische Implikationen

In diesem Kapitel sind die gesundheitspolitischen Implikationen der Ergebnisse Analysen dargestellt. Zuerst wird kurz auf die Datengrundlagen und die Methodik dieses Arbeitsschritts eingegangen. Danach gibt Abschnitt 5.2 einen Überblick über die Kategorisierung der Regulierungspraxis zur Eigentümerstruktur und Kapitalherkunft in anderen westlichen Staaten nach Tracey et al. 2025. Dann wird nach regulatorischen Ansatzpunkten in der Schweiz gefragt (Abschnitt 5.3) und die Einschätzung des Regulierungsbedarfs der Interviewpartner/-innen festgehalten (Abschnitt 5.4).

5.1 Datengrundlage und Methodik

Die Ausführungen in diesem Kapitel basieren vorwiegend auf der *Literaturanalyse* sowie den geführten *Interviews* (siehe Abschnitt 3.1.2).

5.2 Optionen der Regulierung

Tracey et al. (Tracey et al. 2025) haben politische Massnahmen identifiziert zur Frage, wie politische Entscheidungsträger in die Geschäftstätigkeit von Private-Equity-Gesellschaften eingreifen können. Grundlage bildet eine Kategorisierung von Milton Friedman (Friedman 1962). Die folgende Darstellung D 5.1 fasst die Optionen zusammen.

D 5.1: Optionen der Regulierung von Private-Equity-Investitionen

Kategorie	Definition
1 Offenlegungspflicht	Regierungen verlangen von Organisationen, dass sie ihre Existenz oder ihre Tätigkeit melden (insbesondere Meldepflichten bei Fusionen und Übernahmen oberhalb bestimmter finanzieller Schwellwerte) und/oder erlassen weitere Massnahmen zur Transparenz von Besitz- und Kontrollstrukturen.
2a Regulierung: Regeln zu finanziellen Strukturen	Regierungen stellen die Versorgungsqualität sicher, indem sie regeln, wer Dienstleistungen erbringen darf (z.B. Eigentumsbeschränkungen oder Eingriffe gegen marktverzerrende Zusammenschlüsse).
2b Regulierung: Vorgaben zu Prozessen der Leistungserbringung	Regierungen stellen die Versorgungsqualität sicher, indem sie der Art und Weise, wie Behandlungen erbracht und in Anspruch genommen werden, regulieren (v.a. Sicherstellung professioneller Entscheidungsautonomie).
2c Regulierung: Outcome-bezogene Bestimmungen	Regierungen stellen die Versorgungsqualität sicherer, indem sie die Auswirkungen der Versorgung auf Patienten/-innen und verschiedene Bevölkerungsgruppen in die Regulation einbezieht (direkte Sanktionierung durch Qualitäts- oder Ergebnisindikatoren).
3 Verbot	Regierungen hindern Organisationen daran, bestimmte Tätigkeiten durchzuführen.

Quelle: Darstellung Universität Luzern nach der Kategorisierung von Tracey et al., S. 2 (Tracey et al. 2025).

Der Rahmen reicht von den mildesten Formen des Eingriffs, nämlich der Offenlegungspflicht, über die Regulierung bis hin zur strengsten Form, dem Verbot. Auf dieser Basis ordnen die Autoren/-innen zahlreiche bestehende und vorgeschlagene Politikinstrumente aus sieben Ländern ein. Sie zeigen, dass Offenlegungspflichten am weitesten verbreitet sind. Zu diesen gehören insbesondere Meldepflichten bei Fusionen und Übernahmen oberhalb bestimmter finanzieller Schwellwerte. Regulierungen treten seltener auf und lassen sich in drei Unterkategorien einteilen: Regeln zu finanziellen Strukturen (z.B. Eigentumsbeschränkungen oder Eingriffe gegen marktverzerrende Zusammenschlüsse), Vorgaben zu Prozessen der Leistungserbringung (etwa Sicherstellung professioneller Entscheidungsautonomie) sowie Outcome-bezogene Bestimmungen, die Qualitäts- oder Ergebnisindikatoren direkt sanktionieren. Zu Letzterem fanden die Autoren/-innen jedoch lediglich das Beispiel der

Niederlande. Verbote bilden die strengste Kategorie. Auch diese kommen nur vereinzelt vor und werden nicht häufig umgesetzt. Insgesamt zeigt sich, dass die Länder bislang vor allem auf Transparenz setzen, während strengere Formen der Regulierung oder gar Verbote nur punktuell genutzt werden.

5.2.1 Regulierung in Deutschland

In Deutschland finden sich insbesondere Regeln zu finanziellen Strukturen. Dabei liegt der Fokus stark auf den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (siehe dazu Abschnitt 1.3.3). Die Strukturen der MVZ erlaubt es auch Nicht-Ärzten/-innen, Eigentümer/-innen solcher Zentren zu sein. Sie bilden damit den Eintrittspfad für Private-Equity- und andere Investoren. 2012 wurden die Zugangsmöglichkeiten zur Trägerschaft der MVZ eingeschränkt, so dass MVZ nur noch von Vertragsärzten/-innen, zugelassenen Krankenhäusern oder Dialyse-Leistungserbringern gegründet und betrieben werden dürfen. In der Praxis können Investoren diese Regelung jedoch umgehen, beispielsweise indem sie Krankenhäuser erwerben und über diese Strukturen MVZ gründen oder übernehmen. Zusätzlich gibt es im deutschen Kartellrecht eine allgemeine Meldeschwelle bei der Übernahme von MVZ, was unter die Offenlegungspflicht (Kategorie 1 nach Tracey et al.) fällt. Laut Tracey et al. sind die Erwerbe aber meist unterhalb dieser Schwelle, so dass sie nicht gemeldet werden müssen. Zudem weisen die Autoren/-innen darauf hin, dass bisherigen Regulierungen nicht die erhoffte Bremswirkung bei der Übernahme durch Private-Equity-Gesellschaften gezeigt hätten und die Transparenz nach wie vor limitiert sei. In der politischen Debatte wurde entsprechend vor allem in den vergangenen Jahren auf hohe Marktkonzentration und monopolartige Strukturen verwiesen.⁴⁵ Damit einher geht auch der Ruf nach einem Verbot von MVZ-Käufen durch Private-Equity-Investoren (Kategorie 3). Trotz dieser Diskussion und der Ankündigung eines bundesweiten Gesetzes liegt bis dato noch kein Vorschlag für eine spezifische Gesetzgebung vor. Anders als bei Arztpraxen herrscht bei Apotheken in Deutschland nach wie vor eine strikte Regulierung der Eigentumsverhältnisse. Mit dem Fremdbesitzverbot im Gesetz über das Apothekenwesen dürfen nur approbierte Apotheker/-innen Apotheken besitzen und betreiben. Damit ist der ökonomische Einfluss fremder Kapitalgeber verboten (Kategorie 3 nach Tracey et al.). Diese Praxis wurde in einem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union 2009 bestätigt.

5.2.2 Regulierung in den USA

In den USA ist die Regulierung der Eigentümerstruktur zu grossen Teilen Sache der einzelnen Bundesstaaten. Viele Bundesstaaten kennen das Corporate-Practice-of-Medicine-Prinzip (CPOM-Prinzip), das Nicht-Ärzten/-innen verbietet (oder sie stark einschränkt), medizinische Praxen zu besitzen und Kontrolle über medizinische Dienstleistungen auszuüben respektive klinische Entscheidungen zu beeinflussen. Je nach Bundesstaat mit Anwendung des CPOM-Prinzips dürfen Nicht-Ärzte/-innen keine Arztpraxen besitzen, nicht über die Anstellung oder Entlassung von Ärzten/-innen oder klinischen Mitarbeitenden entscheiden oder in abgeminderter Form keine Kontrolle über medizinische Entscheide besitzen. Damit bewegt sich die Regulierung vor allem im Bereich der finanziellen Strukturen (Kategorie 2a) und Vorgaben zu Prozessen der Leistungserbringung (Kategorie 2b) nach Tracey et al. Investitionen sind jedoch möglich, da Unternehmen in eine medizinische Einheit und eine nicht-medizinische Einheit unterteilt werden können. Während Investitionen von Nicht-Ärzten/-innen in die medizinische Einheit nicht erlaubt sind, können in die nicht-medizinische Einheiten Investitionen auch von fachfremden natürlichen oder juristischen Personen getätigt werden, namentlich von (Privat-Equity-)Investitionsgesellschaften. Nicht-medizinische Einheiten sind typischerweise Dienstleistungsunternehmen, die Leistungen wie das Rechnungswesen, das Personalwesen (für administrative Mitarbeitende), Marketing, Informatik oder Einkäufe tätigen. Weiter existieren in mehreren Bundesstaaten Offenlegungspflichten (Kategorie 1), etwa die Meldepflicht für Transaktionen über 25 Millionen US-Dollar im Bundestaat New York. Allerdings liegen, wie in Deutschland, viele Übernahmen unterhalb der Schwellenwerte. In einzelnen Staaten werden schärfere Eingriffe diskutiert, darunter auch Verbote (Kategorie 3). Allerdings gibt es auch Bundesstaaten, die gar keine

⁴⁵ Siehe beispielsweise «Grosskonzerne kaufen immer mehr Arztpraxen», vgl. <https://www.infosperber.ch/gesund-heit/grosskonzerne-kaufen-immer-mehr-aerzte/> (Zugriff am 15.2.2026).

der genannten Regulierungen kennen. In diesen ist es Investoren auch möglich, mehr oder weniger stark auf klinische Abläufe Einfluss zu nehmen. Anders als in Deutschland gibt es in den USA kein übergreifendes Fremdbesitzverbot bei den Apotheken. Wie bei den Arztpraxen ist auch das Apothekenrecht auf Stufe der einzelnen Bundesstaaten geregelt.

5.3 Praxis und Optionen der Regulierung in der Schweiz

Der Gesetzgeber hat auch in der Schweiz gewisse Möglichkeiten der Regulierung der Eigentumsverhältnisse von Arztpraxen und Apotheken. Im Folgenden wird darauf kurz eingegangen. Zudem werden die Möglichkeiten, die das Investitionsprüfgesetz bietet, erläutert. Schliesslich wird dargelegt, ob und gegebenenfalls wie die Agenda Grundversorgung die Eigentümerstruktur in der Grundversorgung thematisiert.

5.3.1 Aktuelle Praxis

Im Mittelpunkt der Regulierung in der Schweiz stehen nicht die Eigentumsverhältnisse, sondern die qualifikatorischen Anforderungen, die durch das Medizinalberufegesetz (MedBG) und kantonale Gesundheitsgesetze vorgegeben sind. Eine Pflicht zur Offenlegung der Eigentümerstruktur oder der Kapitalherkunft gegenüber den Regulierungsbehörden, was die Eigentümerstrukturen von Arztpraxen oder Apotheken betrifft, gibt es nicht. Der regulatorische Fokus liegt bei der Zulassung und der Überprüfung der fachlichen Kompetenz. Die kantonalen Behörden können aber durch gesundheitspolizeiliche Überprüfung systematischen Missbrauch stoppen und Ärzten/-innen oder Apothekern/-innen im Extremfall die Bewilligung entziehen. Zudem können sie über die Regelung der Betriebsbewilligung für Arztpraxen auch weitergehende Anforderungen stellen, die auf die Eigentümerschaft von solchen Betrieben abzielen. Damit können die Behörden aufsichtsrechtlich bei Bedarf auch auf diese Betriebsbewilligungen zurückgreifen (und nicht nur auf die Berufsausübungsbewilligungen der Ärzte/-innen). Beispielsweise kann im Kanton Luzern eine Betriebsbewilligung nur erteilt werden, wenn der Betrieb (und damit die Trägerschaft eine AG, GmbH usw. ist) unter anderem Gewähr für eine vorschriftsgemässe Betriebsführung bietet, zweckmässig organisiert ist und die fachliche Unabhängigkeit derjenigen Personen sicherstellt, die eine bewilligungspflichtige Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung ausüben (§ 38 Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern [GesG; SLR Nr. 800]). Zu diesem Zweck werden unter anderem ein Betriebskonzept und ein Betreibungsregisterauszug einverlangt (siehe z.B. § 17b und 17c Medizinalberufverordnung des Kantons Luzern [MbV; SLR Nr. 805]).

5.3.2 Investitionsprüfgesetz

Mit dem Investitionsprüfgesetz sollen staatliche Prüfmechanismen für ausländische Übernahmen (im kartellrechtlichen Kontrollbegriff) von inländischen privat-rechtlichen und öffentlich-rechtlichen Unternehmen geschaffen werden, wenn eine solche Übernahme eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit darstellen kann. Die Prüfung richtet sich ausschliesslich gegen staatlich kontrollierte ausländische Investoren und gilt nur für Unternehmen, die in besonders kritischen Bereichen tätig sind. Eine Ausweitung auf private ausländische Investoren wie sie im Vorentwurf für das Investitionsprüfgesetz vom 18. Mai 2022 vorgesehen war, wurde in der parlamentarischen Debatte verworfen. Zu den besonders kritischen Bereichen zählt neben Energie, Wasser, Telekommunikation und Transport auch die Gesundheit. Die Unternehmen müssen auch eine gewisse Grösse aufweisen.⁴⁶ Das Investitionsprüfgesetz wurde durch das Parlament am 19. Dezember 2025 verabschiedet und soll 2027 in Kraft treten.⁴⁷

Kommt das Gesetz in Kraft, so werden auch Transaktionen, bei denen ausländische staatlich kontrollierte Investoren Schweizer Gesundheitsunternehmen übernehmen, genehmigungspflichtig. Namentlich ist das der Fall

⁴⁶ Das Investitionsprüfgesetz sieht eine abschliessende Aufzählung genehmigungspflichtiger Übernahmen vor, siehe dazu <https://www.vischer.com/know-how/blog/das-neue-investitionspruefgesetz-im-ueberblick/> (Zugriff am 9.3.2026).

⁴⁷ Für die parlamentarische Debatte siehe: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20230086> (Zugriff am 9.3.2026).

bei inländischen Universitätsspitalern und Allgemeinspitalern mit Zentrumsversorgung ab einer gesetzlich beziehungsweise verordnungsrechtlich festgelegten Umsatzschwelle. Ebenfalls unterliegen Unternehmen mit gleichem Minimalumsatz der Regulierung, die im Bereich der Forschung, der Entwicklung, der Produktion oder des Vertriebs von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Impfstoffen oder persönlicher medizinischer Schutzausrüstung tätig sind. Nicht vorgesehen ist die Prüfung bei der Übernahme von ambulanten Einrichtungen oder Apotheken.⁴⁸

5.3.3 Agenda Grundversorgung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI)

Die Menschen in der Schweiz sollen trotz demografischem Wandel und Fachkräftemangel unabhängig von ihrer sozioökonomischen Lage weiterhin Zugang haben zu einer medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität. Dies ist das Ziel der Agenda Grundversorgung, die von Experten/-innen 2025 entwickelt wurde. Die Agenda beschreibt den Entwicklungsbedarf in den Handlungsfeldern «Innovative Versorgung, Weiterentwicklung Berufsprofile sowie Klärung der Rahmenbedingungen» und «Nachwuchsförderung, Arbeitsbedingungen und Berufsverweildauer». Die Steuergruppe der Agenda Grundversorgung hat Ende 2025 einen Fachbericht mit verschiedenen Massnahmenvorschlägen verabschiedet. Der Bundesrat soll im Juni 2026 über die geplanten Massnahmen und das weitere Vorgehen informiert werden.⁴⁹ Die Themen «Finanzierung der Grundversorgung» und «Private Equity in der Grundversorgung» wurden nicht spezifisch aufgegriffen. Allenfalls könnten sie in die Weiterarbeiten der Massnahmen zum Handlungsfeld A3 «Grundlagen zur Verbreitung von innovativen Versorgungsmodellen» einfließen.

5.4 Einschätzung Regulierungsbedarf

Die Interviewpartner/-innen wurden systematisch nach ihrer Einschätzung zum Bedarf an der Regulierung von Private-Equity-Investitionen im Bereich der ambulanten Grundversorgung und der Apotheken in der Schweiz gefragt. Generell herrschte die Einschätzung vor, dass die Gesundheitsversorgung zwar eine kritische Infrastruktur sei, dass es aber aufgrund des bereits stark regulierten Marktes und der Vielzahl an Anbietenden keine Abhängigkeit von einzelnen grossen Akteuren gebe. Auch sei kein starker Trend in Richtung grossflächiger Private-Equity-Investitionen zu erkennen. Während sich die Beschreibung und die Beurteilung der aktuellen Bedeutung von Private-Equity-Investitionen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zwischen Vertretenden von ambulanten Leistungserbringenden mit und ohne Bezug zu Investitionsgesellschaften kaum unterschied, war dies bezüglich Regulierungsbedarf anders. Vertretende mit Bezug zu Investitionsgesellschaften äusserten sich generell kritischer gegenüber Regulierungsvorhaben als Interviewpartner/-innen mit einer Aussenperspektive.

Trotz dieser Unterschiede lässt sich festhalten, dass die Mehrheit der Interviewpartner/-innen der Meinung ist, dass es keinen Regulierungsbedarf gibt. Wenn Missstände erkannt würden, etwa indem zu viel abgerechnet würde oder die medizinische Qualität in Frage gestellt sei, dann stünden bereits gesundheitspolizeiliche Massnahmen zur Verfügung, um systematischen Missbrauch zu stoppen. Im Extremfall könnten die kantonalen Behörden Ärzten/-innen oder Apothekern/-innen die Bewilligung entziehen.

Dennoch lassen sich aus den Interviews drei Entwicklungshinweise erkennen:

- *Monitoring der Eigentümerstrukturen stärken:* Gewisse Interviewpartner/-innen beurteilten die fehlende Transparenz bezüglich Eigentümerstrukturen in der Gesundheitsversorgung als problematisch. Sie regten an, ein systematisches Monitoring der Eigentümerstrukturen aufzubauen – beispielsweise im Rahmen der

⁴⁸ Siehe dazu «Das neue Investitionsprüfgesetz im Überblick», vgl. <https://www.vischer.com/know-how/blog/das-neue-investitionspruefgesetz-im-ueberblick/> (Zugriff am 9.3.2026).

⁴⁹ Siehe dazu den Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern zur Agenda Grundversorgung, vgl. [251208 Fachbericht Agenda Grundversorgung DE.pdf](#) (Zugriff am 9.3.2026).

MAS. Ein solches Monitoring könnte helfen, Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Als mögliche technische Massnahme wurde vorgeschlagen, die GLN-Nummern (Global Location Number) des Medizinalberuferegisters (MedReg), mit denen in der Schweiz tätige Medizinalpersonen eindeutig erfasst werden, mit den Angaben in den Handelsregistern zu verknüpfen, sofern dies technisch machbar und datenschutzrechtlich erlaubt ist. Gleichzeitig sollte geklärt werden, ob und wie die Daten des zukünftigen Registers der Leistungserbringer (LeReG) in ein solches Monitoring miteinbezogen werden können.⁵⁰ Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass ein solches Monitoring mit möglichst geringem Ressourcenaufwand umgesetzt werden müsse.

- *Marktbeobachtung durch das BAG intensivieren:* Ein zweiter Vorschlag betrifft eine stärkere Beobachtung der Marktentwicklung durch das BAG. Mehrere Personen argumentierten, dass private Investoren vor allem dort investieren, wo Tarife hohe Margen versprechen. Eine auffällige Zunahme spezialisierter Praxen könne somit ein Hinweis auf notwendige Tarifierpassungen sein. Interviewte hoben hervor, dass eine kontinuierliche Tarifpflege entscheidend sei, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen. Eine Marktbeobachtung könne in diesem Sinne auch einen Beitrag zu einer gesunden Tarifentwicklung leisten. In diesem Zusammenhang wäre auch eine Analyse der Eigentümerstrukturen in weiteren Bereichen der ambulanten Versorgung, das heisst unter anderem der Physiotherapie, der häuslichen Pflege und der zahnärztlichen Versorgung, sowie eine Analyse der Situation im stationären Bereich wertvoll.
- *Dialog mit privaten Investoren aufbauen:* Viele Interviewpartner/-innen warnten davor, private Investoren pauschal zu stigmatisieren (Stichwort «Heuschrecken»). Angesichts der bevorstehenden Pensionierungswelle unter Hausärzten/-innen seien Investoren und Praxisnetzwerke oft notwendig, um die Versorgung sicherzustellen. Zudem könnten grössere Einrichtungen mit starker Kapitalbasis wichtige Innovationen im Gesundheitswesen vorantreiben. Daher wurde vorgeschlagen, private Investoren stärker in die Weiterentwicklung des ambulanten Sektors einzubeziehen. Konkret angeregt wurde die Schaffung einer Austauschplattform zwischen Behörden und privaten Investoren, um den strukturierten Wissens- und Informationsfluss zu stärken. Eine solche Plattform könnte Transparenz fördern, gemeinsames Verständnis zu Chancen und Herausforderungen der ambulanten Versorgung schaffen und die Voraussetzungen für nachhaltige Innovationen im Gesundheitswesen verbessern.

⁵⁰ Nach Angaben des BAG ist geplant, das LeReG auf den 1. Januar 2028 einzuführen.

6 Fazit

Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Analyse der Bedeutung und der Auswirkungen von Private-Equity- und weiteren privaten Investitionen in der Schweizer Gesundheitsversorgung mit Fokus auf Arztpraxen und Apotheken. Im Zentrum standen vier Fragen: Welche Vorteile und Risiken können private Investitionen, im besonderen Private-Equity-Investitionen im Gesundheitswesen theoretisch haben und welche sind in den USA und Deutschland empirisch belegt? Wie viele Arztpraxen und Apotheken gibt es in der Schweiz und wie lässt sich die Vielfalt ihrer Eigentümerstruktur darstellen? Welche Auswirkungen von Private-Equity-Gesellschaften auf die Versorgung in der Schweiz lassen sich bisher erkennen? Welche Herausforderungen stellen sich aufgrund der Analyse für die Schweizer Gesundheitspolitik? Nachfolgend sind die Antworten auf diese Fragen zusammengefasst.

6.1 Vorteile und Risiken von Private Equity in der ambulanten Versorgung

Die Studie hat aufgezeigt, dass es einige Literatur gibt, die sich mit den theoretisch möglichen Vor- und Nachteilen von Private Equity in der ambulanten Gesundheitsversorgung befasst.

Mit Blick auf die Vorteile zeigt sich erstens, dass Private-Equity-Investitionen dem ambulanten Gesundheitssektor zusätzliche finanzielle Mittel verschaffen können, wodurch Expansionen, der Zukauf weiterer Einrichtungen und Investitionen in moderne Technologien erleichtert werden. Zweitens können durch die Bildung grösserer Strukturen Effizienzgewinne, zentralisierte Verwaltung sowie bessere Voraussetzungen für Innovationen und integrierte Versorgungsmodelle entstehen – etwa durch einheitliche Prozesse, verbesserte Informatiksysteme und neue Vergütungsmodelle. Drittens können Private-Equity-Gesellschaften attraktive Nachfolgelösungen für Eigentümer/-innen bieten, insbesondere angesichts sinkender Bereitschaft jüngerer Ärzte/-innen, unternehmerische Risiken zu übernehmen. Steuerliche Vorteile beim Praxisverkauf begünstigen ebenfalls Eigentümer/-innen, die ihre Einrichtung übergeben möchten. Viertens ermöglicht die Konsolidierung professionelleres Management, moderne Arbeitsmodelle und administrative Entlastung der Ärzteschaft, was die Versorgungsqualität verbessern kann. Grössere Einheiten bieten oft höhere Kapazitäten, bessere Terminverfügbarkeiten und stabilere Versorgungsstrukturen.

Private-Equity-Investitionen im ambulanten Gesundheitssektor werden in der Literatur auch mit verschiedenen möglichen Risiken verbunden. Häufig genannt werden erstens werden Preissteigerungen, die durch höhere Marktkonzentration und Renditedruck entstehen können. Zweitens kann es zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung kommen, etwa durch steigende Fallzahlen oder Upcoding, um wirtschaftliche Ziele zu erreichen. Drittens befürchten mehrere Studien Qualitätsverluste, etwa durch Personalabbau, eine Verschiebung des Skill-Grade-Mix oder verkürzte Patientenkontakte. Viertens könnte der Zugang zur Versorgung ungleicher werden, wenn Investoren sich auf profitable städtische Regionen, privatversicherte Patienten/-innen oder margenstarke Leistungen konzentrieren. Fünftens werden negative Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen und ärztliche Autonomie diskutiert, wenn wirtschaftliche Vorgaben medizinische Entscheidungen beeinflussen. Sechstens weisen Untersuchungen auf Risiken durch Marktkonzentration, Intransparenz komplexer Eigentumsstrukturen und potenzielle Instabilitäten durch schnelle Kauf- und Exit-Zyklen hin.

Es gibt nur begrenzte empirische Evidenz zu den Auswirkungen von Private-Equity-Investitionen im ambulanten Gesundheitssektor, wobei die meisten Studien aus den USA stammen. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass solche Übernahmen in bestimmten Fachgebieten – etwa Gastroenterologie und Ophthalmologie – zu höheren Preisen führen, unter anderem durch Marktmacht, Verschiebung in teurere Leistungssettings und intensiveres Coding. Zudem gibt es Belege für eine Ausweitung von Leistungen, etwa durch Produktmix-Verschiebungen hin zu teureren Verfahren oder durch höhere Fallzahlen pro Patienten/-in. Zur Qualität finden sich Hinweise auf negative Effekte wie Personalabbau, Ersatz qualifizierter Fachkräfte durch günstigeres Personal oder verkürzte Patientenkontakte, obwohl auch punktuelle Verbesserungen einzelner Indikatoren dokumentiert sind.

Betreffend Arbeitsbedingungen zeigen Studien erhöhte Fluktuation, mehr ökonomischen Druck und geringere Autonomie für Ärzte/-innen, vereinzelt jedoch auch bessere Honorare und mehr Weiterbildungsmöglichkeiten. Schliesslich weisen empirische Arbeiten darauf hin, dass sich Investitionen von Private-Equity-Gesellschaften räumlich eher in städtischen Gebieten konzentrieren und sozial schwächere Gruppen mit einem schlechteren Zugang zur Versorgung konfrontiert sind.

6.2 Eigentümerstruktur der relevanten Gesundheitseinrichtungen

6.2.1 Arztpraxen

Die Schweiz verfügte 2022 über rund 17'600 Arztpraxen. Diese Zahl war seit 2017 weitgehend stabil. Nur ein kleiner Teil der Praxen hat eine Eigentümerstruktur, die grundsätzlich mit Private-Equity-Investitionen kompatibel ist. Von den 14'722 Praxen mit einem Umsatz von mehr als 30'000 Franken sind dies nur etwa 4 Prozent. Es handelt sich um Arztpraxen mit der Rechtsform einer AG oder einer GmbH, die an mehreren Standorten aktiv sind. Die Mehrheit der Praxen – rund 78 Prozent – sind Einzelpraxen (55%) oder Gruppenpraxen (23%), die für Private Equity nicht infrage kommen. Weitere etwa 18 Prozent der Praxen sind zwar als AG oder GmbH organisiert, betreiben jedoch nur einen Standort und gelten deshalb nicht als typische Private-Equity-Ziele. Insgesamt zeigt sich, dass Kettenpraxen im Besitz von Private-Equity-Investoren in der Schweiz quantitativ eine geringe Rolle spielen.

Fachlich finden sich solche investorennahen Strukturen häufiger in spezialisierten Bereichen als in der Grundversorgung. Geografisch konzentrieren sie sich eher auf die Deutschschweiz und hier vor allem auf die Ost- und Zentralschweiz. In der Westschweiz und im Tessin sind Private-Equity-konforme Kettenpraxen seltener. Kettenpraxen sind zudem überdurchschnittlich oft in urbanen Agglomerationen vertreten. Obwohl nur 4 Prozent der Arztpraxen Private-Equity-konform erscheinen, arbeiten 11 Prozent der Ärzte/-innen (VZÄ) in solchen Strukturen, was auf die überdurchschnittliche Grösse dieser Praxen hinweist. Diese Praxen beschäftigen im Durchschnitt rund 3,6 Ärzte/-innen pro Praxis und behandeln jährlich deutlich mehr Patienten/-innen als andere Praxistypen. Die Tatsache, dass Private-Equity-konforme Kettenpraxen im Durchschnitt knapp 4'500 Patienten/-innen pro Jahr und Praxis versorgen, weist auf die starke Nutzung dieser Einheiten hin. Eine klassische Einzelpraxis versorgt im Durchschnitt rund 1'100 Patienten/-innen pro Jahr. Auch wenn die Private-Equity-konformen Praxen überdurchschnittlich viele Ärzte/-innen (VZÄ) aufweisen, gibt es keine Evidenz für höhere Kontaktzahlen pro Praxis beziehungsweise pro Patienten/-in.

Gemäss Statistiken gibt es in der Schweiz 519 Private-Equity-konforme Kettenpraxen. Die vertiefende Analyse basierend auf Medienberichten, Daten des Handelsregisters und Interviews zeigt aber, dass nur wenige davon tatsächlich Private-Equity-Beteiligungen aufweisen. In spezialisierten Fachbereichen wie Radiologie, Ophthalmologie oder Dermatologie sind Private-Equity-Strukturen deutlich verbreiteter als in der Hausarztmedizin. Diese Marktsegmente zeigen rasches Wachstum, Skalierbarkeit und hohe Attraktivität für internationale Investoren. Sie liegen jedoch weitgehend ausserhalb des Bereichs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Insgesamt befindet sich die Eigentümerstruktur der ambulanten Versorgung im Wandel hin zu grösseren Organisationsformen, vielfach jedoch ohne direkten Private-Equity-Einfluss.

6.2.2 Apotheken

In der Schweiz gab es 2022 rund 1'800 Apotheken. Diese Zahl hat sich zwischen 2017 und 2022 kaum verändert (siehe Darstellung D 3.13). Die Analyse unterscheidet drei Typen von Apotheken: 11 Prozent sind Einzelapotheken, die sich in der Regel im Besitz eines Apothekers/einer Apothekerin befinden und meist die Rechtsform einer Einzelunternehmung haben. 51 Prozent sind Einstandortapotheken. Diese haben zwar grundsätzlich eine Rechtsform, die Private-Equity-Investitionen ermöglicht. Allerdings sind Apotheken dieses Typs nur an einem Standort aktiv. Für Private-Equity-Investitionen kommt am ehesten der dritte Typ in Frage, der 39 Prozent aller Apotheken umfasst. Geografisch sind solche Apotheken überdurchschnittlich oft im Espace Mittelland zu finden, während sie in der Zentralschweiz seltener sind. Kettenapotheken finden sich eher in städtischen Gebieten und Agglomerationen als im ländlichen Raum.

Die vertiefende Analyse zeigt, dass der Grossteil der Apotheken, die Private-Equity-konforme Strukturen aufweisen, tatsächlich *nicht* Private-Equity-finanziert sind. Zwar verändert sich die Eigentümerstruktur des Apothekenmarkts seit Jahren in Richtung grössere Ketten, die vermehrt zentrale Dienstleistungen wie Einkauf, Informatik oder Qualitätsmanagement bündeln. Fünf grosse Anbieter – darunter Galenica, Benu und Medbase – kontrollieren bereits rund 30 Prozent aller Apotheken. Allerdings finden sich bei diesen grossen Apothekenketten keine Hinweise auf Private-Equity-Investitionen. Dies wird vor allem auf die starke Regulierung des Apothekenmarkts zurückgeführt. Trotz des Trends zu Kettenapotheken bleibt der Markt insgesamt fragmentiert. Eine monopolartige Entwicklung ist aktuell nicht absehbar.

6.3 Auswirkungen von Private Equity auf die Versorgung in der Schweiz

Das Studienteam fand während des Erhebungszeitraums keine empirischen Hinweise darauf, dass Private Equity systematisch die Behandlungsqualität oder den Leistungsumfang in der ambulanten Versorgung der Schweiz massgeblich beeinflusst. In Interviews wurden weder klare Verbesserungen noch Verschlechterungen der Qualität nach Praxisübernahmen genannt. Leistungsausweitungen wurden nur vereinzelt in spezifischen Fachgebieten wie Ophthalmologie, Radiologie oder Dermatologie vermutet, nicht jedoch in der Grundversorgung. Mehrere Interviewpartner/-innen betonten, dass der Fachkräftemangel eine direkte Einflussnahme von Investoren auf medizinische Entscheidungen stark einschränkt, da Ärzte/-innen bei Druck rasch die Stelle wechseln könnten. Reputationsrisiken würden Investoren zusätzlich davon abhalten, Qualität oder medizinische Entscheidungsfreiheit zu beeinträchtigen. Einige Interviewpartner/-innen hoben hervor, dass grössere Kettenpraxen aufgrund von Skaleneffekten sogar bessere Möglichkeiten für Qualitätsmanagement und Weiterbildung bieten würden. Hinweise aus der Praxis deuten zudem darauf hin, dass Fälle von Fehlbehandlung oder Mengenausweitung mindestens ebenso häufig in einzelärztlichen Praxen vorkommen wie in investorengetragenen Strukturen. Bezüglich Effizienz zeigte sich, dass Kettenpraxen durch Zentralisierung und gemeinsame Infrastrukturen betriebswirtschaftliche Vorteile erzielen können, dies aber nicht zu geringeren Gesundheitskosten führt. Auch hinsichtlich Arbeitsbedingungen fanden sich keine Belege für systematische Nachteile in investorengetragenen Praxen; vielmehr ermöglichen Ketten oft flexiblere Arbeitsmodelle. Regionale Unterschiede im Investitionsverhalten konnten nicht festgestellt werden, auch wenn städtische Regionen tendenziell bessere Rekrutierungsbedingungen bieten. Private-Equity-Investitionen konzentrieren sich stärker auf spezialisierte Bereiche mit höheren Tarifen, während die Grundversorgung für Investoren wenig attraktiv ist. Insgesamt fanden sich keine Hinweise auf marktverzerrendes Verhalten oder auf aktive Einflussnahme privater Investoren auf medizinische Entscheidungen.

6.4 Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

In der Schweiz beschränkt sich die Regulierung im Gesundheitswesen aktuell auf berufliche Anforderungen und Qualitätsstandards, nicht auf die Eigentümerstruktur von Arztpraxen oder Apotheken. Es gibt keine spezifischen gesetzlichen Vorgaben zur Offenlegung der Eigentümerschaft im ambulanten Bereich. Mit dem neuen Investitionsprüfgesetz sollen künftig ausschliesslich staatlich kontrollierte ausländische Investoren bei Übernahmen grosser, sicherheitsrelevanter Gesundheitsunternehmen geprüft werden – ambulante Praxen und Apotheken bleiben davon weitgehend unberührt. Parallel dazu befasst sich die Agenda Grundversorgung des EDI mit strukturellen Verbesserungen der Versorgung, ohne speziell auf Private Equity einzugehen.

Es kann der Schluss gezogen werden, dass aufgrund des stark regulierten Marktes und der vielen Anbieter in der Schweiz bezüglich Private-Equity-Investitionen kein unmittelbarer Regulierungsbedarf besteht. Missbrauch wie Fehlabbrechung oder Qualitätsprobleme können bereits heute mit gesundheitspolizeilichen Mitteln sanktioniert werden. Einige Interviewte sehen jedoch die fehlende Transparenz zu Eigentümerstrukturen als Schwachstelle und plädieren für ein systematisches Monitoring der Eigentümerstrukturen. Andere regen eine verstärkte Marktbeobachtung durch das BAG an, da grosse Investitionen durch internationale Unternehmen in bestimmten Fachgebieten als Hinweis auf nicht sachgerechte Tarife dienen können. Allerdings wurde betont, dass eine pauschale Stigmatisierung privater Investoren vermieden werden sollte, da sie bei Nachfolgelösungen und Innovationen eine wichtige Rolle spielen. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken wurde die Schaffung einer

Austauschplattform zwischen Behörden und privaten Investoren vorgeschlagen. Dies könnte Transparenz, gemeinsame Einschätzungen zu Herausforderungen und Chancen sowie die innovationsfördernde Zusammenarbeit stärken.

Anhang

A 1 Literaturverzeichnis

Abdelhadi, O.; Fulton, B. D.; Alexander, L.; Scheffler, R. M. (2024): Private Equity-Acquired Physician Practices And Market Penetration Increased Substantially, 2012-21, in: *Health Affairs (Project Hope)*, 43 (3), S. 354–362.

Abu-Jalbush, N. (2024): Private Equity Investitionsbeteiligung an Arztpraxen und deren Auswirkungen, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm.

Adler, L.; Milhaupt, C.; Valdez, S. (2023): Measuring private equity penetration and consolidation in emergency medicine and anesthesiology, in: *Health Affairs Scholar*, 1 (1)

Arnold, D. R.; Fulton, B. D.; Abdelhadi, O. A.; Teotia, A.; Scheffler, R. M. (2025): Private Equity Acquisition of Gastroenterology Practices and Colonoscopy Price and Quality, in: *JAMA Health Forum*, 6 (6).

Berquist, V.; Klarinet, L.; Dafny, L. (2025): Sale of Private Equity–Owned Physician Practices and Physician Turnover, in: *JAMA Health Forum*, 6 (2).

Borsa, A.; Bejarano, G.; Ellen, M.; Bruch, J. D. (2023): Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review, in: *BMJ*, 382.

Braun, R. T.; Bond, A. M.; Qian, Y.; Zhang, M.; Casalino, L. P. (2021): Private Equity In Dermatology: Effect On Price, Utilization, And Spending, in: *Health Affairs*, 40 (5), S. 727–735.

Brown, E. C. F.; Hall, M. A. (2024): Private Equity and the Corporatization of Health Care, in: *Stanford Law Review*, 76.

Bruch, J. D.; Foot, C.; Singh, Y.; Song, Z.; Polsky, D.; Zhu, J. M. (2023): Workforce Composition In Private Equity–Acquired Versus Non–Private Equity–Acquired Physician Practices, in: *Health Affairs*, 42 (1), S. 121–129.

Bruch, J. D.; Nair-Desai, S.; Orav, E. J.; Tsai, T. C. (2022): Private Equity Acquisitions Of Ambulatory Surgical Centers Were Not Associated With Quality, Cost, Or Volume Changes, in: *Health Affairs*, 41 (9), S. 1291–1298.

Cai, C.; Song, Z. (2024): Protecting Patients And Society In An Era Of Private Equity Provider Ownership: Challenges And Opportunities For Policy, in: *Health Affairs (Project Hope)*, 43 (5), S. 666–673.

Creadore, A.; Desai, S.; Li, S. J.; Lee, K. J.; Bui, A.-T. N.; Villa-Ruiz, C.; Lo, K.; Zhou, G.; Joyce, C.; Resneck, J. S., Jr; Seiger, K.; Mostaghimi, A. (2021): Insurance Acceptance, Appointment Wait Time, and Dermatologist Access Across Practice Types in the US, in: *JAMA Dermatology*, 157 (2), S. 181–188.

Dorn, M. (2026): Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich – Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2025 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN, Neuchâtel.

Floriani, C.; Forrer, A.; Habib, L.; Streit, S. (2026): Work preferences and motivations of young general practitioners in Switzerland: findings from a cross-sectional survey of the Swiss Young General Practitioners Association (JHaS), in: *BMC Primary Care*.

Friedman, M. (1962): *Capitalism and Freedom*, University of Chicago Press, Chicago.

Geyman, J. (2023): Private Equity Looting of U.S. Health Care: An Under-Recognized and Uncontrolled Scourge, in: *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 53 (2), S. 233–238.

Gondi, S.; Song, Z. (2019): Potential Implications of Private Equity Investments in Health Care Delivery, in: *JAMA*, 321 (11), S. 1047–1048.

Jochimsen, B.; Gibis, B. (2025): The role of private equity in the German outpatient sector, in: *Health Policy*, 161.

Khunte, M.; Singh, Y. (2025): Private Equity Acquisitions of Radiology Practices From 2013 to 2023: National- and State-Level Analyses, in: *American Journal of Roentgenology*, 224 (5).

La Forgia, A.; Bond, A. M.; Braun, R. T.; Yao, L. Z.; Kjaer, K.; Zhang, M.; Casalino, L. P. (2022): Association of Physician Management Companies and Private Equity Investment With Commercial Health Care Prices Paid to Anesthesia Practitioners, in: *JAMA Internal Medicine*, 182 (4), S. 396–404.

Lin, H.; Munnich, E. L.; Richards, M. R.; Whaley, C. M.; Zhao, X. (2023): Private equity and healthcare firm behavior: Evidence from ambulatory surgery centers, in: *Journal of Health Economics*, 91.

Nie, J.; Hsiang, W.; Lokeshwar, S. D.; McMahon, G.; Demkowicz, P. C.; Kenney, P. A.; Breyer, B. N.; Leapman, M. S. (2022a): Association Between Private Equity Acquisition of Urology Practices and Physician Medicare Payments, in: *Urology*, 167, S. 121–127.

Nie, J.; Hsiang, W.; Marks, V.; Laditi, F.; Varghese, A.; Umer, W.; Haleem, A.; Mothy, D.; Wang, H.; Patel, R.; Pan, W.; Shah, R.; Khan, S.; Singh, R.; Golla, V.; Cavallo, J.; Breyer, B. N.; Leapman, M. S. (2022b): Access to Urological Care for Medicaid-Insured Patients at Urology Practices Acquired by Private Equity Firms, in: *Urology*, 164, S. 112–117.

Nolte, T. N.; Miedaner, F.; Sülz, S. (2022): Physicians' Perspectives Regarding Private Equity Transactions in Outpatient Health Care—A Scoping Review and Qualitative Analysis, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (23).

O'Donnell, E. M.; Lelli, G. J.; Bhidya, S.; Casalino, L. P. (2020): The Growth Of Private Equity Investment In Health Care: Perspectives From Ophthalmology: Perspectives on private equity investment in physician practices, with a focus on ophthalmology, in: *Health Affairs*, 39 (6), S. 1026–1031.

Patil, S. A.; Vail, D. G.; Cox, J. T.; Chen, E.; Mruthyunjaya, P.; Tsai, J. C.; Parikh, R. (2023): Private equity in ophthalmology and optometry: a time series analysis from 2012 to 2021, in: *Digital Journal of Ophthalmology* : *DJO*, 29 (1), S. 1–8.

Roth, S.; Sturny, I. (2015): Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel (Obsan Bulletin).

Scheuplein, C. (2021): *Private Equity Monitor: Die Aktivität von Private-Equity-Gesellschaften in Deutschland von 2012 bis 2018 in der Gesamtschau*, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, (Study / Hans-Böckler-Stiftung).

Scheuplein, C. (2025): *Im Fokus: Finanzinvestoren in der ambulanten Versorgung: Wie sollte ein Transparenzregister für Medizinische Versorgungszentren gestaltet werden?*, Herausgeber: VDI / VDE Innovation + Technik GmbH.

Scheuplein, C.; Bůžek, R. (2021): Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 75 (2), S. 36–44.

Scheuplein, C.; Evans, M.; Merkel, S. (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, (IAT Discussion Papers).

Schöneberg, K.; Vitols, K. (2023): Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung, in: Working Paper Forschungsförderung, 288.

Singh, Y.; Aderman, C. M.; Song, Z.; Polsky, D.; Zhu, J. M. (2024a): Increases in Medicare Spending and Use after Private Equity Acquisition of Retina Practices, in: *Ophthalmology*, 131 (2), S. 150–158.

Singh, Y.; Murray, R.; Reddy, M.; Perkins, J.; Mehta, N.; Whaley, C.; Brown, E. F. (2025a): Private Equity Investments in Physician Practices in Maryland, A report prepared for the Maryland Health Care Commission, Annapolis.

Singh, Y.; Radhakrishnan, N.; Adler, L.; Whaley, C. (2025b): Growth of Private Equity and Hospital Consolidation in Primary Care and Price Implications, in: *JAMA Health Forum*, 6 (1).

Singh, Y.; Reddy, M.; Zhu, J. M. (2024b): Life cycle of private equity investments in physician practices: an overview of private equity exits, in: *Health Affairs Scholar*, 2 (4).

Singh, Y.; Song, Z.; Polsky, D.; Bruch, J. D.; Zhu, J. M. (2022): Association of Private Equity Acquisition of Physician Practices With Changes in Health Care Spending and Utilization, in: *JAMA Health Forum*, 3 (9).

Subbiah, P.; Scheffler, R. M. (2025): When Does Private Equity Ownership of Physician Practices Violate «First, Do No Harm»?., in: *AMA journal of ethics*, 27 (5).

Tan, S.; Seiger, K.; Renehan, P.; Mostaghimi, A. (2019): Trends in Private Equity Acquisition of Dermatology Practices in the United States, in: *JAMA Dermatology*, 155 (9), S. 1013–1021.

Tisch, T.; Nolting, H.-D. (2021): Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns, in: Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.

Tracey, M.; Schulmann, K.; Tille, F.; Rice, T.; Mercille, J.; Timans, R.; Allin, S.; Dottin, A.; Syrjälä, S.; Sotamaa, T.; Keskimäki, I.; Rechel, B. (2025): What are the policy options for regulating private equity involvement in health care? A review of policies implemented or considered in seven high-income countries, in: *Health Policy*, 156.

Unruh, L.; Rice, T. (2025): Private equity expansion and impacts in united states healthcare, in: *Health Policy*, 155.

Young, B. (2025): The extractive business model of private equity firms in the German healthcare sector and the crisis in social reproduction, in: *Review of Evolutionary Political Economy*.

Zhu, J. M.; Zeveney, A.; Read, S.; Crowley, R. (2024): Physician Perspectives on Private Equity Investment in Health Care, in: *JAMA Internal Medicine*, 184 (5), S. 579–580.

A 2 Interviewpartner/-innen

DA 1: Interviewpartner explorative Interviews

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Pöhner	Ralph	Chefredaktor	Medinside
Raess	Cornel	Geschäftsführer	Hausarztzentrum Seetalpraxen
Scheuplein	Christoph	Wissenschaftlicher Mitarbeiter	Institut für Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule

Legende: Angegeben wird die jeweilige Funktion zum Zeitpunkt des Interviews und die für das Interview relevante Funktion.

DA 2: Interviewpartner/-innen Innen- und Aussensicht

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Brunner	Lukas	Gründungspartner und CEO	Blacklight Analytics
Bünter	Alain	Geschäftsführer	Praxisoffice GmbH
Cauzza	Dino	CEO	Swiss Medical Network
Diethelm	Per-Erik	Präsident	Verein igmg (IG medizinische Grundversorgung)
Gassner	Christoph	CEO	Vista Augenpraxen & Kliniken
Gedamke	Susanne	Geschäftsführerin	Schweizerische Patientenorganisation SPO
Gilli	Yvonne	Präsidentin	FMH Swiss Medical Association
Götschi	Anne Sybil	Präsidentin Verwaltungsratspräsidentin und Geschäftsführerin	Dachverband der Ärztenetzwerke – medswissnet Medsolution
Gruber	Jörg	Leiter	Amt für Gesundheit, Kanton Zürich
Happel	Felix	Verwaltungsratspräsident	Porterhouse Group AG
Huber	Felix	Präsident	mediX schweiz
Kilchenmann	Christoph	Stv. Direktor, Leiter Strukturen und Amtstarife	PrioSwiss
Molitor	Ralf	Managing Director	Helsana HealthInvest
Name *	Vorname*	Zuständigkeit Gesundheitswesen*	Beratungsunternehmen*
Name*	Vorname*	Geschäftsleitung*	Ärztenetzwerk*
Name*	Vorname*	Geschäftsleitung*	Private-Equity-Gesellschaft mit Investitionen in der ambulanten Grundversorgung*
Napierala	Marcel	CEO	Medbase
Ruggli	Martine	Präsidentin	pharmaSuisse
Schneuwly	Felix	Gesundheitsexperte	comparis.ch
Schubert	Virginie	COO	Affidea Schweiz

Legende: Angegeben wird die jeweilige Funktion zum Zeitpunkt des Interviews und die für das Interview relevante Funktion.
* = Auf Bitten der Interviewpartner/-innen wurden die Angaben anonymisiert.

A 3 Zusätzliche Auswertungen der verfügbaren Daten (STATENT und MAS)

DA 3: Typ des Fragebogens, den Arztpraxen beantwortet haben (2022, Unternehmen)

Fragebogentyp	Typ 1/2	Typ 3	Typ 4	Total
Standardfragebogen	11'305 (78,2%)	2'680 (89,3%)	163 (94,6%)	14'148 (80,2%)
Kurzer Fragebogen	3'153 (21,8%)	321 (10,7%)	9 (5,4%)	3'483 (19,8%)
N	14'458	3'001	172	17'631

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022, Unternehmensdatensatz).
Legende: Anzahl Praxen, Anteile in Klammern.

DA 4: Rechtsform der Arztpraxen (2022)

Rechtsform	Typ 1/2	Typ 3	Typ 4	Total
Einzelunternehmen	14'428 (99,8%)	0 (0%)	0 (0%)	14'428 (81,8%)
Kollektivgesellschaft	22 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	22 (0,1%)
AG	0 (0%)	1'981 (66,0%)	151 (87,6%)	2'132 (12,1%)
GmbH	0 (0%)	1'020 (34,0%)	21 (12,4%)	1'042 (5,9%)
Andere (Stiftung, Genossenschaft, Verein)	7 (0,0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (0,0%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Ergebnisse aus dem Standardfragebogen und dem Kurzfragebogen. Legende: Anzahl Praxen, Anteile in Klammern.

DA 5: Rechtsform der Arztpraxen nach Typ der Praxen (2022)

Rechtsform des Unternehmens	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Einzelunternehmen	8'102 (99,6%)	3'343 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11'444 (77,7%)
Kollektivgesellschaft	17 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (0,1%)
AG	0 (0%)	0 (0%)	1'855 (69,2%)	519 (92,1%)	2'374 (16,1%)
GmbH	0 (0%)	0 (0%)	825 (30,8%)	44 (7,9%)	870 (5,9%)
Andere (Stiftung, Genossenschaft, Verein)	17 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (0,1%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Anzahl Praxen, Anteile in Klammern. Nur Ergebnisse aus dem Standardfragebogen.

DA 6: Verteilung der Arztpraxen in Stadt und Land (2022)

Urbanität	Typ 1/2	Typ 3	Typ 4	Total
Städtisch	14'704 (83,1%)	2'486 (14,1%)	498 (2,8%)	17'688 (100%)
Intermediär (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren)	1'577 (80,1%)	309 (15,7%)	82 (4,2%)	1'968 (100%)
Ländlich	742 (81,4%)	141 (15,5%)	28 (3,1%)	911 (100%)
N	17'023 (82,8%)	2'936 (14,3%)	608 (3%)	20'567 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, basierend auf eigenen Auswertungen von STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten). Legende: Anzahl Praxen, Anteile in Klammern.

DA 7: Verteilung der Arztpraxen in den Sprach- und Grossregionen (2022)

Sprachregion	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Total
Deutsch	4'980 (54,3%)	1'958 (21,3%)	1'765 (19,2%)	473 (5,2%)	9'176 (100%)
Französisch / Italienisch	3'156 (56,9%)	1'384 (25%)	915 (16,5%)	90 (1,6%)	5'546 (100%)
<i>Französisch</i>	ca. 56%	ca. 25%	ca. 18%	ca. 2%	4'926 (100%)
<i>Italienisch</i>	ca. 68%	ca. 23%	ca. 8%	< 1%	620 (100%)
Grossregion					
Espace Mittelland	1'461 (52,3%)	656 (23,5%)	547 (19,6%)	129 (4,6%)	2'793 (100%)
Espace Mittelland	1'461 (52,3%)	656 (23,5%)	547 (19,6%)	129 (4,6%)	2'793 (100%)
Nordwestschweiz	1'034 (55,6%)	498 (26,8%)	256 (13,8%)	72 (3,9%)	1'861 (100%)
Zürich	1'692 (58,6%)	641 (22,2%)	426 (14,8%)	127 (4,4%)	2'886 (100%)
Ostschweiz	795 (51,8%)	278 (18,1%)	360 (23,5%)	102 (6,6%)	1'536 (100%)
Zentralschweiz	498 (48,4%)	149 (14,5%)	320 (31,1%)	62 (6%)	1'029 (100%)
Région lémanique / Ticino	2'655 (57,5%)	1'120 (24,3%)	771 (16,7%)	72 (1,6%)	4'618 (100%)
<i>Région lémanique</i>	ca. 56%	ca. 25%	ca. 18%	ca. 2%	3'998 (100%)
<i>Ticino</i>	ca. 68%	ca. 23%	ca. 8%	< 1%	620 (100%)
N	8'136 (55,3%)	3'343 (22,7%)	2'680 (18,2%)	563 (3,8%)	14'722 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, gewichtete Resultate, MAS (2022). Legende: Anzahl Praxen, Anteile in Klammern. Die Sprachregionen wurden aufgrund der häufigsten Sprache des Standortkantons zugeteilt. Deutsch: Kt. ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG. Französisch: Kt. FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienisch: Kt. TI. Einzelne Regionen wurden aufgrund kleiner Fallzahlen zusammengefasst.

DA 8: Apotheken: Rechtsform (2022)

<i>Rechtsform des Unternehmens</i>	<i>Typ A</i>	<i>Typ B</i>	<i>Typ C</i>	<i>Total</i>
Einzelfirma	164 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	164 (100%)
AG	0 (0%)	767 (52,4%)	697 (47,6%)	1'464 (100%)
GmbH	0 (0%)	139 (100%)	0 (0%)	139 (100%)
Andere (Stiftung, Genossenschaft, Verein, Ausländische Niederlassung, im Handels- register eingetragen)	*	*	*	*
N	192 (10,7%)	907 (50,5%)	697 (38,8%)	1'796 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten).
Legende: Anzahl Apotheken, Anteile in Klammern. * = vorhanden (wird nicht nach Typ ausgewiesen).

DA 9: Apotheken: Organisationsform (2022)

<i>Typ der Apotheken</i>	<i>Typ A</i>	<i>Typ B</i>	<i>Typ C</i>	<i>Total</i>
Teil einer Kettenapotheke	11 (1,6%)	0 (0%)	697 (98,4%)	708 (100%)
Nicht Teil einer Kettenapotheke	181 (16,6%)	907 (83,4%)	0 (0%)	1'088 (100%)
N	192 (10,7%)	907 (50,5%)	697 (38,8%)	1'796 (100%)

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten).
Legende: Anzahl Apotheken, Anteile in Klammern.

DA 10: Apotheken: Typen von Apotheken (2022)

<i>Typ</i>	<i>Angaben zur Struktur</i>	<i>Anzahl Standorte</i>	<i>Anteil (%)</i>
A	Einzelapotheken	192	11
B	Einstandortapotheken	907	51
C	Kettenapotheken mit Private-Equity-konformer Rechtsform	697	39
Total		1'796	

Quelle: Berechnungen und Darstellung Universität Luzern, basierend auf STATENT (Referenzjahr 2022, Arbeitsstätten).

A 4 Fallstudien

In den zwei Fallstudien zu Affidea Schweiz und Vista Augenpraxen & Kliniken werden die Entwicklung, das Leistungsspektrum, die Marktposition, die Eigentums- und Beteiligungsstruktur und das Geschäftsmodell der zwei Unternehmen präsentiert. Grundlage dafür bilden die Interviews, die Medienanalyse, das Zentrale Firmenregister Zefix sowie Internetrecherchen.

A 4.1 Affidea Schweiz

Affidea Schweiz ist die nationale Tochtergesellschaft der paneuropäischen Affidea-Gruppe, einem führenden Anbieter spezialisierter ambulanter medizinischer Leistungen in Europa. In der Schweiz betreibt Affidea 33 Zentren und beschäftigt rund 870 Mitarbeitende, darunter mehr als 100 Ärzte/-innen. Durch die Integration des urologischen Netzwerks Uroviva im Jahr 2025 verzeichnete Affidea Schweiz ein deutliches Wachstum und festigte seine Position als einer der grössten ambulanten Gesundheitsanbieter des Landes.

Historie und Expansion

Affidea wurde im Jahr 1991 unter dem Namen Euromedic als Radiologieanbieter gegründet. Der Markteintritt in der Schweiz erfolgte 2007, in den darauffolgenden Jahren kam es zu mehreren Eigentümerwechseln. 2014 wurde die Affidea-Gruppe von der Investmentfirma B-Flexion der Bertarelli-Familie übernommen, bevor sie 2022 an die belgische Investment-Holding Groupe Bruxelles Lambert (GBL) veräussert wurde.

Im Jahr 2022 umfasste Affidea Schweiz elf Zentren für medizinische Bildgebung in den Kantonen Freiburg, Wallis und Genf. In den darauffolgenden zwei Jahren expandierte das Unternehmen geografisch und fachlich. Dazu zählten unter anderem die Übernahme des Brust-Zentrums Zürich sowie des Brust-Zentrums Tessin, wodurch der Eintritt in die Deutsch- und italienischsprachige Schweiz gelang. Weitere Übernahmen erfolgten in den Bereichen diagnostische Bildgebung, Urologie, Histologie und Gastroenterologie. Mit der Übernahme des urologischen Netzwerks Uroviva im April 2025 erhöhte sich die Zahl der Standorte in der Schweiz von 17 auf 33 und damit nahezu auf das Doppelte.⁵¹ Laut Angaben von Affidea war das Ziel dieses Zusammenschlusses, eine schweizweit führende Plattform für integrierte Gesundheitsversorgung aufzubauen. Diese Übernahme ermöglichte laut Affidea die Entwicklung durchgängiger Versorgungspfade, etwa für Brust- und Prostatakrebs, und bildet die Grundlage für eine zukunftsweisende, integrierte Versorgung für Patienten/-innen.⁵²

Uroviva gehörte vor der Übernahme durch Affidea dem deutschen Private-Equity-Fonds German Equity Partners IV (GEP IV), verwaltet von der deutschen Private-Equity-Gesellschaft ECM Equity Capital Management GmbH.

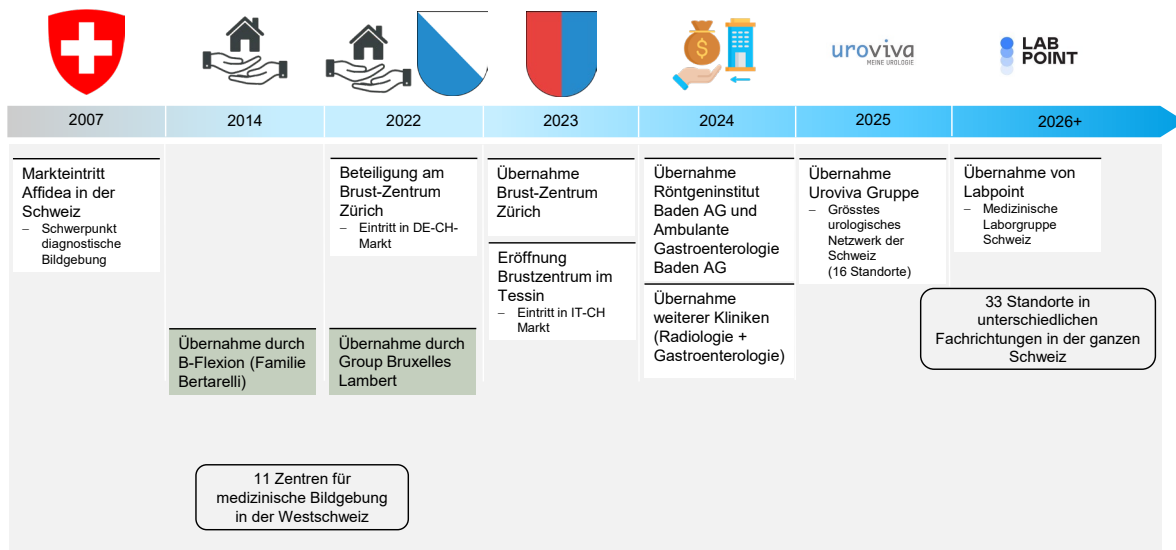
Im Jahr 2026 folgte die Mehrheitsübernahme der LabPoint-Laborgruppe sowie eine strategische Partnerschaft mit der Lindenhofgruppe. Dadurch wurden integrierte Angebote in Pathologie und Zytologie geschaffen. Bereits 2025 hat Affidea Schweiz zwei Pathologielabore in Aarau und Zollikon übernommen.

Darstellung DA 11 illustriert die Entwicklung von Affidea Schweiz seit dem Markteintritt der Affidea-Gruppe in die Schweiz 2007.

⁵¹ Siehe dazu beispielsweise «Affidea übernimmt Uroviva – und wird damit doppelt so gross», vgl. <https://www.medi-nside.ch/affidea-setzt-wachstum-mit-uroviva-fort-20250403> (Zugriff am 9.03.2026).

⁵² Siehe dazu beispielsweise «Affidea übernimmt Uroviva-Gruppe», vgl. <https://affidea.ch/de/gesundheitsnews/affidea-uebernimmt-uroviva-gruppe/> (Zugriff am 09.03.2026).

DA 11: Entwicklung Affidea Schweiz 2007 bis 2026



Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf der Website Affidea Schweiz und der Medienberichterstattung. Legende: Die Anzahl Standorte sind exklusive der Laborstandorte von Affidea.

Marktposition

Affidea zählt zu den führenden Anbietern moderner Diagnostik und spezialisierte ambulante Versorgung in der Schweiz. Nach eigenen Angaben werden jährlich über 220'000 Patienten/-innen behandelt.

Eigentums- und Beteiligungsstruktur

Affidea Schweiz ist Teil der internationalen Affidea-Gruppe. Die Mehrheitsanteile (99,1%) werden von der belgischen Investmentgesellschaft Groupe Bruxelles Lambert gehalten.

Leistungsspektrum

Ursprünglich auf diagnostische Bildgebung fokussiert, hat Affidea sein Leistungsangebot im Zuge der Expansion deutlich erweitert. Insbesondere durch die Übernahme des Brust-Zentrums Zürich wurde das Portfolio um Leistungen in der Brustmedizin ergänzt, darunter Diagnostik, Chirurgie, Rekonstruktion sowie ambulante onkologische Therapien. Weitere Akquisitionen führten zur Integration zusätzlicher Fachbereiche, darunter Gastroenterologie, Pathologie, Urologie, Gynäkologie, Orthopädie und Neurologie. Heute bietet das Unternehmen entlang dieser Disziplinen einen integrierten Versorgungspfad, der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge umfasst.

Geschäftsmodell

Das Wachstum von Affidea Schweiz basiert auf einer konsequent verfolgten Buy-and-Build-Strategie. Im Zentrum steht die Übernahme bestehender Facharztpraxen, radiologischer Institute und Labore entlang der medizinischen Wertschöpfungskette. Parallel dazu erfolgt eine Zentralisierung administrativer Funktionen, insbesondere in den Bereichen Informatik und Management. Dieses skalierbare Modell zielt darauf ab, Effizienzgewinne zu realisieren und gleichzeitig die medizinische Versorgungsqualität zu standardisieren und auszubauen.

A 4.2 Vista Augenpraxen & Kliniken

Vista Augenpraxen & Kliniken ist mit rund 35 Standorten eine der grössten Anbieterinnen ophthalmologischer Leistungen in der Schweiz. Vista ist Teil der Veonet-Gruppe, dem grössten europäischen Netzwerk für Augenmedizin mit Kliniken in Deutschland, Grossbritannien, Irland, den Niederlanden, Portugal, Spanien und der Schweiz. Die Veonet-Gruppe gehört zu je 50 Prozent zwei Investoren: Dem kanadischen Pensionsfonds Ontario Teachers' Pension Plan (OTTP) und PAI Partners, einer französischen Private-Equity-Gesellschaft. Vista beschäftigt über 500 Mitarbeitende, darunter rund 90 Ärzte/-innen.

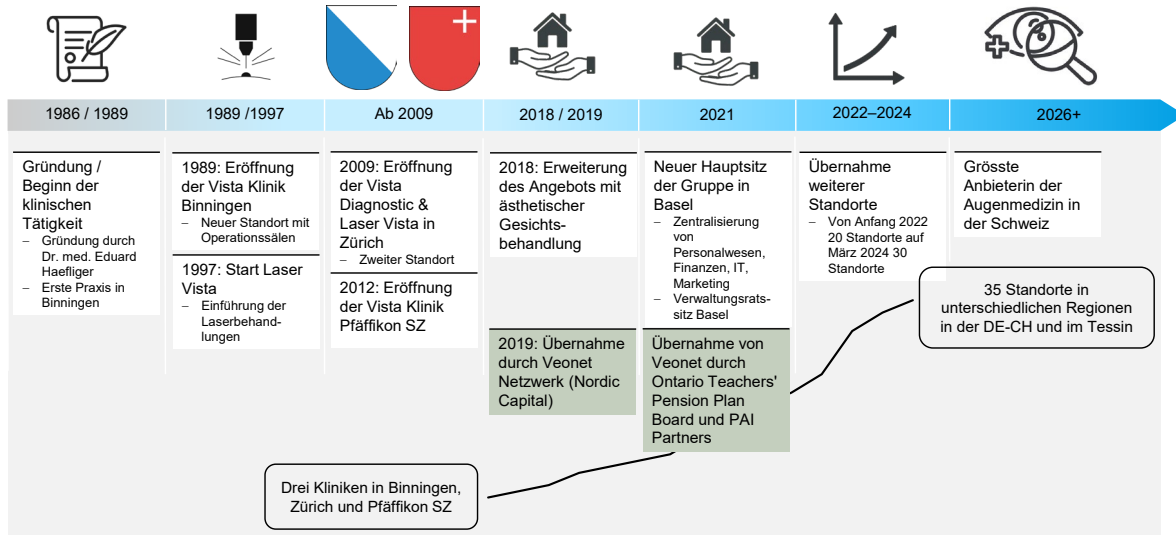
Historie und Expansion

Vista wurde 1986 durch Dr. med. Eduard Haefliger in Binningen gegründet. Die Praxis wechselte 1989 ihren Standort in Binningen und wurde ausgebaut zu einer Klinik mit zwei Operationssälen. Der Standort in Binningen wurde über die Jahre weiter entwickelt hin zu einer der grössten augenmedizinischen Einrichtungen der Schweiz. 1997 startete das Unternehmen mit «Laser Vista» die Laserbehandlung in der Klinik. Ab 2009 expandierte das Unternehmen mit der Eröffnung Vista Diagnostics und Laser Vista nach Zürich und etwas später nach Pfäffikon SZ. In den 2010er Jahren kamen weitere Standorte und ophthalmologische Leistungen hinzu, später auch die ästhetische Gesichtsbehandlung.

2019 wurde Vista von der Veonet-Gruppe übernommen. Die Veonet-Gruppe ist das grösste Ophthalmologie-Netzwerk Europas. Die Veonet-Gruppe war Teil des Portfolios der schwedischen Private-Equity-Gesellschaft Nordic Capital. 2021 verlegte Vista seinen Hauptsitz nach Basel. Mit diesem Schritt erfolgte die Zentralisierung von administrativen Prozessen, wie dem Personalwesen, den Finanzen, der Informatik und dem Marketing. 2022 wurde Veonet an den kanadischen Pensionsfonds Ontario Teachers' Pension Plan (OTTP) und an PAI Partners, einer französischen Private-Equity-Gesellschaft verkauft, die je 50 Prozent der Gruppe besitzen. Es erfolgten weitere Übernahmen von ophthalmologischen Praxen in der Deutschschweiz und dem Tessin. Die Anzahl der Standorte wuchs von 20 im Jahr 2022 auf heute 35 an. Vista ist aktuell die grösste Anbieterin von Augenmedizin in der Schweiz.

Darstellung DA 12 illustriert die Entwicklung von Vista Augenpraxen & Kliniken seit der Gründung 1986 bis heute.

DA 12: Entwicklung Vista Augenpraxen & Kliniken 1986 bis 2026



Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf der Website Vista Augenpraxen & Kliniken und der Medienberichterstattung.

Markposition

Vista ist eine der grössten Anbieterin von Augenmedizin in der Schweiz. Die Gruppe beschäftigt an 35 Standorten etwa 500 Mitarbeitende, darunter rund 91 Ärzte/-innen. Vista hat Einrichtungen in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Bern, Graubünden, Schwyz, Tessin, Thurgau und Zürich.

Eigentums- und Beteiligungsstruktur

Vista gehört zur Veonet-Gruppe, die seit 2022 im Besitz zweier Investoren ist – beide mit einem 50-Prozent-Anteil. Es sind dies der kanadische Pensionsfonds Ontario Teachers' Pension Plan und die französische Private-Equity-Gesellschaft PAI Partners.

Leistungsspektrum

Vista deckt das gesamte Spektrum der Ophthalmologie ab, das heisst klinische Ophthalmologie und Chirurgie mit Behandlungen wie Grauer Star, Grüner Star, Netzhautchirurgie und Hornhauttransplantationen, Augenlasern mit Behandlungen wie refraktive Chirurgie oder Linsenaustausch und Ästhetik mit Leistungen wie Filler, Oberlidstraffungen oder CO₂-Laser-Behandlungen. Vista legt zudem einen Fokus auf Forschung sowie Aus- und Weiterbildung. Vista ist beispielsweise ein führender Ausbildungsstandort für Ophthalmochirurgie.

Geschäftsmodell

Vista kauft und integriert bestehende Praxen und Kliniken – meist in Nachfolgesituationen – und verbindet sie über eine gemeinsame Plattform. In dieser sind nicht-medizinische Prozesse wie Personalwesen, Finanzen, Informatik, Marketing, Einkauf und Abrechnung zentralisiert. Ärzte/-innen können als Minderheitsgesellschafter an Standorten beteiligt bleiben.

A 5 Einzelfallrecherche

Als Grundlage für die Darstellung der Eigentümerstruktur in Kapitel 3 wurden wichtige Kenngrössen der 15 grössten medizinischen Kettenpraxen beziehungsweise fünf grössten Kettenapotheken in der Schweiz gesammelt. Da es keine offizielle Zusammenstellung der grössten Kettenpraxen beziehungsweise Apotheken gibt, wurden diese auf der Basis von Internetrecherchen und Medienbeiträgen zusammengestellt. Bei den Apotheken bildete die Statistik von pharmaSuisse eine wichtige Grundlage.⁵³ Die Liste der einbezogenen Kettenpraxen beziehungsweise Apotheken wurde von der Begleitgruppe verabschiedet. Die Informationen zu den Kenngrössen basieren auf den Interviews, der Medienanalyse, dem zentrale Firmenregister Zefix sowie Internetrecherchen.

A 5.1 Arztpraxen

DA 13: Schätzung der Strukturen der grössten Anbieter (Unternehmen und Netzwerke) ambulanter ärztlicher Leistungen in der Schweiz									
Name Unternehmen/ Netzwerk	Besitzverhältnisse (Mehrheitsbeteiligung)	Private- Equity- oder Investment- gesellschaft	Geografische Verteilung	Fachgebiet	Anzahl Standorte (Schätzung für das Jahr 2025)	Anzahl Ärzte/ -innen (Schätzung für das Jahr 2025)	Umsatz (CHF) (Schätzung für das Jahr 2025)	Grossteil ausländi- sches Ka- pital?***	Buy-and- Build- Strategie?
Medbase	Migros-Genossen- schaft	nein	ganze CH	Allgemeinmedizin, Notfall- und Akut- medizin, verschiedene Fachgebiete, Apotheken und zahnmedizinische Leistungen	65 Medical Centers 16 WePractice- Praxen 43 Zahnarztzentren	578 Ärzte/-innen 108 Physiothera- peuten/-innen 259 Zahnärzte/ -innen	ca. 1,146 Mrd.	nein	ja
Swiss Medical Net- work	AEVIS Victoria	ja	ganze CH	In den ambulanten Zentren: Hausarzt- medizin und spezialisierte Zentren auf Krebs, Radiologie, Wirbelsäule, Sport- medizin und Neurologie	21 Kliniken und Spitäler 70 Zentren	2'350	812,2 Mio.	nein	ja
Vista Augenpraxen & Kliniken	PAI Partners und On- tario Teachers' Pen- sion Plan (durch Veo- net)	ja	DE-CH und IT-CH	Augenheilkunde, Augenlasern, Ästhe- tik	35	91	ca. 150 Mio.	ja	ja

⁵³ Siehe dazu die Publikation auf der Website von pharmaSuisse, vgl. <https://pharmasuisse.org/de/fakten-und-zahlen> (Zugriff am 21.02.2026, Datenstand vom 7.10. 2025).

Name Unternehmen/ Netzwerk	Besitzverhältnisse (Mehrheitsbeteiligung)	Private- Equity- oder Investment- gesellschaft	Geografische Verteilung	Fachgebiet	Anzahl Standorte (Schätzung für das Jahr 2025)	Anzahl Ärzte/ -innen (Schätzung für das Jahr 2025)	Umsatz (CHF) (Schätzung für das Jahr 2025)	Grossteil ausländi- sches Ka- pital?***	Buy-and- Build- Strategie?
Groupe OnO	Privatpersonen	nein	DE-CH und FR-CH	Augenheilkunde, Ästhetik	33 (in der Schweiz), 38 total	60 (inkl. Zentren in Frankreich)	keine Angabe	nein	ja
Affidea Schweiz	Groupe Bruxelles Lambert: börsenno- tierte Investment-Hol- ding aus Belgien	ja	Ganze CH	diagnostische Bildgebung, histologi- sche Analysen, Brust- und Prostata- medizin, gastroenterologische Leistun- gen, neurologische und orthopädische Fachmedizin	33	über 100	keine Angabe	ja	ja
Praxis Gruppe Schweiz AG	Privatpersonen	nein	DE-CH	Allgemeinmedizin	30	keine Angabe	keine Angabe	nein	ja
EHC – Ensemble Hospitalier de la Côte	Stiftung	nein	FR-CH	Allgemeinmedizin, Notfall- und Akut- medizin, verschiedene Fachgebiete	25 Medizinische Zentren 3 EMS 1 Spital 2 Reha 1 Privatklinik	141 (2024)**		nein	nein
Sanacare	Versicherungen (CONCORDIA, Sa- nitas, Sympany)	nein	DE-CH	Allgemeinmedizin	23	ca. 160	46 Mio.	nein	nein
Arsanté	Privatpersonen	nein	FR-CH	Allgemeinmedizin	18	keine Angabe	keine Angabe	nein	nein
Pallas-Kliniken	Privatpersonen	nein	DE-CH	Augenheilkunde, Dermatologie, Ästhetische Medizin, Phlebologie	17	ca. 120	keine Angabe	nein	nein
Ärztezentren Deutschschweiz AG	Privatpersonen	nein	DE-CH	Allgemeinmedizin	16	keine Angabe	keine Angabe	nein	nein
Sanoptis	Groupe Bruxelles Lambert:	ja	DE-CH	Augenheilmedizin, Diagnostik	15	keine Angabe	keine Angabe	ja	ja

Name Unternehmen/ Netzwerk	Besitzverhältnisse (Mehrheitsbeteiligung)	Private- Equity- oder Investment- gesellschaft	Geografische Verteilung	Fachgebiet	Anzahl Standorte (Schätzung für das Jahr 2025)	Anzahl Ärzte/ -innen (Schätzung für das Jahr 2025)	Umsatz (CHF) (Schätzung für das Jahr 2025)	Grossteil ausländi- sches Ka- pital?***	Buy-and- Build- Strategie?
	börsennotierte Invest- ment-Holding aus Bel- gien								
Doktorhuus	Ufenau Capital Part- ners	ja	DE-CH	Allgemeinmedizin, ergänzende Fach- leistungen wie Gastroenterologie und Radiologie	13	keine Angabe	keine Angabe	nein	ja
Augenarzt-Praxisge- meinschaft Gutblick AG	Privatpersonen	nein	DE-CH	Augenheilkunde	11	ca. 50	keine Angabe	nein	nein
Monvia	Tochtergesellschaft von Concordia		DE-CH	Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pädi- atrie, Jugendmedizin und Entwick- lungspädiatrie, Psychiatrie	10	61	keine Angabe	nein	nein

Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf Internetrecherche und Unterlagen des BAG. Legende: * = 276 Mio. Medbase Medical, 148 Mio. Medbase Dental, 722 Mio. Medbase Wholesale und Online, ** = Médecins de permanences et de centres médicaux, *** = Hauptinvestor hat seinen Firmensitz ausserhalb der Schweiz.

A 5.2 Apotheken

DA 14: Strukturen der grössten Apothekenketten in der Schweiz

<i>Name Unternehmen/Netzwerk</i>	<i>Besitzverhältnisse (Mehrheitsbeteiligung)</i>	<i>Private- Equity- oder Investmentge- sellschaft</i>	<i>Geographi- sche Vertei- lung</i>	<i>Anzahl Standorte (Schätzung für das Jahr 2025)</i>	<i>Anzahl Apothe- ker/-innen (Schätzung für das Jahr 2025)</i>	<i>Umsatz (CHF) (Schätzung für das Jahr 2025)</i>	<i>Grossteil aus- ländisches Kapital?</i>	<i>Buy- and- Build- Strate- gie?</i>
Amavita & Sun Store	Galenica	nein	Ganze CH	Amavita: 196 SunStore: 84	keine Angabe	1,3 Mrd.	nein	keine An- gabe
Apotheken Drogerien Dr. Bähler & Dropa Drogerien Apotheken	Dr. Bähler DROPA AG	nein	DE-CH	73	keine Angabe	keine Angabe	nein	keine An- gabe
Pharmacies BENU SA	PHOENIX group (Merckle)	ja	Ganze CH	102	keine Angabe	keine Angabe	ja	keine An- gabe
Coop Vitality Apotheken	Galenica & Coop	nein	DE-CH und FR-CH	86	keine Angabe	311 Mio.	nein	keine An- gabe
MedBase	Migros-Genossenschafts-Bund	nein	Ganze CH	49	246	180 Mio.	nein	keine An- gabe

Quelle: Darstellung Universität Luzern, basierend auf Daten von pharmaSuisse, einer Internetrecherche und Unterlagen des BAG. Legende: * = Segment Products & Care gesamte Galenica-Gruppe.