

## Inhaltsverzeichnis

### H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Ospedale che vai, cure che trovi: "Ci vuole più trasparenza"

 rsi.ch | 01.06.2026

Nach Maisano-Skandal: Welches ist das beste und welches das schlechteste Spital in der Schweiz?

 nzz.ch | 31.05.2026

Behandlungsqualität von Spitälern zu vergleichen ist schwierig

 SRF 1 | 31.05.2026

### SPITÄLER

ZH – Gegen den Mangel: Wie eine Pflegestation neue Fachkräfte formt

 Radio SRF 1 | 31.05.2026

SG – Kinderspital schreibt im Jahr 2025 Gewinn

 St. Galler Tagblatt | 01.06.2026

BL – KSBL: Kanton will Laufner Notfall noch stärker einschränken

 bz – Zeitung für die Region Basel | 30.05.2026

GE – HUG: Wie gleich vier Nieren gleichzeitig transplantiert wurden

 srf.ch | 31.05.2026

Kameras in Spitälern im Gegenwind

 CH Media national | 30.05.2026

ZH – Skandal um die Herzchirurgie am USZ: «Falsche Anreize»? - Gastkommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 29.05.2026

GL – Kantonsspital Glarus: Eine Million weg in wenigen Wochen

 Medinside (de) | 28.05.2026

Der Krampf mit den Billigspitälern

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 28.05.2026

GR – Kleinstes Spital der Schweiz: Warum in der Val Müstair fast jeder alles können muss

 Südostschweiz Bündner Zeitung | 28.05.2026

VD – «Cet hôpital ne tournerait pas sans nous»

 Le Temps | 01.06.2026

ZG – Kantonsspital Zug: Spital blickt auf Rekorde und gute Finanzen zurück

 Zuger Zeitung | 29.05.2026

GE – Le Centre de chirurgie ambulatoire accueille son premier patient

 Tribune de Genève | 29.05.2026

ZH – KSW, Spital Bülach: Urologie-Netzwerk in der Entstehung

 Der Landbote | 28.05.2026

GE – Genève relève à son tour le défi de la chirurgie ambulatoire

 Le Temps | 28.05.2026

## HEILKUNDE

### Zauberpinsel für positive Momente im Kinderspital

 SRF 1 | 31.05.2026

---

## DIVERSES

### Le numerus clausus: bientôt supprimé? «Ce n'est pas tout à fait le cas»

 Medinside (fr) | 30.05.2026

---

### Obsan macht Medizinalberufe messbar: Aus- und Weiterbildung, Zu- und Abwanderung

 Medinside (de) | 29.05.2026

---

## KRANKENKASSEN

### Blindflug bei den Prämien: Was kommt 2027 auf uns zu?

 CH Media national | 30.05.2026

---

## GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

### Sparzwänge bremsen die Digitalisierung im Gesundheitswesen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 30.05.2026

---

## PHARMA

### Costi sanitari, le misure non convincono tutti

 tio.ch | 28.05.2026

---

## KANTONAL / REGIONAL

### LU – Zwischen Notfall und «Notfall»

 Luzerner Zeitung | 30.05.2026

---

## PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

### ZH – PUK: Psychiatrie will 90'000 Franken für Sicherheitsdienst

 Tages-Anzeiger | 29.05.2026

---

# Ospedale che vai, cure che trovi: “Ci vuole più trasparenza”

 [rsi.ch](https://www.rsi.ch) | 01.06.2026

Per chi deve sottoporsi a un intervento, è difficile scoprire quale struttura garantisca risultati migliori - Una ricerca mostra che le differenze sono grandi.

Per chi deve sottoporsi a un intervento, è difficile scoprire quale struttura garantisca risultati migliori - Una ricerca mostra che le differenze sono grandi

Il caso della [cattiva gestione nella clinica di cardiocirurgia all'Ospedale universitario di Zurigo](#) fra il 2016 e il 2020 ha fatto discutere. Un'inchiesta indipendente ha concluso che nel periodo in questione il tasso di mortalità è stato significativamente più alto rispetto a strutture ospedaliere analoghe.

Ma quali possibilità hanno i pazienti di confrontare i risultati ottenuti nelle cure dai vari ospedali? Se per hotel, ristoranti e shopping ci si può basare su stelle o recensioni, per chi deve sottoporsi a un intervento è invece difficile scoprire quale ospedale garantisca risultati migliori.

Ci vuole dunque maggiore trasparenza per quanto riguarda il confronto della qualità degli ospedali, afferma il consigliere nazionale del Centro **Thomas Rechsteiner**. “Ci sono due attori - spiega al Telegiornale della RSI - che non sostengono attivamente questo approccio: uno è l'Ufficio federale della sanità, che si basa sul fatto che una revisione della qualità è già stata introdotta nella LaMal, poi ci sono i fornitori di prestazioni, alcuni dei quali sono riluttanti a fornire questi dati perché naturalmente hanno un certo timore per un possibile confronto”.

## La ricerca: ci sono grandi differenze tra i singoli ospedali

Una ricerca della Scuola universitaria professionale di Berna su dati anonimizzati, citata dalla NZZ am Sonntag, indicherebbe grandi differenze tra i singoli ospedali. “Per le protesi dell'anca, ad esempio, il tasso di complicazioni negli ospedali ‘peggiori’ è fino al 230% più alto rispetto a un ospedale ‘medio’” si legge sul settimanale.

Secondo lo studio, in Svizzera non esiste un confronto della qualità degli ospedali di facile comprensione per i pazienti. L'Ufficio federale della sanità sottolinea che dal 2008 pubblica i dati sulla qualità degli ospedali svizzeri, ad esempio per quanto riguarda le operazioni al cuore, le protesi d'anca e i trattamenti contro il cancro. L'importante è che questi dati siano poi utilizzati.

Per la consigliera nazionale socialista **Flavia Wasserfallen** c'è però una certa reticenza. “Continuo a percepire una resistenza tra medici e ospedali che non vogliono fornire questi dati perché temono che vengano poi stilate classifiche o che i dati non vengano misurati in modo veramente comparabile”.

L'associazione ospedaliera H+ respinge l'accusa di mancanza di trasparenza. I dati vengono pubblicati già oggi, afferma. Tuttavia, i confronti diretti tra gli ospedali sono difficili perché hanno pazienti con casi di complessità diversa. H+ si dice comunque pronta a partecipare attivamente alla discussione su eventuali sviluppi in questo campo.

 [Cominci il audio, durata 02:00 \(Start 00:37\)](#)

**medviu** Medviu AG, +41 71 330 03 75, [contact@medviu.ch](mailto:contact@medviu.ch), [www.medviu.ch](http://www.medviu.ch)

Verwendung zum Eigengebrauch gemäss Art. 19 URG. Die Aufnahme in betriebsinterne Presse- bzw. Medienspiegel ist gegenüber der ProLitteris ([www.prolitteris.ch](http://www.prolitteris.ch)) zu vergüten.

📺 Comincia il video, durata 02:43

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Nach Maisano-Skandal: Welches ist das beste und welches das schlechteste Spital in der Schweiz?

 nzz.ch | 31.05.2026

Eine neue Studie zeigt: Die Qualitätsunterschiede zwischen den Spitälern sind riesig. Doch die Namen bleiben geheim, obwohl der Bund Betriebsvergleiche längst veröffentlichen müsste.

**Stefanie Pauli, Mirko Plüss**

Für Hotels gibt es Sterne, für Kopfhörer Testberichte und für Katzenfutter Tausende Online-Bewertungen. Kaum etwas entgeht heute dem Vergleich. Doch ausgerechnet bei der eigenen Gesundheit fehlt diese Transparenz in der Schweiz: Patientinnen und Patienten können oft kaum beurteilen, welche Spitäler und Behandlungen tatsächlich die besten Ergebnisse erzielen.

Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in der Schweiz bis heute weder ein Ranking noch ein Ampelsystem, das Spitäler systematisch miteinander vergleicht. Die Frage nach mehr Transparenz beschäftigt die Gesundheitspolitik seit Jahren. Nun wurde mit dem Fall Maisano am Universitätsspital Zürich die Diskussion neu entfacht. Denn dort brauchte es erst eine riesige Untersuchung, um die schon länger vermutete, stark erhöhte Sterblichkeitsrate unter dem italienischen Herzchirurgen zu belegen.

Der Appenzeller Mitte-Nationalrat Thomas Rechsteiner fordert nun rasche Schritte. Seine letztjährige Motion für mehr Transparenz bei der Qualität von Spitälern soll nun möglichst schnell vom Parlament behandelt werden. «Ich will ja auch in einem Restaurant essen, das gute Bewertungen hat», sagt er. Voraussetzung dafür sei allerdings, dass die Informationen überhaupt öffentlich seien. Ähnlich argumentiert der FDP-Ständerat Damian Müller: «Wer hohe Prämien zahlt, soll wissen können, wo die beste Behandlung erfolgt», sagt der Luzerner Politiker.

Genau das wäre eigentlich längst vorgesehen. Der Bund hat sogar einen Auftrag: Gemäss Krankenversicherungsgesetz muss er landesweite Betriebsvergleiche zu Kosten und Qualität veröffentlichen. Zwar publiziert er seit einigen Jahren verschiedene Qualitätsindikatoren wie die Fallzahlen oder Mortalitätsraten, doch für die meisten Patientinnen und Patienten sind diese Daten kaum verständlich. Statt einer einfachen Orientierungshilfe finden sie Tabellen voller Fachbegriffe und standardisierter Raten vor.

Dabei wäre mehr Transparenz von grosser Bedeutung für die Bevölkerung. Denn Schweizer Spitäler unterscheiden sich in der Qualität stark voneinander, wie neue Untersuchungen zeigen.

## Massiv höheres Risiko eines Schlaganfalls

Ein Team der Berner Fachhochschule hat über hundert Spitäler analysiert – unter anderem bei Operationen von Leistenbrüchen und dem Einsetzen künstlicher Hüftgelenke. Die Ergebnisse zeigen, wie gross die Unterschiede sind: Bei Hüftimplantaten beispielsweise ist die Komplikationsrate in den

«schlechtesten» Spitälern bis zu 230 Prozent höher als in einem «durchschnittlichen» Spital. Das Risiko eines Nierenversagens oder eines Schlaganfalls nach einer Hüftoperation ist dort massiv höher.

Die Forscher haben analog zur Hotelbranche ein System entwickelt, das den Spitälern bei häufig vorkommenden Operationen Sterne verteilt. Ein Ranking in dieser Art ist ein Novum in der Schweiz, doch Patientinnen und Patienten bringt das kaum etwas: Auf der Grafik blinken nur farbige Punkte, aber keine Namen. «Wir erhalten nur anonymisierte Daten vom Bund», kritisiert der Forschungsleiter und Gesundheitsökonom Tobias Müller. Selbst er darf nicht wissen, welches Spital das «beste» oder das «schlechteste» ist.

Wenn selbst Wissenschaftler keine offenen Spitalvergleiche erstellen dürfen, wie sollen dann Patienten ihr Spital nach Qualitätsmerkmalen aussuchen können? Studien belegen, dass die Wahl deshalb primär auf nah gelegene Spitäler oder die Häuser mit dem besten Komfort fällt. «Gerade die Nähe ist ein problematischer Indikator, der wenig mit der Behandlungsqualität zu tun hat», sagt Müller.

Dass Qualitätsüberlegungen hierzulande wenig Einfluss auf die Spitalwahl haben, stellt auch die Krankenkasse Concordia fest. Sie gilt auf dem Gebiet als Pionierin und hat als eine der ersten Krankenkassen schon vor Jahren ein statistisches Modell aus einem Mix von öffentlichen und eigenen Daten gebaut, das Versicherten bei ihrer Wahl hilft. «Wettbewerb mit freier Spitalwahl funktioniert nur, wenn die Qualitätsindikatoren transparent und verständlich veröffentlicht werden», sagt Matthias Steiner, Leiter Gesundheitsdienste bei der Concordia.

Das eigene Ampelsystem darf die Krankenkasse nicht publizieren, sie berät jedoch ihre Patienten auf dieser Grundlage. Sobald sie wüssten, wie gut ein Spital sei, würden sie nicht mehr nur das nächste wählen: «65 Prozent der Patienten, die bei uns nachfragen, wählen eines der drei empfohlenen Spitäler für ihre Behandlung», sagt Steiner.

## BAG-Zahlen versagen im Fall Maisano

Betriebsvergleiche wie jene der Wissenschaftler und der Krankenkassen wären eigentlich Aufgabe des Bundes. Doch dieser ist weit davon entfernt, Patienten eine echte Entscheidungshilfe zu bieten. Vor wenigen Wochen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zwar eine neue Plattform aufgeschaltet, die genau dieses Ziel verfolgt. Die Seite befindet sich allerdings in einem sehr rudimentären Stadium: Bis jetzt lassen sich lediglich Pflegeheime für eine Qualitätseinschätzung auswählen – mit gerade einmal sechs beliebigen Qualitätsindikatoren, wie zum Beispiel, ob ein Bettgitter vorhanden ist.

Eine Mitteilung zur Lancierung gab es nicht. Schämt man sich beim Bund für die unausgelegene Plattform? Fachpersonen schütteln jedenfalls den Kopf und sprechen von einem Rohrkrepieler.

Das BAG sieht auch beim Fall Maisano nicht gut aus. Die Experten, die den Untersuchungsbericht verfasst haben, schreiben: «Die geringste Aussagekraft kommt dem Vergleich mit den BAG-Sterblichkeitsraten zu.» Andere Zahlen würden viel präzisere Aussagen ermöglichen.

Wie ist ein solches Verdikt möglich? Weshalb ist die Qualität im teuersten Gesundheitssystem der Welt nach Jahren von Diskussionen und neuen Gesetzestexten immer noch so intransparent? Und: Ist dieser Blindflug vielleicht sogar gewollt?

Für den Gesundheitsökonom Tobias Müller ist die Intransparenz das Resultat von jahrelangem und intensivem Lobbying der Spitalverbände, dem die Behörden zu stark nachgeben. «Transparenz zur Behandlungsqualität würde echten Wettbewerb zwischen den Spitälern auslösen – aber eben auch einen enormen Druck auf schlechte und ineffiziente Spitäler aufbauen», sagt der Wissenschaftler.

Die Spitäler wehren sich gegen den Vorwurf. Man sei nicht gegen Transparenz, aber gegen «Scheingenauigkeit», sagt der Spitalverband H+ auf Anfrage. «Ein Zentrumsspital behandelt schwerere, risikoreichere Fälle als ein Regionalspital.» Eine höhere Mortalitätsrate könne deshalb durch den Auftrag des Spitals begründet sein und zu falschen Schlüssen führen, so der Verband.

Der Gesundheitsökonom Tobias Müller hält dagegen, er und sein Team würden solche Unterschiede statistisch berücksichtigen. «Einzelne Spitäler schneiden nicht schlechter ab, nur weil sie komplexere Fälle haben», sagt Müller.

Wenn die Daten und Methoden vorhanden sind – warum macht der Bund daraus keine brauchbare Orientierungshilfe? Das komme, schreibt das BAG auf Anfrage. Die Voraussetzung dafür sei allerdings, dass die Spitäler hochwertige und vergleichbare Daten zur Verfügung stellten. Bis 2031 würden jährlich zusätzliche Daten auf der neuen Plattform aufgeschaltet.

Für Menschen, die jetzt vor einer grossen Operation stehen, ein schwacher Trost.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Behandlungsqualität von Spitälern zu vergleichen ist schwierig

 SRF 1 | 31.05.2026

Für Patienten soll es einfacher werden, Spitäler anhand ihrer Behandlungsqualität zu vergleichen. Dies fordern Gesundheitspolitiker. Der Spitalverband H+ weist den Vorwurf mangelnder Transparenz zurück: Qualitätsdaten würden bereits heute veröffentlicht.

 [Video starten, Dauer: 02:58](#)

# ZH – Gegen den Mangel: Wie eine Pflegestation neue Fachkräfte formt

 Radio SRF 1 | Stadtspital Zürich | 31.05.2026

Im Stadtspital Waid in Zürich führen Studierende eine eigene Pflegeabteilung. Dies soll den Beruf attraktiver machen.

Kurz vor halb acht Uhr morgens auf der Pflegestation im Stadtspital Waid. Kilian Käppeli klopft an eine Zimmertür, tritt ein, lächelt: «Guten Morgen.» Der Patient richtet sich leicht auf. Ein kurzer Austausch über die Nacht, dann misst Käppeli die Temperatur, fragt nach Schmerzen, beobachtet aufmerksam.

Was nach Routine klingt, ist auf dieser Station besonders. Käppeli ist im ersten Ausbildungsjahr zum Pflegefachmann, 39 Jahre alt, Quereinsteiger – und arbeitet fast so selbstständig, als wäre er schon Jahre im Beruf. «Man wächst in die Aufgaben hinein», sagt er – «und füllt seinen Rucksack Schritt für Schritt.»

Ein paar Türen weiter kontrolliert Lea Marthaler den Blutdruck eines Patienten. Die 22-Jährige ist im dritten Ausbildungsjahr. Sie kennt die Abläufe, übernimmt Verantwortung, unterstützt jüngere Kolleginnen und Kollegen. «Wir funktionieren als Team», sagt sie. «Man kann es lustig haben – aber man weiss auch, wann es ernst ist.»

## Schon früh in der Ausbildung viel Verantwortung

Die «Ausbildungsstation 365» im Stadtspital Waid funktioniert anders als klassische Abteilungen. Hier führen Studierende den Betrieb weitgehend selbstständig. Sie pflegen, tauschen sich untereinander aus, treffen Entscheidungen. «Man merkt, dass sie sich besonders Mühe geben», sagt ein Patient, der schon mehrfach hospitalisiert war. «Ein bisschen nervöser sind sie schon – aber sehr sorgfältig.»

Diese Mischung aus Motivation und Unsicherheit ist Teil des Konzepts. Lernen soll hier nicht nur stattfinden, sondern erlebt werden. Die Studierenden sind nicht Beobachter, sondern Akteure. Sie übernehmen Verantwortung für echte Menschen, echte Situationen, echte Entscheidungen.

Begleitet werden sie dabei trotzdem eng. Im Hintergrund stehen erfahrene Berufsbildnerinnen wie Joy Baumann bereit. Sie beobachtet, gibt direkt Rückmeldung, lobt, korrigiert. «Das Feedback kommt unmittelbar nach der Handlung», sagt sie. «Das hat eine enorme Wirkung.» Die Studierenden wüssten so genau, wo sie stehen – und was sie als Nächstes lernen können.

Aktuell arbeiten 13 Studierende für ein Semester auf der Station, insgesamt durchlaufen bis zu 40 pro Jahr das Programm. Für das Stadtspital ist es mehr als ein Ausbildungsformat. Es ist ein Versuch, die Pflege neu zu denken. Denn der Fachkräftemangel ist real und die Belastung hoch.

## Ein Modell gegen den Fachkräftemangel?

«Wir wollen herausfinden, wie die Ausbildung attraktiv gestaltet werden kann», sagt Patrick Witschi, Leiter des Departements Fachpflege und Soziales am Zürcher Stadtspital. Attraktiv bedeutet: früh Verantwortung übernehmen, ernst genommen werden, sich als Teil eines funktionierenden Systems erleben.

Der Kanton Zürich unterstützt das Projekt mit rund 400'000 Franken jährlich – im Rahmen der Pflegeinitiative. Noch läuft die Station im Pilotbetrieb, bis mindestens 2028. Und noch nicht immer reibungslos. Prozesse müssen erst definiert, Rollen geklärt werden. «Das braucht Zeit», sagt Witschi.

Für Witschi spricht aktuell aber vieles für den Aufwand in der Station. Und auch Lea Marthaler sieht darin eine wichtige Stütze, um einen an sich wertvollen Beruf attraktiver zu machen. «Wenn ich sehe, dass es jemandem besser geht oder ich ihm den Tag ein bisschen verschönern konnte, dann ist das auch für mich schön.»

 [Audio starten, Dauer: 05:35](#)

# SG – Kinderspital schreibt im Jahr 2025 Gewinn

 St. Galler Tagblatt | 01.06.2026

Der Neubau schreitet planmässig voran und bleibt voraussichtlich innerhalb des Budgets.

Die Stiftung Ostschweizer Kinderspital hat das Geschäftsjahr 2025 mit einem Gewinn von 1,5 Millionen Franken abgeschlossen. Dies schreibt die Stiftung in einer Medienmitteilung. Kinder- und Jugendmedizin würden jedoch weiterhin unzureichend in den geltenden Tarifstrukturen abgebildet: Das Ergebnis sei nur durch Spenden in Höhe von 1,8 Millionen und Zusatzbeiträge der Stiftungsträger von 14,4 Millionen Franken möglich gewesen. Ohne diese hätte das Kinderspital im operativen Geschäft einen Verlust von 14,7 Millionen erwirtschaftet.

Die Nachfrage nach kinder- und jugendmedizinischen Leistungen sei indes ungebrochen: Das Kinderspital zählte im letzten Jahr mit 77'500 ambulanten Konsultationen einen Höchstwert, das sind 3,4 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten ging zwar um 4 Prozent zurück, erreichte mit 5100 Kindern und Jugendlichen dennoch den zweithöchsten Wert aller Zeit.

## Neubau schreitet planmässig voran

Das vergangene Jahr stand im Zeichen des Neubaus, der derzeit in St. Gallen entsteht. Er soll termingerecht am 26. September in Betrieb genommen und der gesetzte Kostenrahmen soll eingehalten werden. Kinderspital-CEO Serge Altmann sagt: «Dies verdanken wir dem ausserordentlichen Engagement unserer Mitarbeitenden, die intensiv in das Neubauprojekt eingebunden sind, sowie unseren kompetenten Partnern.» Die Stiftung lobte ihre Mitarbeitenden, die täglich und rund um die Uhr einen wichtigen Beitrag leisten. Wie sie schreibt, identifizieren sie sich stark mit dem Ostschweizer Kinderspital: Die Fluktuation lag bei lediglich 5,6 Prozent, was dreimal besser als im Branchenvergleich sei. (jot)

# BL – KSBL: Kanton will Laufner Notfall noch stärker einschränken

 bz – Zeitung für die Region Basel | KSBL | 30.05.2026

Betrieb des Gesundheitszentrums könnte bald auf zwölf Stunden reduziert werden. Gegnerschaft im Landrat warnt vor «politischer Unruhe».

## Michael Meury

Anfang Mai gab der Baselbieter Regierungsrat seine Pläne bekannt, den 24-Stunden-Notfall im Laufner Gesundheitszentrum abzuschaffen. Wie die bz berichtete, unterbreitete er dem Landrat eine Vorlage, den Notfall-Walk-in nur noch zwischen 8 Uhr morgens und 22 Uhr abends offen zu halten. Damit würde der Kanton rund eine Viertelmillion Franken pro Jahr einsparen. Nun geht die landrätliche Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission (VGK) noch einen Schritt weiter. Sie fordert eine Reduktion der Öffnungszeiten auf zwölf Stunden – von 8 Uhr morgens bis 20 Uhr abends. Im Laufental dürfte dies «eine politische Unruhe» provozieren, fürchten kritische Landrätinnen und Landräte.

Das Gesundheitszentrum des Kantonsspitals Baselland (KSBL) im Laufner Birscenter öffnete vor rund zwei Jahren seine Tore. Jüngst legte die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) eine Auswertung der ersten Betriebsphase vor. So seien 2025 über 6000 Patientinnen und Patienten behandelt worden. Davon aber nur 616 zwischen 22 und 8 Uhr. Das macht im Schnitt ein bis zwei Patientinnen und Patienten pro Nacht. Laut dem nun veröffentlichten Bericht der VGK sei diese Forderung «kontrovers diskutiert» worden: Ein Teil der Kommission hielt es nicht für angebracht, das Laufental wegen «geringer Einsparungen» medizinisch «erneut zu benachteiligen» und beantragte, den 24-Stunden-Notfall beizubehalten. Ein weiterer Abbau sei nicht nur schwer zu vermitteln, sondern zöge «eine politische Unruhe» nach sich. Dieser Meinung ist auch der Laufner Mitte-Landrat Marc Scherrer. «Kaum hat sich das Zentrum etabliert, nutzt man die erstbeste Gelegenheit, um es der Bevölkerung wieder wegzunehmen.» Die Zusicherung eines «24/7-Notfall-Walk-in mit ärztlicher Betreuung» im Laufental geht auf seinen Antrag im Jahr 2021 zurück, der damals mit grosser Mehrheit vom Landrat angenommen wurde. Er sagt: «Ich werde dort nun für den Erhalt des <24/7-Notfall-Walk-in> kämpfen.»

## 24-Stunden-Betrieb «generell nicht sinnvoll»

Anders als Scherrer erachtete die Mehrheit der VGK die Reduktion als sachgerecht. Das nachts mehrheitlich «unproduktive und schlafende» Personal sei gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel andernorts besser eingesetzt. So denkt auch der Niederdorfer SP-Landrat und Gesundheitsökonom Urs Roth. «Ein 24-Stunden-Betrieb kann bei so tiefen nächtlichen Frequenzen weder wirtschaftlich noch medizinisch gerechtfertigt werden», erklärt er auf Anfrage. Es brauche die Versorgung rund um die Uhr. «Doch die haben wir dank dem ausgebauten Rettungsdienst auch im Laufental.»

Deshalb dürfe der nun geforderte Schritt auch nicht als Trotzaktion gegen das Laufental missverstanden werden. Er stehe vollkommen hinter dem Gesundheitszentrum, betont Roth. «Doch die nun gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass ein 24-Stunden-Betrieb in Gesundheitszentren für die Ambulantisierung generell

nicht sinnvoll ist.» Der Gegenantrag in der VGK, die Öffnungszeiten sogar auf zwölf Stunden zu reduzieren fand deshalb eine knappe Mehrheit. Pro Stunde könnten weitere 100'000 Franken eingespart werden. Zudem seien zwölf Stunden einfacher zu vermitteln und betrieblich sinnvoller. Die Fronten im Landrat sind also gesetzt. An der bevorstehenden Debatte dürfte der ewige Laufner Spitalstreit erneut kulminieren.

## Laufental werde «zweitklassig» behandelt

Für Remo Oser, Präsident des Vereins Bezirksrat Gesundheit, ist klar: Der Laufentalvertrag von 1994, der eine «Notfallstation dauernd gewährleistet», werde untergraben. Die «zweitklassige Behandlung» durch den Kanton werde auch ungeachtet dieses «Wortbruchs» offenkundig: «Dem Laufental mit sieben Prozent der Kantonsbevölkerung stünden bei einem jährlichen Umsatz des KSBL von über 460 Millionen Franken rund 32 Millionen zu.»

Das Gesundheitszentrum erwirtschaftete nicht annähernd einen Umsatz in dieser Grössenordnung. «Nur mit unserer Initiative, die eine Gesundheitsversorgung nach dem Konsenspapier von 2018 fordert, können wir geregelte Verhältnisse schaffen.»



Der ewige Laufner Spitalstreit spitzt sich erneut zu. Bild: Jan Naef

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# GE – HUG: Wie gleich vier Nieren gleichzeitig transplantiert wurden

 srf.ch | HUG | 31.05.2026

Am Unispital Genf und an drei französischen Spitälern kam es zu einem Transplantations-«Quartett» – eine Premiere.

## Jérémie Favre

Seit 2021 ist eine Kreuzspende bei der Organtransplantation erlaubt. Dies ermöglicht es, die Unverträglichkeit zwischen einem lebenden Spender oder einer Spenderin und der kranken angehörigen Person zu überwinden. Das heisst, dass man mehrere unverträgliche Spender/Empfänger-Paare anonym zusammenführt, die kreuzweise mit einem anderen Paar verträglich sind.

Solche Kreuzspenden bieten zahlreiche Vorteile: Verkürzte Wartezeit auf ein notwendiges Organ und eine reduzierte Warteliste für die übrigen Patientinnen und Patienten, wie Fadi Haidar gegenüber dem Westschweizer Radio und Fernsehen RTS erklärt. Er ist leitender Arzt und verantwortlich für Nierentransplantationen am Universitätsspital Genf (HUG). Die Kreuzspende bietet auch bessere Überlebenschancen, da das Transplantat von einer lebenden Person stammt.

2024 war in Frankreich bereits ein solches Triplett durchgeführt worden. Neben dem HUG waren an dem nun durchgeführten Transplantations-Quartett auch die Universitätsspitäler von Montpellier, Reims und Toulouse beteiligt. Dies sei «ein Wendepunkt in der Entwicklung der Nierentransplantation mit lebenden Personen», so Haidar weiter.

Das HUG setzt bereits seit Längerem darauf, auch Kreuzspenden-Paare aus dem Ausland finden zu können.

Swisstransplant unterstützt diese Entwicklung voll und ganz. Eine Ausdehnung des Spendenpools auf das Ausland sei ein wichtiger Schritt, wird die Nationale Stiftung für Organspende und Transplantation in einer Medienmitteilung zitiert.

## Absprache und Synchronisierung

Eine französische Agentur für Biomedizin identifiziert jeden Monat betroffene Paare, welche für eine Kreuzspende zusammengeführt werden könnten. Anschliessend werden Verträglichkeitstests durchgeführt. In einem weiteren Schritt werden die Teams der Spitäler miteinander in Kontakt gebracht, sodass die chirurgischen Eingriffe synchronisiert werden können – anschliessend wird der Transport der Organe organisiert. Für das kürzlich durchgeführte Quartett wurden acht voneinander unabhängige Eingriffe innerhalb einer maximalen Frist von 24 Stunden durchgeführt.

# Kameras in Spitälern im Gegenwind

 CH Media national | LUKS | 30.05.2026

Immer häufiger werden Patienten mit digitalen Systemen überwacht. Die nationale Ethikkommission bringt nun Bedenken vor – und erhöht damit den Druck auf das Luzerner Kantonsspital als Vorreiter.

## Julian Spörri

Wer im Spitalbett liegt, will von Menschen gepflegt werden – und nicht von Kameras oder Sensoren überwacht. Gleichzeitig setzen immer mehr Spitäler auf digitale Systeme, um die Sicherheit der Patienten zu verbessern und effizienter zu werden. Die Entwicklung löst trotz der Chancen Unbehagen aus. Denn es geht um Menschen in einer vulnerablen Situation und um sensible Gesundheitsdaten. Entsprechend umstritten ist etwa die geplante KI-Überwachung am Zürcher Unispital, wie diese Zeitung kürzlich berichtete.

Nun schaltet sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in die Diskussion ein. Ihre Ethikkommission hat Empfehlungen formuliert. Sie lesen sich wie eine Warnung vor einem Wildwuchs.

Digitale Überwachung dürfe «nicht routinemässig bei allen Patienten» eingesetzt werden, sondern «nur in vordefinierten und begründeten Einzelfällen», schreiben die Ethikerinnen und Ethiker. Zudem müsse der Eingriff so wenig invasiv wie möglich sein. Im Klartext: Radarsensoren sind Videoaufnahmen vorzuziehen. Braucht es die Kamera dennoch, muss der Einsatz punktuell sein. Genügt das Bild, bleibt das Mikrofon ausgeschaltet.

## Spital läutete «neue Zeitepoche» ein

Besonders kritisch beurteilt die Ethikkommission den Einsatz von Bild- und Tonsystemen über längere Zeiträume ohne Anonymisierung. Das stelle den «schwersten Eingriff» dar. Mit Blick auf die Grundrechte des Einzelnen und den Datenschutz seien dafür «kaum Rechtfertigungsgründe denkbar».

Die Worte dürften sich nicht zuletzt an das Luzerner Kantonsspital richten, das im Bereich der Videosysteme zu den Vorreitern zählt. Vor einem Jahr kündigte es das Programm «Virtual Care» an, das eine «kontinuierliche medizinische und pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten» ermöglichen soll. Im Spital beginne «eine neue Zeitepoche», sagte der Projektleiter damals.

## «Radarsysteme greifen weniger tief in die Persönlichkeitsrechte des Patienten ein.» - Regina Aebi-Müller, Rechtsprofessorin

Teil des Programms sind roboterartige Wagen mit Bildschirm, Mikrofon und Kamera. Werden sie aktiviert, können Pflegende die Patienten von einem anderen Raum aus überwachen. Von dereinst bis zu 20

Patienten pro sogenannter «Virtual Nurse» war die Rede. Das rief die Ethikkommission der SAMW auf den Plan, weil sie den Eindruck eines breit angelegten und überhasteten Einsatzes der Technologie hatte.

Auf Anfrage erklärt das Luzerner Kantonsspital, man analysiere derzeit die konkreten Auswirkungen der neuen Empfehlungen. Die wesentlichen angesprochenen Aspekte berücksichtige man jedoch bereits heute. «Der Einsatz von «Virtual Care» erfolgt nicht flächendeckend oder dauerhaft, sondern gezielt in definierten Fällen und ausschliesslich mit der vorgängigen Einwilligung der Patientinnen und Patienten.» Zudem würden keine Bild- und Tondaten gespeichert.

Wie oft die videogestützte Echtzeitübertragung effektiv eingesetzt wird, will das Spital nicht sagen, weil die Pilotphase noch läuft. Erst auf Nachfrage nennt es zudem konkrete Anwendungsgebiete: «bei Bedarf etwa bei Delir, Weglaufgefährdung oder Sturzrisiko». Dies stets unter Berücksichtigung der medizinischen Situation und des Prinzips der Verhältnismässigkeit.

## Das wären die konkreten Alternativen

Regina Aebi-Müller findet alle drei Beispiele «nicht überzeugend». Die Rechtsprofessorin von der Universität Luzern war Vorsitzende der Arbeitsgruppe, welche die Stellungnahme der SAMW erarbeitet hat. Patienten im Delir, also einem akuten Verwirrtheitszustand, seien regelmässig auf persönliche Betreuung angewiesen, sagt sie. «Eine Fernüberwachung kann sogar delirfördernd sein, weil ein Überwachungssystem verunsichernd wirkt.» Zudem fehle Patienten im Delir die Urteilsfähigkeit – und damit die Voraussetzung für eine Einwilligung in die Überwachung.

Bei Weglaufgefahr findet Aebi-Müller eine Videoüberwachung ebenfalls unverhältnismässig. «Hier wäre als mildere Alternative eine Trittmatte vor dem Bett möglich, wie sie auch in anderen Spitälern eingesetzt wird.» Die Matte löst Alarm aus, sobald jemand aufsteht. Bleibt noch die Sturzprävention. Auch hier gebe es mit Radarsystemen Alternativen, die weniger tief in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreifen, so die Rechtsexpertin.

Die Uneinigkeit zeigt exemplarisch, dass die Schweiz beim Einsatz digitaler Überwachung im Gesundheitswesen Neuland betritt. Wie weit Spitäler gehen dürfen – und sollen –, wird erst jetzt abgesteckt. Klar ist aber: Die Vorgänge geraten zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit und der Datenschützer.

So hatte das Luzerner Kantonsspital die kantonale Datenschutzbeauftragte Natascha Ofner im Vorfeld nicht über das Überwachungssystem informiert. Sie erfuhr erst im Februar 2026 durch einen Bericht des «Blicks» davon. Wenige Tage später war die Datenschutzbeauftragte bereits vor Ort, um mit den Verantwortlichen zu sprechen und sich die Technologie anzuschauen, wie sie dieser Zeitung bestätigt.

Im Nachgang verlangte sie schriftlich die Einreichung einer Datenschutz-Folgeabschätzung. Dabei geht es um eine Risikobeurteilung. Etwa um die Frage, nach welchen Kriterien eine Überwachung im Einzelfall legitimiert wird. Die Frist zur Einreichung läuft noch – ebenso wie die Kameras.



Ein Überwachungswagen mit Kamera am Luzerner Kantonsspital. Bild: Boris Bürgisser



# ZH – Skandal um die Herzchirurgie am USZ: «Falsche Anreize»? - Gastkommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | USZ | 29.05.2026

**Reinhard K. Sprenger**

Der Skandal um die Herzchirurgie am Universitätsspital Zürich ist nur ein weiteres Beispiel: Wann immer etwas schief läuft, egal, ob im Steuersystem, bei Bankenpleiten oder eben im Gesundheitswesen – immer sollen «falsche Anreize» die Ursache sein. Verharmlosend spricht man vom «Gestaltungsmisbrauch», dramatisierend von «perversen» Anreizen – wenn etwa Spitäler ihren Chirurgen eine jährliche Zahl bestimmter Operationen vorgeben, für die dann Boni gezahlt werden. Die Anreize hätten Menschen dazu «verleitet», etwas zu tun, was entweder nicht in der Absicht des Anreizenden lag, Kollateralschäden erzeugte oder eben bei Chirurgen dazu führte, sich bei Interessenkonflikten für die eigene Brieftasche zu entscheiden.

Die Rede von «falschen» Anreizen setzt voraus, dass es «richtige» Anreize gibt. Man stellt sich offenbar eine überlegene Intelligenz vor, die im Sinne eines allgemein gültigen «guten Zwecks» Strukturen schafft, die das Verhalten der Menschen in die «richtige» Richtung lenken. Aber wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch die nächsten Anreize nicht wieder in die «falsche» Richtung laufen?

Die Ökonomie spricht vom Prinzipal-Agenten-Problem. Mit Anreizen will der Prinzipal seine Interessen mit denjenigen des Agenten verschränken, ihn in eine bestimmte Richtung lenken. Das Motto dazu: «Tue dies, dann bekommst du das.» Aber der Mensch ist ein Freiheitswesen. Erscheint ihm eine Handlung vernünftig, so wird er sie ausführen; erscheint sie ihm unvernünftig, so unterlässt er sie. Finanzielle Anreize unterlaufen das an der Sache orientierte Nutzenkalkül und ersetzen es durch die Orientierung am Geldvorteil. Sie «verbiegen» also sein Handeln. Der Mensch tut dann nicht das, was ihm in einer bestimmten Situation sachlich vernünftig scheint, sondern das, wozu ihn der extrinsische Anreiz drängt. Langfristig konzentriert er sich nicht mehr auf «dies», sondern nur noch auf «das». Das nennt die Wissenschaft «moral hazard».

Die psychologischen Folgen sind fatal: Belohnungssucht und immer höhere Reizniveaus. Denn jeder Anreiz wird zur Rente. Fällt der Anreiz weg, wird das gewünschte Verhalten nicht mehr gezeigt. Eine staatlich institutionalisierte Sinnzerstörung konnte man jüngst wieder in Deutschland erleben, als die Nachfrage nach E-Autos in dem Moment kollabierte, in dem die Kaufprämie entfiel. Man muss also nicht erst in die Ukraine oder nach Ungarn schauen, um die Korrumpierung der Gesellschaft zu beklagen. Weil eben vieles *durch* Anreize so kommt, wie manche wollen, kommt es *mit* ihnen ganz anders.

Damit ist klar, dass es keine «richtigen» Anreize gibt. Jeder Anreiz unterläuft die Rationalität des Handelnden. Er provoziert Umgehung aufseiten derjenigen, die sich der Gängelung entziehen wollen. Und er provoziert Ausbeutung aufseiten derjenigen, die sich der Gängelung nicht entziehen, aber für ihre Unterwerfung «auszahlen» lassen. Daher kann man Anreize nicht als «liberale» Lenkung weichspülen – zugespitzt gesagt: Wer belohnt, ist böse.

Im Gesundheitswesen kommt etwas Spezifisches hinzu: Der Gesundheit wird in unserer Gesellschaft der Warencharakter abgesprochen. Gesundheit gilt als «absoluter» Wert, der Relativierungen nur an den Befindlichkeitsrändern verträgt. Über diese normative Setzung wölbt sich jedoch ein warenauswirtschaftliches System mit Renditeerwartungen seitens der Ärzteschaft, der Medtech-Industrie, der Krankenhäuser und der Versicherungswirtschaft. Aus dieser Spannung speist sich der Grundkonflikt des Gesundheitssystems. Es

ist entsprechend unterkomplex, Führungsversagen und Fehlerkultur personenzentrisch zu diskutieren. Auch Transparenzregister stillen allenfalls den Selbstberuhigungsbedarf der Kontrollorgane. Das alles ist daumendrückende Hilflosigkeit. Und auch wenn die Zusammenarbeit von Ärzten und Medtech-Industrie für den medizinischen Fortschritt unbestritten ist – solange wir als Gesellschaft der Gesundheit den Rang eines unverhandelbaren Gutes einräumen, darf es keine finanzielle Verstrickung von Ärzten und Medtech-Firmen geben. Das ist ein Entweder-oder. Wer zu dieser Klarheit nicht bereit ist, hat beim nächsten Skandal sein Empörungsrecht verspielt.

**Reinhard K. Sprenger** ist promovierter Philosoph und arbeitet als Managementberater und Publizist; von ihm erschienen: «Führen: Die Quintessenz».

# GL – Kantonsspital Glarus: Eine Million weg in wenigen Wochen

 [Medinside \(de\)](#) | Kantonsspital Glarus | 28.05.2026

Ein plötzlicher Fallzahlen-Einbruch beim KSGL zeigt, wie fragil selbst getrimmte Regionalspitäler bleiben.

Das Kantonsspital Glarus lässt ahnen, wie verletzlich die Regionalspitäler bleiben – auch wenn das vergangene Jahr allgemein ein besseres Klima gebracht hat. Zwar konnte das KSGL 2025 seine operative Leistung stabilisieren und die Sanierung teilweise vorantreiben. Doch ein unerwarteter Rückgang der Fallzahlen brachte die wirtschaftliche Erholung wieder ins Stocken.

Unterm Strich resultierte ein Verlust von 3,7 Millionen Franken. Im Vorjahr hatte der Minusbetrag 2,9 Millionen Franken betragen, im Jahr 2023 waren es 6,5 Millionen Franken gewesen. Man strebe eine «schwarze Null» an, so die Hoffnung des Verwaltungsrats vor einem Jahr.

Tatsächlich schrieb das KSGL 2025 operativ schwarze Zahlen. Der Betriebsgewinn Ebitda lag bei knapp 0,5 Prozent beziehungsweise rund 455'000 Franken. Nach Abschreibungen und Zinsen rutschte das Spital jedoch erneut tief in den roten Bereich.

## Spürbar weniger Patienten

Die Spitalleitung verweist auf eine bemerkenswerte Ursache: Im zweiten Quartal kam es zu einem markanten Rückgang der Fallzahlen – und zwar sowohl bei den ambulanten wie den stationären Fällen.

«Binnen weniger Wochen haben wir eine gute Million an Einnahmen verloren», sagt Arnold Bachmann, Verwaltungsratspräsident des KSGL: «Diesen vorübergehenden Einbruch konnten wir trotz raschen Reagierens der Geschäftsleitung bis Ende Jahr nicht mehr auffangen. Dies bedauern wir sehr, zumal sich unsere Mitarbeitenden dankenswerterweise erneut enorm anstregten, damit das Spital wieder in die schwarzen Zahlen zurückkehrt.»

Insgesamt lag die Zahl der stationären Patienten bei 4'498 und damit um 171 tiefer als im Vorjahr, wobei der Rückgang alle Versicherungsklassen betraf. Bei den ambulanten Behandlungen sank die Zahl der Taxpunkte um 1,4 Prozent auf 21,3 Millionen.

Die Führungscrew setzt nun erneut das Erreichen einer «schwarzen Null» bis 2027 als zentrales Anliegen.

Dabei ist die Ausgangslage im Glarnerland politisch geklärt. Der Kanton bekennt sich langfristig zum KSGL als zentralem Grundversorger. Der Regierungsrat bewilligte die Erhöhung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen um 15 Prozent für die nächsten sechs Jahre, und die Position auf der Spitalliste ist gesichert.

Zudem verfügt das KSGL mit einer Eigenfinanzierungsquote von rund 77 Prozent doch über eine eher robuste Kapitalbasis.

Und so kann man es als weitere Bestätigung sehen: Die operativen Möglichkeiten der Schweizer Regionalspitäler liegen heute weit entfernt von einer nachhaltigen Ebitda-Marge. Selbst besser platzierte

Häuser wie das Spital Uster oder das Spital Muri bewegen sich im Bereich zwischen 6 und 7 Prozent, das [Zuger Kantonsspital meldete](#) am selben Mittwoch einen Ebitda-Wert von 4,2 Prozent. Das KSGl liegt davon weit entfernt.

[KSGl: Geschäftsbericht 2025](#)

# Der Krampf mit den Billigspitälern

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 28.05.2026

Krankenhäuser aus den 1970er Jahren sind nicht mehr zu gebrauchen, aber abreißen darf man sie auch nicht

## Marius Huber

Das alte See-Spital schmort in der Vorhölle der zwecklos gewordenen Zweckbauten, steht neben der Autobahn wie ein Monument der schlechten Laune. Grau in grau, Plattenbau. Dauerhaft geschlossen. Doch als der Gebäudekomplex in der Zürcher Seegemeinde Kilchberg Platz für eine moderne Klinik machen sollte, kam plötzlich die Idee auf, man könnte ihn für die Nachwelt erhalten. Alle Pläne brachen in sich zusammen. Und es passierte, was oft passiert, wenn nichts mehr geht: Der Kanton quartierte vorübergehend Asylbewerber ein.

Die Geschichte aus Kilchberg ist typisch für die Krämpfe mit maroden Spitalbauten. Sie alle haben ein gemeinsames Motiv, so unterschiedlich die Fälle im Detail auch sein mögen. Es geht um die Grundsatzfrage: Sind solche Bauten Verbrauchsgüter, die ihr Ablaufdatum erreicht haben – oder haben sie bleibenden Wert?

## Die Bauten verlottern

Dass sich solche Kontroversen gerade jetzt häufen, ist kein Zufall. Im Kanton Zürich wurden während des Bevölkerungswachstums und des Baubooms der 1960er und 1970er Jahre reihenweise neue Spitäler gebaut. Die Konsequenz: Die ganze Generation dieser Bauten verlottert jetzt gleichzeitig, gut sichtbar an ihren unschön verwitterten Fassaden.

Die meisten dieser Spitäler wurden damals schnell und billig hochgezogen, und das sieht man ihnen auch an. Es sind grobschlächtige Maschinen aus vorgefertigten Elementen. Seriell, rationell, funktionell. In solchen Kisten sollte man an den Segnungen modernster Technik und effizienter Organisation gesunden, nicht an jenen einer heilsamen Architektur, wie sie heute im Trend liegt. Diese konzeptionelle Einäugigkeit monierten damals schon zeitgenössische Kritiker – und sie spielt ein halbes Jahrhundert später all jenen in die Karten, die solche Spitäler als baukulturelle Geschmacksverirrung aus dem kollektiven Gedächtnis tilgen wollen. Aber es gibt eben auch die anderen. Jene, die sie erhalten wollen.

Martin Killias kennt die Standardreaktion auf Rettungsaktionen für Bauten aus den 1960er und 1970er Jahren: «Habt ihr noch alle Tassen im Schrank?» So erlebt es der Präsident des kantonalen Zürcher Heimatschutzes oft, wenn er sich für diese Architektur einsetzt, die von vielen als hässlich empfunden wird. «Ich gebe zu, dass das eine schwierige Diskussion ist», sagt er.

Killias behilft sich jeweils mit dem Argument, dass auch die heute hochgeschätzten Bauernhäuser lange Zeit weder als schön noch als erhaltenswert galten. Anders gesagt: Es ist nicht ausgeschlossen, dass sich spätere Generationen ein zweites Ballenberg aus mittelländischen Plattenbauten wünschen. Weil sie nur dort noch so etwas wie Heimatgefühl verspüren. «Alles erhalten geht natürlich nicht», sagt Killias, «aber

nichts wäre ebenso extrem.» Es gelte, selbst aus dieser umstrittenen Epoche die besonders charakteristischen Bauwerke zu retten.

In Kilchberg hatte 2021 niemand solche Themen auf dem Radar, als das örtliche Sanatorium einen Kaufvertrag für das Spital-Grundstück unterzeichnete. Die traditionsreiche private Psychiatrieklinik wollte an dieser Stelle bis 2029 einen modernen Neubau realisieren. Das alte Sanatorium, eine historische Anlage mit Park und prächtigem Blick auf den Zürichsee, wollte man aufgeben und dort Wohnungen bauen. An dieser Lage zweifellos ein lukratives Geschäft. Doch im Frühling 2024 standen die dem Abriss geweihten Spitalbauten plötzlich im Inventar der Schutzobjekte, das die Gemeinde führt.

Dies war das zufällige Nebenprodukt eines anderen Konflikts. Kilchberg war in einem Streit mit dem Heimatschutz vor Gericht gerügt worden: Die Gemeinde habe ein potenziell schutzwürdiges altes Bauernhaus nicht inventarisiert gehabt. Damit sich so etwas nicht wiederholen würde, schritten Gemeindevertreter mit einem Fachmann alle Strassen ab – und nahmen auch das Spital auf die Liste.

## Gescheiterte Finanzierung

Was in einem Inventar steht, ist zwar noch nicht definitiv geschützt. Aber man darf ein aufgeführtes Gebäude auch nicht verändern, ohne seine Schutzwürdigkeit abzuklären. Das Sanatorium wollte Gewissheit und verlangte von der Gemeinde darum einen Entscheid. Dieser zog sich hin. Und noch bevor er gefallen war, machten die Verantwortlichen des Sanatoriums im Frühling 2025 einen Rückzieher. Man könne den Neubau nicht realisieren, die Finanzierung sei gescheitert.

Der erste Grund dafür hat nichts mit Heimatschutz zu tun: Im Zürcher Oberland hatte das Spital Wetzikon für einen Neubau viel Geld aufgenommen und sah sich Anfang 2024 plötzlich nicht mehr in der Lage, diese Schulden zu begleichen. Das wurde zum aufsehenerregenden Präzedenzfall, Investoren waren danach gegenüber Spitälern zurückhaltender. Das Sanatorium nannte aber noch einen zweiten Grund für die gescheiterte Finanzierung: die Unsicherheit über den Schutzstatus des alten Spitals, von dem das eigene Bauprojekt abhing.

Die neuste Wendung in diesem Fall kommt viel zu spät, um das Vorhaben noch zu retten. Mitte Januar 2026 hat der Gemeinderat von Kilchberg entschieden, einzig eine Kapelle auf dem Areal unter Schutz zu stellen, nicht aber den Rest des Spitals. Die Begründung lässt sich auf folgende Kurzformel reduzieren: Der 1974 fertiggestellte Zweckbau ist nichts Besonderes.

Die Qualität des Spitalbaus liege «unter den Möglichkeiten der Epoche», heisst es im fast hundertseitigen Fachgutachten, auf das sich die Gemeinde stützte. Die Architektur sei vom «ökonomischen Druck» geprägt. Der Architekt habe sich zwar in früheren Werken an eleganten französischen Betonbauten orientiert. Hier aber habe er sich für eine «gleichförmig durchrationalisierte Gestaltung ohne individuelle Merkmale» entschieden.

Bitter ist diese späte Erkenntnis, weil auch der Zürcher Heimatschutz in Kilchberg nichts gegen einen Abriss einzuwenden hätte, wie Martin Killias auf Anfrage klarstellt. Es gehe in solchen Fällen um die Verhältnismässigkeit, und ein funktionierendes Gesundheitswesen habe viel Gewicht. Aus dem gleichen Grund habe der Heimatschutz auch nicht interveniert, als in der Stadt Zürich der Abriss des alten Kinderspitals zum Thema wurde. Kurz: «Der böse Heimatschutz ist bei Spitalbauten sehr zahm.» Das gilt jedoch nicht immer.

## Ein wichtiger Zeitzeuge

In der Stadt Baden, eine viertelstündige Bahnfahrt von Zürich entfernt, raufen sich die Betreiber des Kantonsspitals gerade die Haare. Sie dürfen ihren leerstehenden, asbestverseuchten Plattenbau aus den 1970er Jahren nicht zurückbauen, um an seiner Stelle einen Park einzurichten. Die Idee war, dass man die

übernächste Generation dort wieder bauen kann, wenn das 2025 eröffnete, neue Spital dereinst ausser Betrieb geht.

Doch Heimatschützer und ein Verein wehren sich dagegen. Das grobschlächtige Scheibenhochhaus stehe für den ungebrochenen Fortschrittsglauben früherer Jahre. Es sei ein wichtiger Zeitzeuge, den man erhalten und umnutzen solle. Deshalb haben sie ein vorläufiges Abbruch- und Veränderungsverbot erwirkt. Dass über 7000 Personen eine Petition an den Heimatschutz unterzeichnet haben, er solle seinen Widerstand doch aufgeben, änderte nichts. Jetzt warten alle auf einen Gerichtsentscheid. Statt des alten Spitals wurde kürzlich der Baukran davor wieder demontiert. Er wird vorerst nicht benötigt, denn nicht einmal eine Schadstoffsanierung ist erlaubt.

Die Verzögerungen kosten laut der Aargauer Regierung 6 Millionen Franken. Eine Umnutzung des Spitals in ein Wohnhaus wäre laut ihr so teuer, dass sie zum Verlustgeschäft würde. Die Sanierung und Instandhaltung alter Spitalbauten sei mit erheblichen Risiken verbunden, schreiben die Aargauer und verweisen nach Zürich: auf die Erfahrungen mit dem Stadtspital Triemli.

Dort verfolgte die Stadt den Plan, drei Personalhochhäuser von 1970 abzubrechen, weil eine Umnutzung nur mit unverhältnismässigem Aufwand möglich sei. Dennoch wehrten sich die linken Parteien mit Erfolg gegen diesen «Abriss auf Vorrat». Deshalb müssen die maroden Häuser nun instand gesetzt werden – weil sonst nicht einmal mehr die fortgesetzte Zwischennutzung als Asylunterkunft möglich wäre.

In Zürich wie in Baden fallen gleich mehrere Argumente zusammen: Erhalt von Wohnraum für Leute mit geringem Budget. Klimapolitische Einwände gegen Abriss und Neubau. Und die Überzeugung, dass auch Zweckbauten aus den 1960er und 1970er Jahren Wahrzeichen sein können.

## «Jedes Mass verlorengegangen»

Den bürgerlichen Parteien im Zürcher Kantonsrat geht diese Entwicklung zu weit. Sie haben zusammen mit der EVP die vorläufige Unterstützung für eine parlamentarische Initiative gesichert, die eine gezielte Gegenmassnahme fordert: Verbänden wie dem Heimatschutz soll das Rekurs- und Beschwerderecht entzogen werden, wenn es um Schutzobjekte im Bildungs- und Gesundheitswesen geht.

Es seien «jedes Mass und jede Verhältnismässigkeit» verlorengegangen, meinte der Freisinnige Stephan Weber im Parlament warnend. Wenn der Bau neuer Schulen und Spitäler verteuert und verzögert werde, leide darunter die Grundversorgung der Bevölkerung. Weber erinnerte daran, dass allein das Universitätsspital Zürich über 19 Bauten mit Denkmalschutz-Status verfüge. Dies führte zur paradoxen Situation, dass Patientinnen und Patienten im grössten Spital des Kantons Zürich auch in Zukunft in einem Trakt aus der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg untergebracht werden. Obwohl nebenan gerade ein Neubau für fast eine Milliarde Franken entsteht.

Der Grund: Aus Angst vor einer langwierigen Auseinandersetzung mit dem Heimatschutz wurde die Modernisierung des Spitalkomplexes um die Altbauten herum geplant. Als die Stadtzürcher Volksvertreter endlich merkten, dass dies nicht die beste Lösung für die Zukunft ist, verlangten sie unisono eine «Nichtunterschutzstellung». Doch auch in diesem Fall kam die Einsicht zu spät, um noch etwas zu ändern.

So muss sich das Spital jetzt mit der Frage befassen, wie man die denkmalgeschützten Patientenzimmer mit unhygienischen alten Korkböden und den schlecht isolierten Fenstern sanieren kann. Räume, die man in einem Vintage-Hotel toll fände, aber nicht, wenn man sich gerade von einer Operation erholt. Ein Sprecher des Universitätsspitals sagt, man vertraue darauf, dass die eigenen Bedürfnisse von der Denkmalpflege ausreichend berücksichtigt werden.

Und in Kilchberg? Dort haben die privaten Betreiber des Sanatoriums unlängst ihren Kaufvertrag erfüllen müssen und den Komplex des See-Spitals übernommen. Einen Komplex, den sie umgehend weiterverkaufen wollen. Denn sie haben keine Verwendung mehr dafür. Und zum Wahrzeichen taugt er auch nicht. Höchstens zum Mahnmal.



Das ehemalige See-Spital in Kilchberg ist nicht schutzwürdig – aber als das entschieden wurde, war ein Neubauprojekt schon gescheitert. Die Umnutzung ist oft sehr aufwendig. Christoph Ruckstuhl / NZZ; Andrea Zahler / CH Media

# GR – Kleinstes Spital der Schweiz: Warum in der Val Müstair fast jeder alles können muss

 Südostschweiz Bündner Zeitung | Center da sandà | 28.05.2026

## Gesundheitskanton Graubünden

Das Center da sandà Val Müstair hat nur wenige Betten und trotzdem ist es für das Tal unentbehrlich. Wie funktioniert Medizin dort, wo der Weg ins nächste Zentrum selbst zum Risiko werden kann?

### Marius Kretschmer (Text und Bilder)

Ein Rettungseinsatz in der Val Müstair beginnt oft mit einer Frage: Kann der Patient in Santa Maria behandelt werden oder muss er direkt über den Berg, durch den Tunnel, nach Chur, Samedan oder weiter, oder muss er zuerst im Spital vor Ort stabilisiert und dann weiterverlegt werden? Noch bevor der Rettungswagen losfährt, muss das Team entscheiden, was dieser Mensch braucht: Labor und Ultraschall im Tal, ein CT im Zentrum, ein Herzkatheterlabor, eine Chirurgie – oder einen Helikopter.

Im Center da sandà Val Müstair, dem kleinsten Spital der Schweiz, ist Medizin deshalb nie nur Medizin. Sie ist auch Logistik, Ortskenntnis, Wetterkunde und Vorausdenken.

Das Spital in Santa Maria hat im Durchschnitt kaum mehr als dreieinhalb bis vier belegte Akutbetten. Doch seine Aufgabe ist grösser, als diese Zahl vermuten lässt. Es ist Spital, Arztpraxis, Pflegeheim, Spitex, Tagesklinik und Rettungsdienst in einem. Wer hier Hilfe braucht, begegnet oft nicht einer Abteilung, sondern einem ganzen Betrieb.

## Zwischen null und zehn Patienten

An diesem Tag sind die Zimmer auf der Akutstation leer, denn gerade sind drei Patienten ausgetreten. Für Annemarie Stricker ist das keine ungewöhnliche Situation. Sie ist Bereichsleiterin Pflege und kennt die Schwankungen. Das Spital könne zehn Betten belegen, sagt sie. Im Durchschnitt seien es dreieinhalb bis vier. Gearbeitet werde deshalb auf der Station mit einer diplomierten Pflegefachperson pro Schicht. Wenn der Aufwand steigt, wird ergänzt – mit Personal aus dem Pflegeheim, mit einem Zusatzdienst oder in einzelnen Situationen auch mit der Spitex.

Stricker beschreibt einen Pflegealltag, der in grossen Häusern auf mehrere Stellen verteilt wäre: Rapport, Medikamente, Visite, Pflege, Austrittsmanagement, Notfall, Aufgaben im Pflegeheim, teilweise Koordination, teilweise Sozialdienst. Nachts ist die Pflegefachperson gemeinsam mit einer Pflegehilfe für Spital, Pflegeheim, Notfall und Telefon zuständig. Der Arzt oder die Ärztin ist in Rufbereitschaft und schnell da.

«Die Pflegenden sind am Patienten für fast alles zuständig», sagt Stricker. Vom Waschen über das Verteilen von Tee und Essen bis zu Medikamenten, Verbandswechseln und Visiten. In anderen Spitälern gebe es Hotellerie, Sozialdienst, getrennte Bereiche. Im Val Müstair verschwimmen die Grenzen.

Dr. Susanne Morf, Co-Chefärztin, sieht genau darin eine Voraussetzung für den Betrieb. Zwischen null und zehn Patientinnen und Patienten planen zu müssen, sei eine Herausforderung. Es könne passieren, dass am Nachmittag plötzlich mehrere Personen aufgenommen würden. Das brauche Flexibilität – und Mitarbeitende, die diese Flexibilität nicht nur aushalten, sondern schätzen.

## Fast alles zuerst hier

Der medizinische Auftrag ist klar: Notfallversorgung und Grundversorgung. Chefarzt Dr. Theodor von Fellenberg sagt, das Haus könne 80 bis 90 Prozent der Patientinnen und Patienten diagnostizieren und behandeln, bevor entschieden werden müsse, ob jemand verlegt werde.

Das Spektrum reicht von internistischen Erkrankungen über ältere, mehrfach erkrankte Menschen bis zu Sportverletzungen, Kindernotfällen in der Nacht, psychischen Krisen oder Hautproblemen. Morf sagt es so: Im Tal sei das Spital Erstansprechpartner für fast alle – vom Kind bis zum Lebensende.

Die Grenzen sind ebenso klar. Das Haus hat keine Intensivstation, keinen Leistungsauftrag für grosse Operationen, kein CT und kein MRI. Hirnblutungen, grosse Eingriffe oder intensivpflichtige Fälle müssen in ein Zentrumsspital oder ein grösseres Regionalspital. Je nach Situation geht es nach Scuol, Samedan, Chur, St. Gallen oder Zürich. Entscheidend sei nicht das nächstbeste Spital, sagt von Fellenberg, sondern die Frage, wo die Patientin oder der Patient für das konkrete Problem am besten versorgt werde.

Auch Spezialisten kommen teilweise ins Tal: etwa Augenarzt, Orthopäde, Zahnarzt, Psychologinnen und Psychotherapeuten. In der Tagesklinik werden Infusionen, Überwachungen nach ambulanten Eingriffen und auch einzelne Chemo- oder Immuntherapien angeboten. Für viele Menschen im Tal ist das entscheidend. Morf erzählt von Patienten, die nicht mehr über den Pass zu einem Spezialarzt fahren wollen. Sie wollten die Medizin, die im Tal möglich sei.

## Nicht bei null anfangen

Die Nähe zu den Patientinnen und Patienten ist in diesem Haus mehr als ein freundlicher Nebeneffekt. Viele Menschen begegnen dem Gesundheitszentrum nicht nur einmal. Sie kommen in die Praxis, werden von der Spitex betreut, holen Medikamente, sind im Wundambulatorium, werden im Spital aufgenommen oder später im Pflegeheim betreut.

Morf spricht von einem durchgehenden roten Faden. In grossen Städten könne es passieren, dass eine Patientin an mehreren Orten immer wieder von vorne erklären müsse, was passiert sei. Im Val Müstair seien viele Informationen schon da: medizinische Befunde, Verlauf, häusliche Situation, Einschätzungen aus Pflege, Rettung oder Spitex. Das kann Qualität schaffen – und unnötige Doppelabklärungen vermeiden.

Gleichzeitig verlangt diese Nähe Diskretion. Wer im Spital arbeitet, begegnet Patientinnen und Patienten auch beim Einkaufen oder auf der Strasse. Von Fellenberg kennt dieses Spannungsverhältnis seit Jahrzehnten. Er ist seit mehr als 25 Jahren im Tal. Am Anfang habe ihn beschäftigt, dass die meisten Menschen seine Patienten seien und er viel mehr über sie wisse als sie über ihn. Irgendwann habe er gelernt, dieses Wissen auf die Seite zu legen.

Medizinisch sei die Arbeit hier interessanter als in einer engen Spezialisierung, sagt er. Die Breite fordere ihn. Und sie verändere den Blick: Nicht ein Organ stehe im Zentrum, sondern der ganze Mensch.

## Rettung mit langen Wegen

Unten in der Ambulanzgarage wird die Topografie des Tals konkret. Norman Punter leitet den Rettungsdienst. Er erklärt, dass bei einem Einsatz oft schon draussen entschieden werden muss, wohin eine Patientin oder ein Patient gebracht wird.

Wenn es zeitkritisch ist oder ein schonender Transport nötig wird, kommt die Rega ins Spiel. Aufgeboten wird der Helikopter über die Sanitätsnotrufzentrale. Doch ein Helikopter ist nicht einfach immer sofort da. Wenn der Heli in Samedan bereit ist, braucht er laut Punter ungefähr 35 Minuten bis ins Tal. Nach 18 Uhr dauere es länger, weil der Dienst in Samedan dann nicht mehr aktiv, sondern in Bereitschaft sei. Und wenn Wetter oder Sicht nicht passen, kann auch ein Heli an Grenzen stossen.

Mit dem Rettungswagen nach Chur dauert es rund zwei Stunden, wenn alles gut läuft. Im Winter bleibt oft nur der Weg über den Vereina. Auch dafür gibt es Absprachen. Wenn die Ambulanz den Zug nur um wenige Minuten verpassen würde, kann der Vereina bis zu fünf Minuten warten. Der Rettungsdienst hat zudem einen eigenen Zugang, damit die Ambulanz nicht in der Schlange stehen muss.

Ein Notfall ist hier kein «load and go», wie Morf sagt. Wer weit fahren muss, muss weiter vorausdenken: Sauerstoffflaschen, Transportweg, Wetter, Zwischenstopps, Zielspital.

Auch der Rettungsdienst ist im Alltag nicht bloss ein wartender Bereitschaftsdienst. Die Rettungsleute helfen im Spital mit, sind im Gipsen ausgebildet, unterstützen bei Sedationen und Überwachungen und gehören zum Team. Laut Punter sagt kein Mitarbeitender: Das ist nicht meine Aufgabe.

## Kleine Häuser brauchen breit ausgebildete Leute

Was in Santa Maria praktisch funktioniert, steht quer zur Logik vieler gesundheitspolitischer Debatten. Dort geht es oft um Spezialisierung, Fallzahlen, Zentralisierung. Von Fellenberg widerspricht dieser Logik nicht grundsätzlich, denn Spezialärzte braucht es. Ein breit und gut ausgebildeter Arzt sollte jedoch viele medizinische Situationen managen und Notfälle behandeln können, vor allem in der Peripherie. Für ihn ist das eine Ausbildungsfrage. Kleine periphere Häuser können nur überleben, wenn Ärztinnen und Ärzte entsprechend breit ausgebildet werden. Früher habe man solche Breite eher gelernt. Heute werde sie seltener. Die heutige Ausbildung richtet sich eher nach der Spezialisierung, als nach der Breite.

Das betrifft auch den Nachwuchs. Das Center bildet Assistentinnen Gesundheit und Soziales, Fachpersonen Gesundheit, HF-Studierende, Unterassistentinnen und Assistenzärzte aus. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte, die breite Medizin erleben wollten, kämen gerne hierher, sagt Judith Fasser, Direktorin und CEO. Ob daraus später Oberärzte oder leitende Ärztinnen würden, sei offen. Dafür müsse mehr stimmen als der Job: die Beziehungssituation, das Leben auf dem Land, die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen.

Der Fachkräftemangel trifft auch die Val Müstair. Lange habe das Haus stark vom Südtirol profitiert, besonders in der Pflege, sagt Fasser. Die Ausbildung passe, die Sprache auch, der kulturelle Bruch sei gering. Seit dem neuen Doppelbesteuerungsabkommen sei die Rekrutierung aber schwieriger geworden. Bewerberinnen und Bewerber klärten nach einem Schnuppertag oft zuerst die steuerlichen Folgen ab – und entschieden sich dann teilweise gegen eine Stelle.

## Ein Vierbetten-Spital rechnet sich nicht allein

Fasser sagt einen Satz, der viel erklärt: Ein Spital dieser Grösse könne man nicht isoliert wirtschaftlich betrachten. Die Vorhalteleistungen für Notfall, Rettungsdienst und 24-Stunden-Bereitschaft liessen sich

nicht aus den einzelnen Leistungen finanzieren. Dafür brauche es gemeinwirtschaftliche Leistungen des Kantons. Der Rettungsdienst sei ebenfalls stark subventioniert, die Gemeinde trage dort einen gesetzlichen Anteil von zehn Prozent. Ansonsten müsse die Gemeinde das Center bis jetzt nicht zusätzlich stützen, sagt Fasser.

Die Frage lautet hier also nicht einfach, ob ein kleines Haus Gewinn macht. Die Frage lautet, was es kosten würde, wenn seine Leistungen verschwänden. Würde es keine stationäre Aufnahme im Tal mehr geben, müssten Patientinnen und Patienten anderswo hospitalisiert werden. Damit entstünden zusätzliche Ambulanzfahrten, mehr Wege für Besuche und Nachtkontrollen, mehr Aufwand für Angehörige und Fachpersonen. Man müsse deshalb die gesamtgesellschaftlichen Kosten anschauen, nicht nur die Rechnung eines kleinen Spitals.

Für das Tal ist das Center mehr als ein medizinischer Betrieb. Es sei der zweitgrösste Arbeitgeber, sagt Fasser. Es biete Lehrstellen und Arbeitsplätze auf verschiedenen Qualifikationsstufen, gebe Aufträge an lokale Firmen und sei ein Ort, an dem viele Menschen irgendwann vorbeikämen: wegen des Zahnarztes, der Psychologin, der Medikamente, eines Besuchs im Pflegeheim, einer Kontrolle, eines Notfalls.

## Der Patient mit der Sauerstoffflasche

Was diese integrierte Versorgung bedeutet, zeigt sich nicht nur in Strukturen, sondern in Geschichten. Morf erinnert sich an einen Patienten, der mit schlechter Sauerstoffsättigung und einer Sauerstoffflasche auf dem Rücken ins Spital kam. Er strahlte und bat sie, schnell zu machen. Er müsse Pilze suchen gehen. Sie habe sich die Werte angeschaut und sich gefragt, wie er überhaupt noch laufen könne. Der Patient zeigte ihr, wohin er wolle: dort hinten, um den Berg. Auf die Jagd gehe er nicht mehr, sagte er, dafür sei er zu langsam. Aber zum Pilzen reiche es noch.

Von Fellenberg erzählt von einem Krebspatienten, der eine belastende Behandlung ablehnte, nachdem ihm gesagt worden war, sie könne sein Leben vielleicht um ein halbes Jahr oder ein Jahr verlängern. Der Mut dieses Mannes habe ihn beeindruckt.

Solche Geschichten können in einem Zentrumsspital auch vorkommen. Aber im Val Müstair haben sie eine andere Dichte. Die Ärztinnen, Pflegefachpersonen und Rettungsleute sehen nicht nur den Notfall, nicht nur den Laborwert, nicht nur die Entlassung. Sie sehen oft den Weg davor und danach.

Manchmal kommen Patientinnen und Patienten aus Zentrumsspitalern zurück ins Tal. Stricker erinnert sich an einen anspruchsvollen Fall mit schlechter Prognose. Das Team fragte sich, ob es die medizinische Betreuung übernehmen könne. Es übernahm sie. Der Patient erholte sich, ging später in die Reha und lebt heute wieder mit guter Lebensqualität zuhause. Für Morf ist das typisch für viele Bündnerinnen und Bündner: möglichst schnell heim, zurück ins Tal, zurück in die Berge.

## Zukunft mit mehr Vernetzung

Wie das Center in zehn Jahren aussieht, weiss Fasser nicht. Die ambulante Versorgung werde es weiterhin brauchen. Die Bevölkerung im Tal werde zwar insgesamt nicht wachsen, aber der Anteil der Hochaltrigen nehme zu. Gerade diese Menschen bezögen viele Leistungen. Deshalb werde es aus ihrer Sicht auch künftig ein stationäres Angebot brauchen.

Verändern werde sich wohl die Zusammenarbeit mit Fachdisziplinen. Mehr Konsilien könnten ins Haus kommen. Technik, Telemedizin und Digitalisierung könnten wichtiger werden. Die Versorgung müsse bleiben, sich aber verändern.

In der Val Müstair bleibt Medizin selten auf einen Raum beschränkt. Der Rettungsdienst denkt den Vereina mit. Auf der Visite geht es auch darum, ob ein Patient die steile Treppe in seinem alten Bauernhaus noch

schaft. Die Pflege plant mit der Spitex und dem Pflegeheim. Und manchmal entscheidet bei einer Krebsbehandlung auch der Wunsch mit, nicht mehr über den Pass fahren zu müssen.

### **Nahaufnahme Graubünden Unsere Spitäler**

«Nahaufnahme Graubünden» ist eine redaktionelle Serie, in der wir wichtigen Fragen im Kanton nachgehen. Wir recherchieren vertieft, sprechen mit Beteiligten und ordnen ein, was Entscheidungen für den Alltag der Menschen in Graubünden bedeuten.

Die Themen sollen nicht nur Probleme zeigen, sondern auch verschiedene Wege und Ansätze sichtbar machen – nachvollziehbar, kritisch und möglichst nah an der Realität im Kanton.

Bis Mitte Juni geht es alle zwei Tage um die Spitäler in Graubünden.



Dr. Theodor von Fellenberg, Chefarzt, und Dr. Susanne Morf, Co-Chefärztin: In Santa Maria müssen Ärztinnen und Ärzte breit arbeiten – und zugleich wissen, wann ein Patient verlegt werden muss.



Annemarie Stricker, Bereichsleiterin Pflege: In Santa Maria müssen Pflegefachpersonen häufig mehrere Bereiche zugleich abdecken.



Norman Punter, Leiter Rettungsdienst, und Dr. Susanne Morf, Co-Chefärztin entscheiden oft am Einsatzort, ob eine Behandlung im Tal reicht.



Judith Fasser, Direktorin und CEO des Center da sandà: Das Haus ist nicht nur Akutspital, sondern auch Praxis, Pflegeheim, Spitex-Stützpunkt und Tagesklinik.



Das Center da sandà Val Müstair in Santa Maria: Für viele Menschen im Tal ist das Haus die erste Anlaufstelle – bei einem Notfall, einer Kontrolle, einem Pflegebedarf oder einer Verlegung zurück aus einem Zentrumsspital.

# So läuft's im kleinsten Spital der Schweiz

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Das Center da sandà in Sta. Maria ist das kleinste Akutspital der Schweiz. Es versorgt eine Region, die weit von grossen Spitälern entfernt liegt.

## Marius Kretschmer

Wenn in der Val Müstair jemand krank wird, ist die Distanz nie ganz weg. Der nächste Spezialist, das nächste CT, das nächste Zentrumsspital: Vieles liegt hinter Pässen, Tunnels und Wetterlagen. Trotzdem soll medizinische Versorgung nicht erst dort beginnen, wo die grossen Häuser stehen. Genau dafür gibt es das Center da sandà in Sta. Maria.

Es ist das kleinste Akutspital der Schweiz. Doch klein bedeutet hier nicht einfach weniger Medizin. Klein bedeutet: mehr Verantwortung pro Person, mehr Vorausdenken pro Entscheid, mehr Zusammenarbeit zwischen Bereichen. Ein Patient kann vom Rettungsdienst abgeholt, in der Praxis untersucht, auf der Akutstation überwacht, später von der Spitex betreut oder im Pflegeheim begleitet werden – oft mit denselben Menschen im Hintergrund.

In grossen Spitälern sind Zuständigkeiten meist klar getrennt. In Sta. Maria lassen sie sich nicht so sauber aufteilen. Pflegefachpersonen übernehmen Aufgaben auf der Akutstation, im Notfall und im Pflegeheim. Der Rettungsdienst ist nicht nur auf der Strasse unterwegs, sondern hilft auch im Haus mit. Ärztinnen und Ärzte müssen breit behandeln und zugleich wissen, wann die Grenzen des kleinen Spitals erreicht sind. Region Seiten 2 und 3

«Kleine periphere Häuser können nur überleben, wenn Ärztinnen und Ärzte breit ausgebildet werden.» - Dr. Theodor von Fellenberg, Chefarzt Center da sandà Santa Maria

# VD – «Cet hôpital ne tournerait pas sans nous»

 Le Temps | L'hôpital de Morges | 01.06.2026

C'est un secteur parmi les plus touchés par l'initiative «Pas de Suisse à 10 millions!». Mardi, le président de la FMH, Philippe Eggimann tirait la sonnette d'alarme dans «Le Temps»: freinons la migration et «notre système de santé s'effondre». Immersion dans l'Hôpital de Morges où la présence des étrangers, des cuisiniers aux médecins, se vit au quotidien comme une évidence.

## Pascale Burnier

Une colonne vertébrale par-ci, un fémur par-là, des intestins, ou ce qui y ressemble. Derrière cette porte interdite au public, les lumières ont disparu pour révéler avec précision les images qui apparaissent sur des écrans doubles. Dans l'ambiance feutrée et studieuse du Service de radiologie, les termes techniques dictés par des spécialistes de l'imagerie s'entrechoquent en une cadence sèche et continue, presque hypnotique, rappelant les pulsations d'une musique techno.

La Suisse à 10 millions et le frein à l'immigration? Deux hommes en blouse blanche bondissent de leurs chaises et se mettent à rire. «Moi, je suis de partout, Egyptien, Syrien et Algérien, lui est Tunisien, un autre de nos collègues est Italien. C'est normal dans nos métiers, explique Osama Nadjar, médecin chef en radiologie. Plus aucun médecin de l'hôpital ne diagnostique sans imagerie aujourd'hui, les besoins sont donc immenses et la Suisse ne forme tout simplement pas assez. Aujourd'hui, il serait très difficile de faire fonctionner un hôpital sans nous.»

Morges, 17 000 âmes, et son hôpital de 1360 employés, dont plus de 40% d'étrangers. Sans compter les nombreuses personnes naturalisées depuis leur entrée en fonction. Des chiffres qui n'ont rien d'exotique en Suisse. Prenez les médecins: l'Office fédéral de la statistique a compilé pour nous des données des services de santé cantonaux du pays. Sur 5233 médecins employés dans les hôpitaux vaudois en 2024, 2203 étaient étrangers, soit 42%, contre 41% à Genève. Un chiffre qui grimpe lorsque l'on parle du personnel soignant: soit 52% de personnels étrangers dans les hôpitaux vaudois et 69% du côté de Genève.

Osama Nadjar fait partie de ces nombreux médecins formés à l'étranger qui se sont spécialisés ensuite en Suisse. Des études en Algérie, en Angleterre et en France, puis une opportunité de travail à Morges. Depuis 2008, la Suisse est devenue son pays, y compris sur le passeport de ce père de cinq enfants, désormais naturalisé. Cette terre d'accueil, il ne la quitterait pour rien au monde. Et ne s'en cache pas: les conditions de vie, de travail – cet accès au matériel de pointe –, mais aussi le salaire, tout cela compte. Travailler en Algérie? «Surtout pas.» En France, non plus. «J'y ai personnellement vécu des discriminations professionnelles que je n'ai jamais ressenties en Suisse.»

Au poste d'à côté, on nous présente «le Suisse» de l'équipe. Un pied de nez aux clichés, puisque Louis, de père Sénégalais, porte le nom de famille de sa mère islandaise, Gudmundsson. Spécialiste en radiologie interventionnelle, il n'est qu'à temps partiel à l'hôpital. Si Osama Nadjar estime que les Suisses s'intéressent peu à la radiologie, Louis Gudmundsson nuance un peu: «Certains s'y intéressent mais ils

vont plutôt exercer en cabinet car le salaire est plus élevé et il y a moins de gardes.» La pénurie de radiologues n'est pas près de trouver son remède.

## De l'usine au Portugal à la Suisse

Retour à la lumière. Une alignée d'ascenseurs. Ding, dong! Almerinda Da Conceicao Soares, un sac poubelle à la main, apparaît. Presque vingt ans qu'elle a quitté l'usine où elle travaillait au Portugal pour les champs en Suisse. «On voulait faire quelque chose de mieux, avoir un jour une maison. C'est le rêve de tous», glisset-elle avec cet accent chantant. Son mari a tracé la voie, quatre ans durant lesquels trop de kilomètres les séparaient. Puis elle est arrivée, illégalement. Une fois un permis B en poche, elle a postulé à l'hôpital. C'était il y a 29 ans. Almerinda est aujourd'hui cheffe de l'équipe d'intendance avec 48 personnes sous ses ordres: «Des gens du Cap-Vert, du Congo, des Portugais, des Roumains, une Française. Aucun Suisse.» L'an prochain, elle retournera finir ses jours sous le soleil du Portugal, son fils né en Suisse, lui, restera ici.

Ding, dong, l'ascenseur démarre. Au bout d'un couloir, une médecin, énergique dans le serrage de main comme dans la démarche, salue avant de se précipiter sur son échographie. «Ça vous dit de voir une écho de jumelles en 3D?» Stéphanie Friszer, gynécologue et spécialiste en échographie foeto-maternelle et grossesse à haut risque, est un pur produit parisien. Il y a 4 ans, celle qui avait une situation de rêve en France a suivi son mari chercheur recruté pour un projet de thérapie génique à l'EPFL. Un changement «brutal». «A Paris, j'enseignais à l'université, j'avais mon cabinet au boulevard Saint-Germain. Ici, je suis arrivée comme gynécologue à Aubonne. J'ai changé de métier. Je suis la seule folle à avoir quitté la France pour un salaire plus bas!»

Mais sa casquette d'hyperspécialiste était un atout tel que cela lui a permis d'amener des compétences rares en Suisse. «L'Hôpital de Morges m'a donné les moyens et m'a fait confiance. Aujourd'hui, j'ai retrouvé ce que j'aime faire. Tout le monde sait que je n'ai volé le job de personne, car ici vous n'avez pas assez de monde et pas de spécialiste. Dans mon domaine, la formation n'existe simplement pas.»

Stéphanie Friszer et son mari illustrent une réalité statistique: celle de la majorité des travailleurs européens en Suisse. 49% d'entre eux ont en effet une éducation de haut niveau. Autrement dit, la Suisse importe massivement des cerveaux. Rien d'étonnant du point de vue de la France, rétorque-t-elle. «Il faudrait que les pays européens commencent à mieux nous traiter.»

A l'Hôpital de Morges, comme ailleurs, recruter des médecins ou infirmiers reste une gageure. Deux ans que l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC), dont fait partie l'Hôpital de Morges, cherche un rhumatologue. Directeur général de l'EHC et médecin, Mikael de Rham est confronté au quotidien à ce cruel manque. «La Suisse a commencé à renforcer la formation dans plusieurs domaines. Mais former un médecin, une infirmière spécialisée ou certains profils techniques prend de nombreuses années et les besoins augmentent plus vite que les ressources disponibles, notamment avec le vieillissement de la population.»

Numerus clausus, coût de la formation, manque de places de stage clinique: autant de facteurs qui ne permettent pas de suivre la demande, expliquait au Temps Philippe Eggimann, vice-président de la FMH. Alors que 1200 à 1300 diplômés en médecine sortent chaque année de nos universités, notre pays aurait besoin de 3500 à 4000 jeunes médecins par an. «Notre rôle n'est pas d'entrer dans un débat politique, mais nous pouvons montrer une réalité très concrète du terrain, poursuit le directeur de l'EHC. Aujourd'hui, sans une partie de ces professionnels venus de l'étranger, le fonctionnement des hôpitaux suisses serait fortement fragilisé, avec des conséquences directes sur la prise en charge des patients et sur la continuité des soins.»

## Le Brexit vu de l'intérieur

Ponte de la médecine antalgique, l'Anglo-Egyptien Sam Eldabe partage son temps depuis 2022 entre l'Hôpital de Morges et l'Angleterre. Pas pour le salaire, assure-t-il. «Je vis avec ma femme entre les deux pays. Avec les trajets et nos deux appartements, ce n'est pas avantageux!» En Suisse, impossible de trouver un spécialiste en antalgie. Toujours ce satané manque de spécialistes? Ecoutez plutôt la démonstration: «Le centre hospitalier où je travaille en Angleterre accueille 2 millions de cas de par an. Nous voyons donc beaucoup de patients défiler. Pour implanter un stimulateur médullaire, sorte de pacemaker que l'on place dans la colonne vertébrale, il faut pouvoir opérer au moins 50 ou 60 patients. Ici, il n'y a tout simplement pas assez de masse de gens concernés. Cela prendrait au moins le triple de temps pour former un spécialiste du domaine.» A ce manque de patients se greffe le fait que les Suisses intéressés se compteraient sur les doigts d'une main. «Se dédier à une spécialisation comme celle-là retarde l'acquisition de l'obtention du FMH. La pression familiale et financière fait que peu de Suisses se lancent», observe Sam Eldabe.

Le professeur, proche de la retraite, porte un regard amer sur la future votation, lui qui a vu et vécu les conséquences du Brexit dans les soins. «Aujourd'hui, nous avons une pénurie très forte de médecins et d'infirmières en Angleterre. Après le Brexit, beaucoup d'Européens ont quitté les hôpitaux. Une partie a été remplacée par des gens d'Inde, du Pakistan, ou des Philippines, en particulier pour les infirmières. Le remplacement n'a pas permis de compenser entièrement les départs et a créé de nouveaux défis d'intégration et d'organisation. L'Angleterre est face à un problème sans issue. La plupart des médecins que nous formons partent pour des pays plus lucratifs avec un meilleur niveau de vie. En Suisse, vous allez dans le même sens avec cette votation.»

## La pénibilité de la tâche qui repousse certains Suisses

Quelques étages plus bas, l'amertume se compense avec du sucre. Il est presque midi. Au menu de ce mardi: ragoût de dinde aux carottes, feuilleté aux champignons ou steak haché de veau. En cuisine, les toques blanches se tiennent de chaque côté d'un long tapis roulant. Les gestes sont rapides, les tintements des assiettes persistants et la concentration à son maximum. «Nous faisons 1000 repas par jour. Pour un seul plat, nous préparons 17 versions, en fonction des régimes et des allergies des patients. Chaque personne a donc un plateau individuel, explique avec fierté le chef Olivier Mage, l'accent du coin assumé. J'aime dire que nous faisons partie des soins. La nourriture est aussi un remède.»

Ici, la diversité ethnique et sociale du personnel est une recette éprouvée. Dans ce petit monde de l'hôpital, certains reprennent pied après une période de fin de droits, des jeunes condamnés à du travail d'intérêt général se frottent à la vie d'adulte. «Nous faisons tous partie de la même famille et c'est une richesse de travailler avec toutes ces personnes aux profils différents. Certains jours, les collègues sri lankais préparent par exemple des plats de chez eux pour le personnel de l'hôpital», poursuit Olivier Mage.

Nadesu Jananthiran, 56 ans, pousse un chariot de bols remplis de kiwis. Cet aide pâtissier sri-lankais est arrivé en Suisse en 1997, comme réfugié politique. Depuis vingt-cinq ans, il œuvre dans les cuisines morgiennes. Ne lui parlez pas d'un retour au pays. Chez lui, c'est ici, prévient-il avec un passeport à croix blanche en poche. Un autre visage de l'asile, tout comme Christian Toussaint, arrivé enfant d'Haïti, qui chérit ce métier et lance en parallèle son food-truck. A seulement 26 ans, il dit le constater, les jeunes suisses s'orientent souvent vers d'autres professions. Dans la restauration, les horaires sont contraignants, et les salaires «pas mirobolants».

## «J'ai vécu en France des discriminations professionnelles que je n'ai jamais ressenties en Suisse» - OSAMA NADJAR, MÉDECIN CHEF EN RADIOLOGIE

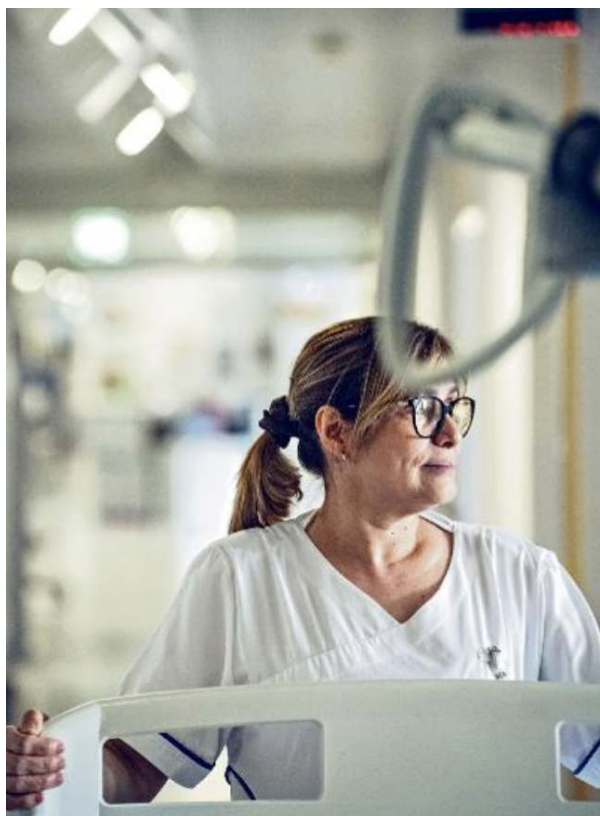
Un petit tour par la clinique de l'hôpital. Dans le bureau des infirmières, les consignes s'enchaînent et le job ne s'arrête jamais. «Ce n'est pas rose tous les jours, soupire Nathalie Delessert, 55 ans. Si son nom sonne familièrement, son histoire est transfrontalière. «Au Canada, je travaillais dans deux hôpitaux, sur appel,

nuit et jour. Je suis arrivée ici avec le programme Eurocare. Une personne de Suisse venait nous recruter à Montréal à l'époque. A 23 ans, je commençais à l'EHC. Aujourd'hui, les nombreuses Canadiennes ont été remplacées par des infirmières espagnoles ou portugaises», constate Nathalie. Les Suissesses? «Il y en a, mais beaucoup arrêtent la profession.» Usées par les gardes, et la pénibilité de la tâche, explique-t-elle. Elle s'est naturalisée, vit à Chavornay et «se sent aussi Suisse qu'une Suisse».

Osama Nadjar, Almerinda Da Conceicao, Nadesu Jananthiran et Nathalie Delessert sont des pièces indispensables au grand puzzle cosmopolite de l'Hôpital de Morges, mais n'apparaissent plus dans les statistiques du personnel étranger de leur lieu de travail depuis leur naturalisation. Une intégration qui fait partie de la philosophie de l'EHC, explique la directrice des ressources humaines, Vanessa Campagno. «Nous privilégions d'ailleurs soit les personnes implantées dans la région soit celles ayant la volonté de venir se domicilier en Suisse.» A l'hôpital de Morges, les frontaliers se font donc rares. 88% du personnel de l'EHC habite en Suisse, dont 80% dans le canton de Vaud.

#### SUR LE WEB

Suisse à 10 millions: le déni n'est plus une option La campagne sur la Suisse à 10 millions entre dans sa dernière ligne droite et tout le monde s'attend à un résultat serré le 14 juin. Quoi qu'il en soit, une partie de la population se sent pénalisée par le développement rapide du pays. Comment en est-on arrivé là? La responsabilité est collective et le sursaut doit venir vite.



Almerinda Da Conceicao Soares a quitté l'usine du Portugal pour les champs en Suisse. Elle est aujourd'hui cheffe d'équipe Intendance. (MORGES, 10 MAI 2026)



Osama Nadjar, médecin chef en radiologie. Dans son domaine, les candidatures helvétiques sont rares. Il a été formé entre autres en Algérie. (MORGES, 10 MAI 2026)



La doctoresse Stéphanie Friszer, Française, spécialiste en échographie foeto-maternelle et grossesse à haut risque, a apporté ses connaissances rares à l'Hôpital de Morges. (MORGES, 10 MAI 2026)



Louis Gudmundsson, d'origine sénégalaise et islandaise, radiologue. (MORGES, 10 MAI 2026)



Christian Toussaint, d'origine haïtienne, dans les cuisines de l'hôpital. (MORGES, 10 MAI 2026)

# ZG – Kantonsspital Zug: Spital blickt auf Rekorde und gute Finanzen zurück

 Zuger Zeitung | Zuger Kantonsspital | 29.05.2026

1261 Mitarbeitende hat das Zuger Kantonsspital. Sie versorgten 2025 mehr Patienten als im Vorjahr, sahen einen Babyboom und erwirtschafteten gute Finanzwerte.

## Martin Messmer

Im Zuger Kantonsspital wurden letztes Jahr insgesamt 12'019 Patientinnen und Patienten stationär behandelt, das sind 284 mehr als im Jahr zuvor. Knapp 200 der zusätzlichen stationären Fälle sind auf die höhere Geburtenzahl zurückzuführen. Insgesamt durfte das Team der Frauenklinik im Berichtsjahr 999 Geburten begleiten: 471 Mädchen und 528 Knaben erblickten im Zuger Kantonsspital das Licht der Welt. Das sind 86 Babys mehr als im Vorjahr. Mit 116 Neugeborenen war der Juli der geburtenstärkste Monat und markiert einen Rekord: Noch nie wurden im Zuger Kantonsspital in einem Monat mehr Babys geboren, wie es dem Jahresbericht des Spitals hervorgeht.

Bei den 1261 Mitarbeitenden wurde im November eine Zufriedenheitsumfrage durchgeführt. Ebenfalls wollte die Spitalleitung von ihnen wissen, wo sie Verbesserungspotenzial identifizieren. 567 Mitarbeitende haben an der Umfrage teilgenommen. 93 Prozent davon empfehlen das Zuger Kantonsspital als Arbeitgeber. Das aufgezeigte Verbesserungspotenzial werde in diesem Jahr analysiert, um daraus Massnahmen abzuleiten, schreiben die Spitalverantwortlichen im Jahresbericht weiter.

## Neue Geräte verbessern Diagnostik

Stolz ist das Zuger Kantonsspital auf eine technologische Anschaffung im Sommer 2025. Man gehöre zu den ersten Kliniken weltweit, welche ein neues Computertomografie-System der Firma Siemens Healthineers klinisch einsetzen. Das hochmoderne Gerät ermögliche eine präzisere Bildgebung bei gleichzeitig niedrigerer Strahlendosis. «Mit dem neuen Gerät kann die Diagnostik in vielen Bereichen verbessert werden, unter anderem für die präzise Beurteilung der Herzkranzgefässe auch bei starken Gefässverkalkungen», heisst es in der Medienmitteilung zum Jahresbericht.

Zufrieden scheint man auch mit den Finanzen. Das finanzielle Ergebnis 2025 fällt deutlich besser aus als im Vorjahr. So beträgt der Verlust nur noch 0,6 Millionen Franken, 2024 waren es noch 4,7 Millionen, als zum ersten Mal seit 2008 ein Verlust ausgewiesen werden musste. Nun folgt als ein zweiter Verlust in Folge, wenn auch nur noch ein ganz minimaler. Das Eigenkapital betrug Ende 2025 73,2 Millionen Franken, marginal weniger als im Vorjahr. Damit verfüge das Zuger Kantonsspital über genügend Eigenkapital, um die in den nächsten Jahren anstehenden Investitionen aus eigenen Mitteln zu finanzieren, heisst es im Bericht.

#### Gleichen tags erschienen in

- Luzerner Zeitung
- Urner Zeitung

# GE – Le Centre de chirurgie ambulatoire accueille son premier patient

 Tribune de Genève | 29.05.2026

**Cathy Macherel**

Santé - Rendre les patients autonomes le plus rapidement possible. C'est avec cet objectif que s'ouvre à Genève, dès le 2 juin, le Centre de chirurgie ambulatoire (CCAG). Cette infrastructure est née du partenariat entre les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le groupe privé Hirslanden.

Sis sur le plateau de Champel, à l'avenue de Beau-Séjour 24, le centre devrait prendre en charge quelque 10'000 patients au cours de sa première année d'exploitation. Il constitue ainsi le plus grand centre de chirurgie ambulatoire de Suisse.

Le bâtiment de 2800 m<sup>2</sup>, conçu sur mesure par la Caisse de prévoyance de l'État de Genève, comprend dix salles d'opération mixtes couvrant toutes les spécialités ambulatoires: six salles dédiées aux interventions standard avec anesthésiste, et quatre salles «flux rapide» pour des procédures courtes sous anesthésie locale, gérées intégralement par le chirurgien.


La plupart des spécialités ambulatoires seront couvertes: chirurgie viscérale, orthopédie, main, ophtalmologie, plastique, ORL, dermato-chirurgie, gynécologie, urologie et antalgie.

Le CCAG est une société anonyme privée, détenue à parts égales par les HUG et Hirslanden. Ce partenariat privé-public est inédit à Genève. Il est salué comme un modèle par la direction du Groupe Hirslanden et celle des HUG. Pour Robert Mardini, directeur général des HUG, «cette alliance synergique profitera à toute la population de la région, en termes de qualité des soins, d'innovation et d'économicité».

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# ZH – KSW, Spital Bülach: Urologie-Netzwerk in der Entstehung

 Der Landbote | KSW, Spital Bülach | 28.05.2026

Zürcher Unterland - Winterthur und Bülach wollen kooperieren.

## Nicoletta Gueorguiev

Das Kantonsspital Winterthur (KSW) und das Spital Bülach bauen ihre Zusammenarbeit in der Urologie aus. Ab November 2026 wollen die beiden Häuser im Zürcher Unterland ein gemeinsames Netzwerk aufbauen, wie sie in einer gemeinsamen Mitteilung bekannt geben. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten urologische Behandlungen näher an ihrem Wohnort zu ermöglichen.

Routineeingriffe und Abklärungen sollen direkt am Spital Bülach stattfinden. Komplexere Eingriffe werden am KSW in Winterthur durchgeführt. Das Angebot umfasst Abklärungen und Operationen bei Erkrankungen der Blase, der Prostata und der Harnwege. Darüber hinaus sollen Patientinnen und Patienten Zugang zu spezialisierten Behandlungen in der Uroonkologie, bei rekonstruktiven Eingriffen sowie in der Männerheilkunde und der Neurourologie erhalten. Am KSW steht zudem roboterassistierte Chirurgie zur Verfügung, insbesondere bei komplexen Nieren- und Prostataerkrankungen.

## Zusammenarbeit soll Stärken bündeln

Die Kooperation baut laut Mitteilung auf einer bestehenden Partnerschaft zwischen den beiden Spitälern auf. Giacinto Basilicata, Chefarzt Chirurgie und ärztlicher Direktor des Spitals Bülach, sagt: «Patientinnen und Patienten profitieren von kurzen Wegen und direktem Zugang zu Spezialisten. Sie erhalten urologische Betreuung direkt hier im Zürcher Unterland am Spital Bülach und bei Bedarf mit nahtlosem Zugang zur urologischen Klinik am KSW.» Christian Fankhauser, Chefarzt der Klinik für Urologie am KSW, ergänzt: «Mit dieser Zusammenarbeit bündeln wir unsere Stärken und entwickeln die urologische Versorgung im Zürcher Unterland im Sinne der Patientinnen und Patienten gemeinsam weiter.»

---

# Urologie-Netzwerk mit Spital Bülach

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Winterthur/Bülach - Ab November 2026 arbeiten das Kantonsspital Winterthur (KSW) und das Spital Bülach in der Urologie in Form eines Netzwerks eng zusammen. So stärken die Spitäler die urologische Versorgung in der Region. Ziel ist, eine qualitativ hochwertige, persönliche und wohnortnahe Betreuung der Patienten sowie direkten Zugang zu spezialisierter urologischer Expertise zu ermöglichen. **(red)**

---

# Urologie-Netzwerk mit Spital Bülach

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Winterthur/Bülach - Ab November 2026 arbeiten das Kantonsspital Winterthur (KSW) und das Spital Bülach in der Urologie in Form eines Netzwerks eng zusammen. So stärken die Spitäler die urologische Versorgung in der Region. Ziel ist, eine qualitativ hochwertige, persönliche und wohnortnahe Betreuung der Patienten sowie direkten Zugang zu spezialisierter urologischer Expertise zu ermöglichen. **(red)**

# GE – Genève relève à son tour le défi de la chirurgie ambulatoire

 Le Temps | 28.05.2026

Un nouveau centre, le plus grand du pays, ouvre ses portes au bout du lac Léman. Après plusieurs déconvenues romandes, le partenariat entre les HUG et Hirslanden veut prouver qu'une intervention sans hospitalisation peut enfin devenir un modèle économique viable.

## Annick Chevillot

Le bâtiment de verre et de béton n'a encore accueilli aucun patient qu'il porte déjà un poids considérable: celui des promesses faites depuis des années autour de la chirurgie ambulatoire. Le Centre de chirurgie ambulatoire de Genève (CCAG), un projet de 4000 m<sup>2</sup>, doté de dix salles d'opération et présenté par ses promoteurs comme le plus grand centre de chirurgie ambulatoire de Suisse, est le fruit d'un partenariat inédit entre les HUG et le groupe privé Hirslanden. Le lieu ambitionne de concentrer à terme jusqu'à 16 000 interventions par an. Hernies, orthopédie, ORL, gynécologie, ophtalmologie: ici, tout est pensé pour faire repartir le patient chez lui le jour même.

Mais derrière l'inauguration, le pari est immense. Car la Suisse romande a déjà tenté l'expérience. Et elle s'y est cassé les dents. A Lausanne, le centre MV Santé Beaumont, développé avec le CHUV, devait lui aussi symboliser l'avenir de l'hôpital. En 2014, la promesse semblait imparable: moins d'hospitalisations, des coûts réduits, des flux plus rapides. Deux ans plus tard, le partenariat s'effondrait.

## Des conditions à remplir

Pour Juliette Lemaigen, directrice du CCAG, la leçon est limpide: «J'ai personnellement beaucoup étudié ce cas, car il est évident qu'un tel échec, si proche de Genève, doit être finement analysé pour ne pas reproduire les mêmes erreurs. Si je devais le résumer en une phrase, je dirais: 100% des dépenses avec 55% des revenus. Généralement, ça ne dure pas longtemps». Derrière la formule, une réalité économique brutale. Les volumes opératoires espérés n'ont jamais été atteints. Les coûts fixes sont restés élevés. Et surtout, le modèle reposait sur une relation de sous-traitance entre le CHUV et MV Santé. Autre difficulté: les chirurgiens n'ont jamais réellement adhéré au projet. Ce dernier a été «réalisé dans l'urgence sans prendre le temps de préparer les médecins. Ils étaient ancrés dans leurs habitudes et ont fait pression pour ne pas aller opérer dans ce centre», note encore Juliette Lemaigen.

A Neuchâtel aussi, les centres Volta ont connu de graves difficultés financières avant d'être repris par le Réseau hospitalier neuchâtelois. Là encore, le manque de volume et la fragilité du modèle économique apparaissent en toile de fond. Pour autant, ces débâcles ne signifient pas que l'ambulatoire est condamné. A Bienne, le centre MEDIN au Lac, lancé par le Centre hospitalier Bienne, suit une trajectoire plus encourageante, même si la rentabilité se fait attendre: «L'exploitation du bloc opératoire ambulatoire n'est pas encore rentable», reconnaît Marie-Pierre Fauchère, responsable communication du Centre

hospitalier Bienne. La raison? «Le taux d'occupation n'est pas assez élevé. Pour assurer une bonne couverture des coûts, il faut un taux d'occupation proche de la capacité maximale.»

Autrement dit: l'ambulatoire fonctionne... à condition de tourner presque à plein régime. Mais Bienne apporte aussi une autre leçon importante: la question n'est pas seulement médicale. «Nous avons mis l'accent stratégique principal sur le développement des soins ambulatoires. Cela implique un changement culturel de longue haleine», poursuit Marie-Pierre Fauchère.

## Vers une révolution hospitalière?

Ce mot, culture, revient d'ailleurs constamment chez les promoteurs genevois. Car le CCAG ne se présente pas comme un simple nouveau bâtiment hospitalier, à proximité directe des HUG et de la clinique de La Colline. Le projet repose sur une idée beaucoup plus radicale. Transformer la chirurgie ambulatoire en système ultra-optimisé: efficacité, volumes, flexibilité, rationalisation, optimisation. Autant d'exigences qui permettront de réduire au maximum les coûts fixes et de standardiser les flux de patients. Juliette Lemaigen décrit presque une révolution culturelle hospitalière: «Cela va à l'encontre des stratégies de dotation aujourd'hui en vigueur dans les hôpitaux: une salle = X personnes et Y matériel.» Au CCAG, chaque minute improductive sera traquée. Un indicateur interne a même été développé pour mesurer le temps réellement consacré aux patients; le «TAR», pour taux, activité, ressource. L'objectif fixé: 80%. Cette logique se retrouve aussi dans les ressources humaines. Le centre cherche des équipes «polyvalentes», capables de s'adapter rapidement aux besoins et aux spécialités.

### «Un échec tel que l'a connu le cas vaudois doit être finement analysé pour ne pas reproduire les mêmes erreurs»

Derrière le discours médical apparaît donc une réalité plus industrielle: faire davantage d'opérations, plus vite, avec des équipes plus flexibles et des infrastructures plus légères que celles des grands hôpitaux. Pour les HUG comme pour Hirslanden, tout repose désormais sur une équation simple: «Le projet permet de mettre en synergie les activités de chirurgie ambulatoire des HUG et d'Hirslanden afin d'atteindre une masse critique suffisante pour assurer la viabilité du centre», explique le conseiller d'Etat Pierre Maudet. Même discours du côté du privé: «Nous misons sur le volume et l'efficacité pour réduire les coûts», affirme Gilles Rufenacht, CEO du groupe Hirslanden. Le seuil est déjà connu: environ 10 000 cas annuels. «Un résultat positif sera considéré comme un succès dès ce nombre atteint», ajoute Gilles Rufenacht. Contrairement à Lausanne, Genève veut éviter la logique de sous-traitance. Les deux partenaires détiennent chacun 50% du projet.

## Un calendrier pas anodin

Le CCAG ouvre alors que la Suisse s'apprête à mettre en œuvre EFAS, la grande réforme du financement uniforme des soins ambulatoires et stationnaires. Aujourd'hui encore, le système favorise partiellement l'hospitalisation classique: les cantons financent une partie du stationnaire mais pas l'ambulatoire. EFAS doit corriger cette asymétrie. Pour Hirslanden, cette réforme pourrait accélérer massivement le transfert vers l'ambulatoire. «Tous auront davantage intérêt à encourager le meilleur traitement et le moins cher», estime Gilles Rufenacht.

A Bienne aussi, l'espoir est réel. «Grâce à EFAS, toutes les parties prenantes auront intérêt à adapter les structures tarifaires», espère Marie-Pierre Fauchère. Pierre Maudet voit lui aussi dans cette réforme un accélérateur de la transition ambulatoire, même s'il rappelle que Genève avait déjà engagé ce virage avant EFAS. «La chirurgie ambulatoire devrait surtout se développer parce que les médecins et les patients en perçoivent les bénéfices: qualité de la prise en charge, confort du patient, pertinence médicale et limitation des hospitalisations inutiles.» Au fond, le CCAG dépasse largement le cadre genevois. Le centre concentre

presque toutes les conditions censées permettre à l'ambulatoire de réussir: un immense bassin de patients, un partenariat public-privé, des infrastructures neuves, des volumes massifs et bientôt un financement potentiellement plus favorable avec EFAS.

Si Genève échoue malgré cela, c'est peut-être la promesse économique même de l'ambulatoire qui devra être questionnée. Car derrière les couloirs flambant neufs du CCAG se joue peut-être bien davantage qu'une inauguration: une tentative de réinventer le fonctionnement économique de l'hôpital suisse.

# Zauberpinsel für positive Momente im Kinderspital

 [SRF 1](#) | Les pinceaux magiques | 31.05.2026

Mit kreativen Arbeiten die Momente der Angst und der Traurigkeiten hinter sich lassen. Das bietet der Verein «Les pinceaux magiques» kranken Kindern und Jugendlichen im Spital und zu Hause – und entlastet so auch ihre Eltern.


Ein Bericht von Valérie Perriraz.

 [Video starten, Dauer: 03:23](#)

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Le numerus clausus: bientôt supprimé? «Ce n'est pas tout à fait le cas»

 Medinside (fr) | 30.05.2026

Le numerus clausus est-il en train de disparaître en Suisse? Non, répond la présidente de la FMH Yvonne Gilli.

En Suisse, le numerus clausus va-t-il disparaître – ou rester en place? Après l'adoption par le Parlement, en septembre 2024, d'une motion visant à réformer la procédure d'admission aux études de médecine, de nombreux médias ont annoncé la «fin du numerus clausus».

Les examens du NC sont à nouveau prévus pour début juillet. En même temps, le flou demeure quant à ce que la décision politique a réellement changé. Medinside s'est donc renseigné auprès de la présidente de la FMH, Yvonne Gilli. Et a reçu d'elle une réponse surprenante.

«Il est inexact de dire qu'avec la motion a été décidée l'abolition du numerus clausus», indique Gilli. Selon elle, le conseiller national centriste Benjamin Roduit est intervenu au contraire pour réclamer que l'admission aux études de médecine se base dorénavant plus sur des «critères de compétence et de qualité».

## «Le numerus clausus reste en place»

Le Parlement n'a toutefois pas du tout pu décider d'une suppression directe du numerus clausus. «Le Conseil fédéral avait souligné à juste titre qu'une telle mesure ne relevait pas de la compétence de la Confédération, mais de la souveraineté des cantons en matière d'éducation», explique Gilli. C'est précisément pour cette raison que la motion exige expressément une collaboration entre la Confédération et les cantons pour développer une procédure de sélection appropriée.

La motion adoptée va donc bien au-delà de la simple question du test d'aptitude. La Confédération et les cantons doivent examiner des mesures visant à créer davantage de places d'études et des stages cliniques supplémentaires – en particulier dans les soins de base et le secteur ambulatoire. Il est également prévu que les deux niveaux mettent ensemble les moyens nécessaires à disposition.

La motion n'a toutefois pas encore d'effets concrets sur l'admission aux études de médecine. Le numerus clausus est maintenu. Selon Gilli, la décision politique a toutefois déclenché une discussion importante: l'opinion – selon laquelle le test d'aptitude actuel pourrait être remplacé à long terme par une procédure d'admission plus large, évaluant de manière plus complète l'aptitude à la profession de médecin – gagne de plus en plus de terrain.

Entre-temps, les premiers travaux de réforme sont en cours en arrière-plan. Début 2026, la Joint Commission of Swiss Medical Schools (SMIFK-CIMS) a publié un livre blanc sur les nouvelles procédures d'admission possibles. Toutefois, en raison des compétences fédérales, la mise en œuvre devrait prendre encore plusieurs années.

## Augmentation du nombre de places d'études

Parallèlement au débat sur le numerus clausus, le canton de Zurich par exemple développe considérablement ses capacités de formation: avec le projet «Med500+», l'Université de Zurich veut porter le nombre de places d'études en médecine de 430, actuellement, à 700. Les premiers étudiants supplémentaires devraient commencer leurs études à partir de 2030.

Il est prévu non seulement d'augmenter le nombre de places à l'université, mais aussi de réformer les études. Le lien avec la pratique doit être renforcé plus tôt et des thèmes tels que l'intelligence artificielle, l'économie de la santé ou la collaboration interprofessionnelle doivent être davantage intégrés. Il est également prévu de créer dix nouvelles chaires d'enseignement et environ 140 postes à plein temps supplémentaires.

Cette expansion s'accompagne toutefois d'une augmentation des exigences envers les hôpitaux. Car avec plus d'étudiants il faudra aussi, dans les années à venir, nettement plus de places de formation postgraduée pour les médecins assistants. Comme le rapporte l'émission de radio «Regional Diagonal» de la SRF, cette conséquence de l'expansion n'a pas suffisamment retenu l'attention jusqu'à présent.

La présidente de la FMH, Yvonne Gilli, estime elle aussi que les plus grands goulots d'étranglement ne se situent pas au niveau du bachelor, mais par la suite: «Les goulots d'étranglement critiques se situent au niveau du master et de la phase de formation postgraduée», ajoute-t-elle. La formation postgraduée ambulatoire, en particulier, ne bénéficie pas aujourd'hui d'un financement public suffisant.

En conséquence, les hôpitaux zurichois cherchent déjà des solutions. Selon la «SRF», le canton examine lui aussi des mesures supplémentaires: entre autres les services ambulatoires et les cabinets de médecine générale devraient à l'avenir être davantage impliqués dans la formation postgraduée et recevoir en retour une indemnisation financière. **ab**

- [Paper-Medical-Education-Students](#)

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Obsan macht Medizinalberufe messbar: Aus- und Weiterbildung, Zu- und Abwanderung

 [Medinside \(de\)](#) | 29.05.2026

Von Psychotherapie-Bewilligungen bis zur Pflegefluktuation: Das Dashboard verdichtet immer mehr zentrale Daten des Gesundheitswesens.

Wie entwickelten sich die ärztlichen Weiterbildungstitel im letzten Jahr? (Antwort: Sie gingen in der Tat massiv zurück, nämlich um 23 Prozent.)

Wie viele Berufsausübungsbewilligungen für Psychotherapeuten wurden in den letzten Jahren durchschnittlich erteilt? (Knapp 800 pro Jahr.)

Wie gross ist der Frauenanteil in der Zahnmedizin? (2025 lag er bei 55 Prozent – zehn Jahre zuvor waren es erst 46 Prozent gewesen.)

Solche Daten bietet das Observatorium Obsan – beziehungsweise dessen neue Statistikseite: Sie wertet das Medizinalberufe- und das Psychologieberuferegister aus und wurde nun aufgeschaltet.

Laila Burla, Oliver Zumbrunnen, Clémence Merçay: [«Statistiken Medizinalberuferegister und Psychologieberuferegister»](#), Mai 2026.

Insgesamt macht das Obsan-Monitoring damit [über 400 verschiedene Indikatoren](#) per Mausklick greifbar – von den Abschlüssen in Humanmedizin bis zur [Zu- und Abwanderung von ausländischen Pflegefachkräften](#). (Hier kamen in den letzten zehn Jahren per Saldo knapp 640 Pflegefachleute pro Jahr ins Land.)

Neben dem Pflegemonitoring, das der Bund im Sommer 2024 aufschaltete, versammelt das neuere Ärztemonitoring Kennzahlen aus verschiedenen Datenquellen in seinem Dashboard. Aktualisiert wurden jetzt:

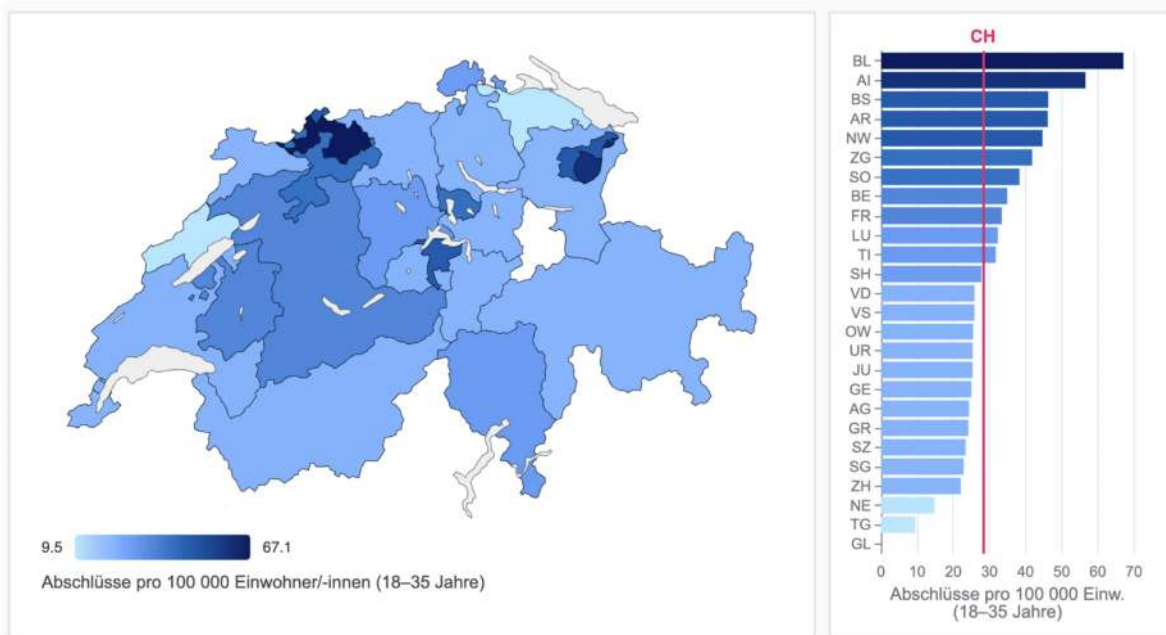
- Verleihene und anerkannte Facharzttitel.
- Berufliche Situation von ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten. (Wobei sich hier interessanterweise und entgegen gängigen Thesen zeigt, dass der Anteil der Ärzte, die im Beruf tätig sind und im Patientenkontakt arbeiten, in den letzten Jahren gestiegen ist – von 68 Prozent im Jahr 2010 auf 76 Prozent im Jahr 2024.)
- Eintritte und Austritte von ausländischen Ärztinnen und Ärzten. (Hier lag der Saldo in den letzten zehn Jahren bei rund 990 pro Jahr.)
- Patientenstopp (Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung).
- Aufgabe der Praxistätigkeit (Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung).

- Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung.

[→ Zum Ärztemonitoring](#)

Das «Nationale Monitoring Pflegepersonal» bietet gut 25 Indikatoren, zum Beispiel zur Zahl der ausgeschriebenen Stellen, zur Nurse-to-Patient Ratio, zur Fluktuation, zu den Löhnen oder zur Pflegequalität aus Sicht des Pflegepersonals.

[→ Zum Pflegemonitoring](#)



# Blindflug bei den Prämien: Was kommt 2027 auf uns zu?

 CH Media national | 30.05.2026

Die Spitäler haben rund die Hälfte ihrer Leistungen bis dato nicht abgerechnet. Das hat Folgen für die Krankenkassenprämien.

## Anna Wanner

Wirkt sich der Longevity- und der Fitness-Boom positiv auf die Gesundheit der Menschen aus? Oder gehen sie einfach seltener zur Ärztin oder ins Spital? Die aktuellsten Zahlen zu den abgerechneten Gesundheitsleistungen in der Schweiz verleiten zu solchen Vermutungen: Im ersten Quartal 2026 sanken die Ausgaben pro Kopf erstmals wieder seit dem Corona-Frühling 2021.

Ist das nun die langersehnte Kehrtwende beim ewigen Anstieg der Gesundheitskosten?

Die Antwort fällt klar aus: Nein, sagt das Bundesamt für Gesundheit. Es geht davon aus, dass die Gesundheitskosten weiter wachsen wie zuvor. Die Zahlen bilden die Realität nicht ab. Sie zeigen, dass vor allem die Spitäler im ambulanten Bereich einen markanten Rückgang verzeichnen – also bei Behandlungen ohne Übernachtung.

So gingen die Ausgaben pro Kopf im Vergleich zu 2025 um 35 Prozent zurück. Das sind 81 Franken pro Person oder rund 700 Millionen Franken an Prämiegeldern, die im ersten Quartal weniger ausgegeben wurden.

## Leistung bezogen, Rechnung nicht bezahlt

Das bedeutet nicht, dass Spitäler weniger Patientinnen und Patienten behandeln. Viele verschicken aktuell einfach keine Rechnungen. Der Grund dafür sind Softwareprobleme in der Abrechnung der neuen Arzttarife.

Seit Januar gilt ein duales System mit dem Einzelleistungstarif Tardoc und ambulanten Pauschalen. Während die Ärztinnen und Ärzte sich mit zunehmender Vertrautheit im System bewegen, funktioniert die hochkomplexe Abrechnung an den Spitätern vielerorts noch nicht – auch weil die Lösung der Anbieter von Spitalsoftware teilweise ungenügend ist.

## Fast die Hälfte der Belege fehlt

Mehrmals wurde die Branche getröstet. Auch gegenüber dieser Zeitung hiess es im März, die Spitäler könnten mit den Abrechnungen bald starten. Doch die Einführung verzögert sich weiter. Mitte Juni soll ein neues Update in Betrieb gehen.

Die aufgeschobenen Rechnungen könnten die Spitäler in Liquiditätsengpässe bringen. Betroffen sind von der Blockade nicht nur kleinere Häuser, auch Unispitäler können nicht abrechnen. Doch auch für die Krankenkassen ist die Situation ungemütlich, wie Zahlen von Helsana zeigen. Bis letzte Woche gingen etwa 400'000 Rechnungen weniger ein als im Vorjahr. Damit fehlen mehr als 45 Prozent der Belege – je nach Kanton sind es noch deutlich mehr.

Die Gestaltung der Krankenkassenprämien 2027 erfolgt darum im Blindflug. Laut CSS ist die Prognose der Leistungskosten für das Folgejahr grundsätzlich anspruchsvoll. «Für die Prämienberechnung stehen jeweils nur die aktuellen Abrechnungsdaten bis Ende Mai zur Verfügung.» Auf dieser Basis müssten die Kostenentwicklungen für das Folgejahr abgeschätzt werden. Weil nun die Auswirkungen des Arzttarifs nicht abschätzbar sind, müssen die Krankenkassen den Daumen in die Luft halten. Und der Bundesrat im September Prämien auf einer fehleranfälligen Basis genehmigen.

## Kostenneutralität auf 2028 vertagt

Die Krankenkassen kommen nicht umhin, auch gewisse Reserven einzuplanen. Für die Prämienrunde 2027 verheisst das nichts Gutes. Dabei setzte die Politik grosse Hoffnungen auf die neuen Tarife. Deren Einführung soll gemäss den unterzeichneten Verträgen kostenneutral erfolgen. Der Bundesrat hat zudem Spitälern, Pflege, Physiotherapeuten, Ärzten und Co. einen Kostendeckel von maximal vier Prozent Kostenwachstum auferlegt.

Angesichts der aktuellen Abrechnungsprobleme wird dieser Hebel für 2027 kaum Wirkung erzielen. Erst ab nächstem Sommer liegen Vergleichsdaten vor, die Massnahmen ermöglichen, um die Kosten einzudämmen. Eine Entlastung der Prämienzahlenden wird erst für das Jahr 2028 erwartet.

# Sparzwänge bremsen die Digitalisierung im Gesundheitswesen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 30.05.2026

Das nationale Programm Digisanté ist früh mit finanziellen Problemen konfrontiert

## Andri Rostetter

Die Schweiz hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Bei der Digitalisierung hinkt das Land aber seit Jahren hinterher; in globalen Rankings landet die Schweiz jeweils bestenfalls im Mittelfeld. So rasch wird sich das auch nicht ändern. Digisanté, das zentrale Bundesprogramm zur digitalen Transformation des Gesundheitswesens, muss mit deutlich weniger Geld auskommen als geplant.

Im kommenden Jahr steht nur rund die Hälfte des ursprünglich vorgesehenen Budgets zur Verfügung. Das zeigt eine interne Notiz des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die der NZZ vorliegt. 2027 muss Digisanté demgemäss mit knapp 28 Millionen Franken weniger auskommen. Auch für die nachfolgenden Jahre seien «jährliche Kürzungen in der Höhe von mehreren Millionen Franken vorgesehen», heisst es in der Notiz.

Digisanté betrifft praktisch die gesamte Gesundheitsbranche: Spitäler, Arztpraxen, Apotheken, Labore, Pflegeinstitutionen, Versicherer, Kantone und Bundesverwaltung. Innert zehn Jahren – von 2025 bis 2034 – sollen damit die Grundlagen für eine tiefgreifende digitale Vernetzung und Standardisierung geschaffen werden.

## Kürzungen in heikler Phase

Im Jahr 2024 bewilligte das Parlament für Digisanté einen Verpflichtungskredit von knapp 400 Millionen Franken. Für 2027 sollen nun aber 19,5 Millionen Franken nicht gesprochen werden. Dazu kommt eine weitere Kürzung von 8 Millionen, als Teil einer zusätzlichen Einsparung im Rahmen des Entlastungspakets 2027, die das Parlament in der Wintersession beschlossen hat: Das Innendepartement muss die laufenden Kosten in den kommenden drei Jahren um insgesamt 90 Millionen Franken kürzen – und zwar explizit auch bei Digisanté.

Wie hoch die künftigen Einsparungen genau sein werden, hänge von den Budgetbeschlüssen des Parlaments ab, heisst es in der BAG-Notiz. Doch schon jetzt ist absehbar, dass weitere Einsparungen in der gleichen Grössenordnung das Gesamtprojekt massiv gefährden könnten, sollten sich Kürzungen in dieser Grössenordnung bis zum geplanten Projektende 2034 fortsetzen. Die skizzierten Einsparungen treffen das Programm in einer heiklen Phase. Digitalisierungsprojekte sind im Aufbau besonders anfällig, wenn Strukturen und Standards gesetzt werden. Kürzungen wirken sich hier nicht nur auf einzelne Projekte aus, sondern auf die gesamte Infrastruktur des Programms.

## Zeitplan unter Vorbehalt

Das BAG und das Bundesamt für Statistik (BFS), die Digisanté gemeinsam verantworten, reagierten bereits im April auf die geplanten Einsparungen. Es sei wichtig, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen «im Rahmen der vorhandenen finanziellen Möglichkeiten weiter vorangetrieben wird», hielten die beiden Bundesämter in einer gemeinsamen Mitteilung fest. Ursprünglich wollten die Bundesämter zusammen mit den Kantonen und Branchenvertretern bis Ende Mai einen detaillierten Plan ausarbeiten, wie die Sparvorgaben umgesetzt werden sollen. Dieser liegt bis jetzt nicht vor, wie das BAG auf Nachfrage mitteilt. Die genaue Umsetzung sei «noch nicht abschliessend entschieden, ein definitiver Entscheid zu den Kürzungen für 2027 steht noch aus».

Zu weiteren Fragen nimmt das BAG keine Stellung. Offen bleibt damit, welche der 22 Digisanté-Projekte verschoben oder redimensioniert werden müssen und ob der Zeitplan bis 2034 eingehalten werden kann. Fest steht aber: Ein zentrales Digitalisierungsprojekt des Bundes kommt damit massiv unter Druck.

# Costi sanitari, le misure non convincono tutti

 [tio.ch](https://tio.ch) | 28.05.2026

Dalla consultazione sul secondo pacchetto per contenere i costi emergono pareri contrastanti, in particolare sul prezzo dei medicinali.

Ha raccolto pareri contrastanti in consultazione il secondo pacchetto di misure volte a contenere i costi sanitari, intervenendo in particolare sul prezzo dei medicinali. Uno degli adeguamenti alle ordinanze sull'assicurazione malattie (OAMal) proposti prevede sconti sulla quantità per i farmaci con un fatturato molto elevato. I risparmi stimati sono di 350 milioni all'anno.

Per l'UDC la percentuale di rimborso proposta, che arriva fino al 40% del giro d'affari, è decisamente troppo elevata e ha come conseguenza di rendere la Svizzera un mercato meno attraente per garantire la sicurezza dell'approvvigionamento dei farmaci necessari. Per il partito, la regolamentazione proposta costituisce un intervento estraneo al sistema, che distorce la concorrenza e frena l'innovazione.

Anche il PLR vede nel pacchetto di misure un rischio di indebolimento della concorrenza e della responsabilità individuale, oltre a una burocratizzazione. Secondo il partito, una revisione sostenibile dovrebbe conciliare il contenimento dei costi, l'accesso dei pazienti al sistema e l'attività di ricerca.

I Verdi ritengono che le misure siano insufficienti, vista l'urgenza dell'aumento dei costi sanitari ogni anno per le famiglie, e in una nota parlano di mancanza di ambizione del Consiglio federale. Il prezzo elevato dei farmaci è in parte dovuto ai margini eccessivi e ingiustificati che l'industria farmaceutica applica a molti dei suoi prodotti, affermano nella nota, aggiungendo costernati che il pacchetto di misure proposte dal Consiglio federale avrà un impatto quasi nullo sui costi.

Interpharma, l'associazione di categoria delle aziende farmaceutiche svizzere attive nella ricerca, respinge integralmente le misure. Le ritiene insufficienti. Oltretutto a suo avviso non tengono sufficientemente conto delle ripercussioni sull'assistenza ai pazienti. Già oggi in Svizzera si registrano notevoli ritardi nell'accesso ai medicinali innovativi, ricorda, aggiungendo che le misure proposte rischierebbero di aggravare ulteriormente questa situazione.

Un cauto sostegno è stato espresso dai Verdi Liberali, che accolgono con favore gli strumenti di contenimento dei costi, ma mettono in guardia da un eccessivo onere burocratico. Il partito si impegna a favore di un sistema tariffario e di rimborso che privilegi la qualità rispetto alla quantità, mantenga la Svizzera attraente come sede di ricerca e rafforzi la sicurezza dell'approvvigionamento, si legge in una presa di posizione.

Il PS approva in particolare il fatto che il titolare dell'autorizzazione di un farmaco, in caso di volume di mercato pari o superiore a 15 milioni di franchi per medicamento e anno civile, rimborserebbe un importo definito all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Secondo il partito, i 350 milioni di franchi di risparmi previsti grazie alle misure proposte rappresentano però un importo estremamente modesto se si considera il volume totale dei costi delle prestazioni sanitarie in Svizzera, che ammonta a 97 miliardi di franchi.

Il Centro vede un potenziale di risparmio nel settore sanitario per i farmaci con un fatturato elevato. Di conseguenza, il partito si aspetta che le misure approvate dal Parlamento vengano effettivamente attuate, si legge nella sua presa di posizione. Per il Centro è fondamentale che i pazienti in Svizzera abbiano

accesso alle innovazioni mediche nel settore farmaceutico a prezzi adeguati. Parallelamente però il Centro riconosce che la piazza farmaceutica svizzera si trova attualmente in una situazione difficile a causa del mutato contesto internazionale.

# LU – Zwischen Notfall und «Notfall»

 Luzerner Zeitung | 30.05.2026

Der Kanton Luzern nimmt am Montag eine Gesundheitsleitstelle in Betrieb. Sie soll Patienten telefonisch an den richtigen Ort leiten.

## Alexander von Däniken

Es ist für das Gesundheitswesen wie anhaltendes Fieber: Die Notfallstationen der Spitäler laufen am Limit, vor der Permanence stehen Patienten Schlange und Hausärztinnen werden bedrängt, sofort Termine freizuschaukeln. Der Kanton Luzern reagiert jetzt auf diese Entwicklung. Am kommenden Montag, 1. Juni, geht eine Gesundheitsleitstelle in Betrieb. Ab 12 Uhr können dann Personen aus dem Kanton Luzern die Telefonnummer 0800041041 wählen, wenn sie oder ihre Angehörigen sich in einer akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Situation befinden. Das Angebot ist kostenlos und rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche während 365 Tagen verfügbar.

Es handelt sich um eine Ergänzung zur Sanitätsnotrufzentrale, die weiterhin unter der Nummer 144 für lebensbedrohliche Notfälle erreichbar ist. Gesundheits- und Sozialdirektorin Michaela Tschuor (Mitte) stellte das neue Angebot am Freitag gemeinsam mit Daniel Stiefelhagen vor. Er ist Co-Projektleiter der Gesundheitsleitstelle und stellvertretender Leiter der Sanitätsnotrufzentrale. Die neue Leitstelle ist denn auch im selben Raum wie die Notrufzentrale im Luzerner Kantonsspital in Luzern untergebracht. «So können Synergien optimal genutzt und bei Bedarf schnelle Übergaben sichergestellt werden», erklärte Stiefelhagen.

## Nahtlose Zusammenarbeit mit Notrufzentrale

Das soll auch umgekehrt funktionieren: Ruft jemand auf die Nummer 144 an und es stellt sich heraus, dass es sich nicht um eine lebensbedrohliche Situation handelt, wird die Person ohne Unterbruch mit der Gesundheitsleitstelle verbunden. Diese soll den Anrufenden die richtige Hilfe am richtigen Ort vermitteln, wie Regierungspräsidentin Michaela Tschuor erläuterte: «Genau dafür haben wir die Gesundheitsleitstelle geschaffen, die einen neuen und niederschweligen Zugang zur Versorgung bietet. Die Menschen erhalten rasch Hilfe – unkompliziert, kostenlos, professionell und rund um die Uhr.»

Um die Nummer 0800 041 041 bekannt zu machen, sind unter anderem eine Social-Media-Kampagne, Inserate und Kärtchen geplant, die nicht nur in Arztpraxen, sondern auch in Hotels aufliegen werden. Denn: «Wir richten uns mit dem Angebot auch an Touristen im Kanton Luzern», sagte Tschuor. Was die Erreichbarkeit in mehreren Sprachen betrifft, werden laut Daniel Stiefelhagen über die Notrufzentrale die vier Landessprachen abgedeckt, zusätzlich stehe ein Live-Chatprogramm mit Übersetzungstool zur Verfügung. Für die Leitstelle sind 8,4 Vollzeitstellen eingeplant, dazu kommt eine halbe Vollzeitstelle für die Leitung. Es handelt sich um entsprechend ausgebildete Fachangestellte Gesundheit oder Rettungssanitäter.

## Weitere Akteure beteiligt

Die Gesundheitsleitstelle richtet sich an Personen, die über 16 Jahre alt sind. Für unter 16-Jährige steht wie bisher das Angebot «Medgate Kids Line» zur Verfügung (0583877888). Stichwort Medgate: Mit dem Telemedizin-Anbieter besteht laut Stiefelhagen eine enge Zusammenarbeit. So leitet die Gesundheitsleitstelle zum Beispiel Anrufe, die keine physische Untersuchung erfordern, an Medgate weiter. Zusätzliche Kooperationen gab es bei der Erarbeitung des Projekts mit weiteren Akteuren des Gesundheitswesens; etwa der Luzerner Ärztesgesellschaft.

Damit erinnert die Gesundheitsleitzentrale an ein Projekt, das der Kanton Luzern ebenfalls in diesem Jahr gestartet hat: die integrierte Gesundheitsversorgung; also das Vernetzen der verschiedenen Gesundheitsakteure. Bei beiden handelt es sich um Massnahmen aus dem Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung aus dem Jahr 2024. Die Gesundheitsleitzentrale ist als Pilotprojekt definiert; für dieses Jahr ist rund eine Million Franken eingestellt, für 2027 sind es 1,6 Millionen Franken.

Für die Zeit nach der Pilotphase bestehen bereits Pläne. So soll die Gesundheitsleitzentrale mit der künftig gemeinsamen Einsatzleitzentrale der Kantone Luzern, Nid- und Obwalden ins Sicherheitszentrum Rothenburg ziehen, das voraussichtlich 2032 in Betrieb gehen wird. Parallel dazu könnte das Angebot auf die ganze Zentralschweiz ausgeweitet werden.

### Gleichen Tags erschienen in

- Zuger Zeitung
- Urner Zeitung
- Zofinger Tagblatt

# ZH – PUK: Psychiatrie will 90'000 Franken für Sicherheitsdienst

 Tages-Anzeiger | PUK | 29.05.2026

Verwaltungsgericht - Wer zahlt, wenn eine aggressive, psychotische Patientin bewacht werden muss?

## Liliane Minor

Die Seniorin war für die psychiatrische Universitätsklinik in Zürich (PUK) ein höchst ungewöhnlicher Fall. Die Patientin, die an einer schweren psychischen Erkrankung leidet, zeigte sich derart aggressiv, dass die Klinik einen privaten Sicherheitsdienst aufbot. Das klinikinterne Sicherheitspersonal reichte nicht.

Zunächst waren jeweils zwei, später eine Person vor Ort. Sie begleiteten die Frau nicht nur, wenn sie in der PUK unterwegs war. Sie passten auch in ihrem Zimmer auf sie auf. Neun Monate lang. Kosten: 87'128.10 Franken.

Diese Kosten verrechnete die PUK der Patientin als gebührenpflichtige Sonderleistung. Und das, obwohl die Frau nicht freiwillig in der Klinik war, sondern per fürsorgliche Unterbringung eingewiesen worden war.

Nun hat das Verwaltungsgericht eine Beschwerde des Rechtsvertreters der Frau gegen die Verrechnung gutgeheissen. Die PUK muss die Kosten aus der Fallpauschale decken.

## Ressourcen der PUK sind begrenzt

Die Klinik hatte sich auf den Standpunkt gestellt, ohne Sicherheitsdienst hätte die Frau gar nicht behandelt werden können. Stattdessen hätte sie komplett isoliert werden müssen, was mit Blick auf die Menschenrechte nicht vertretbar gewesen wäre.

Die Kosten für den Sicherheitsdienst seien aber weder eine pflegerische noch eine therapeutische Leistung – und dürften daher nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden. Deshalb müsse die Frau sie zahlen.

Der Spitalrat der PUK als erste Beschwerdeinstanz war dieser Argumentation noch gefolgt. Die Ressourcen eines Spitals seien begrenzt, hielt der Spitalrat fest. Zwar müsse eine psychiatrische Klinik mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten rechnen, aber der hauseigene Sicherheitsdienst könne nicht jede Eventualität abdecken.

## «Keine Mehrleistung» für die Patientin

Das Verwaltungsgericht sah die Sache anders. Da eine Behandlung ohne Sicherheitsdienst unmöglich gewesen wäre, seien die Kosten als medizinischtherapeutische Leistung zu betrachten. Damit seien sie

über die Behandlungspauschale abzurechnen.

Dass die Pauschale die realen Kosten in diesem Fall nicht deckt, ist für das Verwaltungsgericht kein Argument. Die Pauschale sei ein Durchschnittswert, der «sowohl besonders kostengünstige als auch besonders kostspielige Fälle» einschliesse.

Hinzu komme, dass der Sicherheitsdienst keine Sonderleistung zugunsten der Patientin gewesen sei, sondern vielmehr dem Schutz des Personals und der übrigen Patientinnen und Patienten gedient habe. Damit liege keine «echte Mehrleistung» vor, die gesondert verrechnet werden dürfe.

Das Urteil ist nicht rechtskräftig. Die PUK hat es ans Bundesgericht weitergezogen.