
Inhaltsverzeichnis

H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Weil Heim-Plätze fehlen: Spitäler bleiben auf Patienten sitzen

 nau.ch | 07.06.2026

Les hôpitaux régionaux redoutent l'initiative UDC

 ajour.ch (fr) | 04.06.2026

Kaum vorgestellt, schon umstritten: Die Physio-Tarifstruktur sorgt für heftige Reaktionen

 Medinside (de) | 04.06.2026

PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

GR – Die neue Churer Kinder- und Jugendpsychiatrie reicht nicht aus

 srf.ch | 06.06.2026

SG, GR, TG – Lange Wartezeiten in Kinderpsychiatrien

 Radio SRF 1 | 04.06.2026

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Gesundheitswesen: Sparen bei Digitalisierung stösst auf Kritik

 Radio SRF 4 News | 06.06.2026

Kristian Schneider: «Wir haben sehr hohe Medikamentenpreise» - Interview

 Finanz und Wirtschaft | 03.06.2026

Spitalplanung: Zuerst die Kantone, dann der Bund

 Medinside (de) | 02.06.2026

Pandémies: «La suisse est mieux armée»

 La Liberté | 08.06.2026

Yvonne Gilli: «Dahinter klafft eine gähnende Leere» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.06.2026

SPITÄLER

Ohne unabhängige Kontrollen der Spitäler geht es nicht - Kommentar

 NZZ am Sonntag | 07.06.2026

GR – Spital Davos: Gewinn dank Sondereffekt

 Medinside (de) | 05.06.2026

Regionalspitäler fürchten die Annahme der SVP-Initiative

 Bieler Tagblatt | 04.06.2026

BS – Nachdem wieder ein Neugeborenes in Babyklappe abgegeben wurde: Grossrätin fordert, dass in Spitälern komplett anonyme Geburten möglich sind

 Radio SRF 1 | 04.06.2026

Spitalschliessungen kosten Parteien Wählerstimmen

 nau.ch | 02.06.2026

ZH – Patienten, Forschungsgelder, Gewinn: Uniklinik Balgrist wächst auf mehreren Ebenen

 Medinside (de) | 03.06.2026

GR – Spital Thuis: Defizitausgleich sinkt leicht

 Südostschweiz Bündner Zeitung | 02.06.2026

Tipps von der Fachfrau: So verstehen Sie Ihre Spitalrechnung

 Südostschweiz Bündner Zeitung | 02.06.2026

AG – KSB erklärt Medizin neu mit KI-Avataren

 Badener Tagblatt | 05.06.2026

Ausländisches Pflegepersonal: Lösung oder Teil des Problems?

 Luzerner Zeitung | 05.06.2026

Ostschweiz - Hickhack um die Spitalplanung

 St. Galler Tagblatt | 02.06.2026

BS, BL – KSBL und Universität Basel schmieden Allianz für die Pflege

 Medinside (de) | 03.06.2026

DIVERSES

FMH: le Bureau d'expertises romand reste fermé aux nouveaux dossiers

 Medinside (fr) | 03.06.2026

FMH-Gutachterstelle zieht Bilanz – und kämpft mit einem Rückstau

 Medinside (de) | 03.06.2026

Weil Heim-Plätze fehlen: Spitäler bleiben auf Patienten sitzen

 nau.ch | 07.06.2026

Viele austrittsbereite Patienten bleiben länger im Spital. Das verursacht Millionenkosten und kann geplante Eingriffe verzögern.

Simon Ulrich

Der Schweiz droht eine massive Lücke in der Langzeitpflege. Bis 2040 braucht es laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) 626 zusätzliche Pflegeheime, wenn sich die heutige Versorgungspolitik nicht grundlegend verändert.

Die Spitäler spüren die Folgen dieser Entwicklung bereits heute: Wer medizinisch austrittsbereit ist, aber keinen Pflegeheimplatz oder keine andere passende Anschlusslösung findet, bleibt länger im Akutbett.

Das verursacht hohe Kosten – und kann dazu führen, dass andere Patienten länger auf eine Behandlung warten müssen.

Wartende Patientinnen und Patienten blockieren Akutbetten

Am Freiburger Kantonsspital (HFR) kamen 2025 insgesamt 9020 solche Wartetage zusammen. Im Jahr 2023 waren es sogar 10'324, 2024 noch 8746.

«Die meisten Fälle betreffen Patientinnen und Patienten, die auf einen Platz im Pflegeheim warten», sagt Sprecherin Catherine Favre Kruit. Teilweise gebe es wegen Personalmangels auch Wartefälle bei der Spitex.

Im Durchschnitt blieben Patientinnen und Patienten, die auf einen Pflegeheimplatz warteten, 2025 rund 16 Tage zusätzlich im Spital.

Favre Kruit gibt zu bedenken: «Kumulieren sich diese Wartefälle mit einer hohen Bettenauslastung, kann dies dazu führen, dass geplante Eingriffe verschoben werden müssen.» Anfang 2026 sei das der Fall gewesen.

Die Wartefälle verursachen Mehrkosten in Millionenhöhe. «Im Jahr 2022 betrug die Kostenbeispieleweise 10 Millionen Franken für 9300 Wartetage», so Favre Kruit.

Auch am Kantonsspital Aarau (KSA) kennt man das Problem. Dort betrug die Bettenauslastung im letzten Jahr zeitweise 100 Prozent.

Grundsätzlich gilt: Entlassen wird erst, wenn eine tragfähige Lösung gefunden ist. «Niemand wird auf die Strasse gestellt», sagt KSA-Sprecher Joël Hoffmann.

Das Problem sei aber: «Die Kosten für diesen unnötigen Aufenthalt bleiben grundsätzlich am KSA hängen.»

Schwierig seien Anschlusslösungen vor allem dann zu finden, wenn Patientinnen und Patienten nur für wenige Tage einen Pflegeplatz benötigen. Dann entstünden dem Spital Mehrkosten und Ertragsausfälle,

weil das Bett nicht für andere Patienten genutzt werden kann, erklärt Hoffmann.

Pflegeheime stossen regional an ihre Grenzen

Das Kantonsspital Baselland (KSBL) wiederum kann zwar einen Teil der Fälle intern abfedern. Dank eigener Reha-Klinik und sechs speziellen Pflegeplätzen für Patientinnen und Patienten, die nicht mehr akut behandelt werden müssen.

Sprecher Dominik Werner hält aber fest: «Auch bei uns in der Region sind die Aufnahmekapazitäten der Alterspflegeheime begrenzt und Anschlusslösungen müssen teils flexibel gehandhabt werden.»

Laut dem Branchenverband Curaviva Schweiz sind die Alters- und Pflegeheime statistisch gesehen derzeit gut ausgelastet, haben aber noch gewisse Kapazitäten.

Allerdings könne sich die Situation «aus demografischen und versorgungstechnischen Gründen regional sehr unterschiedlich gestalten», betont Geschäftsführerin Christina Zweifel.

Im Baselbiet etwa sei die Versorgung mit Pflegeplätzen aktuell zwar «einigermassen entspannt», sagt René Gröflin, Präsident des kantonalen Curaviva-Verbandes. Im Langzeitvergleich jedoch sei die Situation «sehr bedenklich».

«Im Vergleich zu früheren Jahren fällt auf, dass viele Heime wieder Wartelisten führen», sagt Gröflin. Zudem nähmen sie immer häufiger sehr pflegeintensive Menschen auf.

Finanzierung bremst den Ausbau der Pflegeplätze

Warum werden dann nicht einfach mehr Pflegeheime gebaut?

Das hat vor allem mit der Finanzierung zu tun. In seiner Mitteilung vom Dezember 2025 hält der Verband Aargauer Krankenanstalten (Vaka) fest:

«Die Leistungserbringer sind nur dann bereit, ihre Angebote auszubauen, wenn die Finanzierung mindestens kostendeckend ist. Das ist im Bereich der Pflegefinanzierung jedoch bei weitem nicht der Fall.»

Die Finanzierungslücke bei den aargauischen Pflegeinstitutionen habe sich seit 2011 bis Ende 2024 auf rund 300 Millionen [Franken](#) summiert.

Das erschwert auch Bauprojekte. Laut Vaka sind Banken bei Baukrediten für Pflegeheime zurückhaltend, weil viele Heime zu wenig Eigenmittel erwirtschaften.

Auch Curaviva Baselland sieht in der Finanzierung eine der zentralen Hürden. Früher seien neue Pflegebetten vom Kanton mitfinanziert worden. «Heute müssen die Heime die Investitionen selber tragen und ab dem ersten Tag möglichst kostendeckend arbeiten können», erklärt Gröflin.

Viele Heime verfügten zwar über Möglichkeiten (Abschreibungen) für Ersatzinvestitionen. «Für Neuinvestitionen stehen aber nicht genügend Finanzmittel zur Verfügung», so Gröflin.

Übergangspflege scheitert an falschen Anreizen

Doch selbst zusätzliche Pflegeplätze würden das Problem nicht vollständig lösen. Denn an der Schnittstelle zwischen Spital und Pflege gibt es ein weiteres Hindernis: Finanzielle Fehlanreize.

Nach einem Spitalaufenthalt könnten manche Patientinnen und Patienten eigentlich vorübergehend in die sogenannte Akut- und Übergangspflege (AÜP) wechseln. Dort würden sie in einem Pflegeheim betreut, bis

sie wieder nach Hause können oder eine dauerhafte Lösung gefunden ist.

Doch dieses Angebot sei in seiner heutigen Ausgestaltung «zu wenig praxistauglich», kritisiert der Spitalverband H+. Die vorgesehene Dauer (maximal zwei Wochen) sei zu kurz, zudem würden wichtige Leistungen wie Unterkunft und Betreuung nicht angemessen vergütet.

Dadurch entstünden zu wenige Angebote – und bestehende würden zu wenig genutzt.


Curaviva Schweiz schlägt in die gleiche Kerbe. Zwar übernehmen Kanton und Krankenkasse in der AÜP die Pflegekosten. Für Kost und Logis im Pflegeheim müssen die Patienten jedoch – anders als im Spital – vollumfänglich selber aufkommen. Gerade diese Kosten machen einen grossen Teil der Heimrechnung aus.

Der Verbleib im (für das Gesundheitssystem teurere) Spitalbett sei deshalb «aus Patientensicht finanziell attraktiver», sagt Geschäftsführerin Christina Zweifel.

Für die befragten Verbände liegt die Lösung daher nicht nur im Bau neuer Pflegeheime. Genauso brauche es angemessen finanzierte Übergangslösungen und eine bessere Koordination zwischen Spitälern und Heimen.

Sonst bleibt das Akutspital für viele ältere Menschen das teuerste Wartezimmer des Pflegesystems.

Les hôpitaux régionaux redoutent l'initiative UDC

 [ajour.ch \(fr\)](https://ajour.ch/fr) | 04.06.2026

L'initiative «Pas de Suisse à 10 millions!», soumise en votation le 14 juin prochain, ne sera pas sans effet sur le système de santé. Les hôpitaux régionaux craignent ses conséquences.

Nicole Hager

Depuis la retraite de mon médecin de famille aux origines vaudoises, je suis suivie par une généraliste catalane. Les physiothérapeutes qui ont pris soin de mon épaule douloureuse sont, pour l'une, polonaise, et, pour l'autre, espagnole. Lors de mon dernier passage aux urgences, l'infirmier qui a remis en état mon poignet fracturé venait lui aussi d'Espagne.

Ce «scanner» approximatif de ma vie de patiente n'a rien d'exceptionnel. Il reflète une réalité. Le système de santé suisse est devenu dépendant du personnel venu de l'étranger.

Soumise en votation le 14 juin prochain, l'initiative de l'Union démocratique du centre (UDC) «Pas de Suisse à 10 millions!» vise à prendre des mesures pour limiter la croissance démographique du pays, et donc l'immigration, dès que la population aura dépassé la barre des 9,5 millions d'habitants. Une perspective qui pourrait faire mal au niveau des établissements de soins.

Selon H+, association faîtière des hôpitaux et cliniques de Suisse, 21,8% du personnel qualifié travaillant dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux du pays est titulaire d'un diplôme étranger.

Près de trois quarts des nouveaux collaborateurs ne sont pas de nationalité suisse. - Alexandre Omont, directeur général du Réseau de l'Arc

50% d'employés étrangers

Il n'en va pas autrement au Centre hospitalier de Bienne (CHB). En 2025, sur ses 2458 collaborateurs, 1885 étaient Suisses et 573 (23,3%) d'une autre nationalité. En 2015, cette proportion atteignait les 18%. Elle est en hausse constante. Pour Marie-Pierre Fauchère, responsable communication du CHB, l'initiative risque d'aggraver une pénurie de main-d'œuvre déjà existante: «Que ce soit en raison de départs à la retraite, de démissions ou de changements de carrière, tôt ou tard, ces professionnels devront être remplacés. Briter le besoin de renouvellement par un plafonnement rigide de l'immigration revient à créer des lacunes qu'il sera difficile de combler.»

La tendance est encore plus marquée au Réseau de l'Arc, qui regroupe les sites hospitaliers de Saint-Imier et de Moutier, ainsi que la clinique Montbrillant de La Chaux-de-Fonds. Entre 2021 et 2026, la composition du personnel a fortement évolué. La part des collaborateurs non suisses y est passée de 36,2% à 49,2%. Autrement dit, aujourd'hui, près d'un employé sur deux est étranger, contre un sur trois il y a à peine cinq ans.

Alexandre Omont, directeur général du Réseau de l'Arc, tient à préciser que cette évolution s'explique aussi par la croissance soutenue des effectifs dans le même laps de temps. «Cette croissance repose en grande partie sur le recrutement à l'étranger: près de trois quarts des nouveaux collaborateurs ne sont pas de nationalité suisse», indique-t-il.

Et parmi ces employés qui ne possèdent pas un passeport à croix blanche, la moitié sont frontaliers. Même si l'initiative de l'UDC ne vise pas clairement ces derniers, elle pourrait rendre leur accès à la Suisse plus compliqué. Or, pour le fonctionnement des hôpitaux, ces professionnels sont devenus indispensables.

Retraités à remplacer

«Sans pouvoir recruter à l'étranger, la pénurie serait telle qu'il serait impossible de maintenir certaines prestations», avertit Alexandre Omont. «Nous sommes dans le même cas que tous les autres établissements de soins et de santé du pays», ajoute-t-il.

Au Centre hospitalier Bienne, Marie-Pierre Fauchère partage effectivement ce même constat. «Comme toutes les organisations actives dans le monde de la santé, nous sommes fortement concernés par la pénurie de personnel qualifié. D'autant que celle-ci ne tardera pas à s'accroître compte tenu de l'évolution démographique et, en particulier, avec le départ à la retraite des générations issues du baby-boom.»

Le phénomène est particulièrement visible chez les médecins de famille. Selon les dernières données de la Fédération des médecins suisses, près de la moitié des généralistes actuellement en activité ont plus de 55 ans.

Dans ce contexte, «recruter à l'étranger est malheureusement une nécessité», poursuit la communicante. Au CHB, cela concerne avant tout les médecins dans des domaines spécialisés pour lesquels les candidats formés en Suisse sont rares. Au Réseau de l'Arc, la difficulté de recrutement s'étend à l'ensemble des professions médicales. «Tous les postes sont difficiles à pourvoir dans le domaine de la santé et, de la même manière, tous sont indispensables au fonctionnement du système de santé», résume Alexandre Omont.

Recruter à l'étranger est malheureusement une nécessité. - Marie-Pierre Fauchère, responsable communication au Centre hospitalier de Bienne

Patients directement touchés

Sans l'apport de la main-d'œuvre étrangère, les hôpitaux ne pourraient pas continuer à fonctionner comme aujourd'hui. Les conséquences d'une acceptation de l'initiative ne se limiteraient pas aux ressources humaines. Elles pourraient aussi toucher directement les patients. «Le risque est réel que certaines offres médicales spécialisées ne soient plus aussi facilement accessibles en Suisse», avertit Marie-Pierre Fauchère. Au Réseau de l'Arc, Alexandre Omont redoute les mêmes effets: «Sans pouvoir recruter à l'étranger, la pénurie serait telle qu'il serait impossible de maintenir certaines prestations.»

A quelques jours de la votation, Marie-Pierre Fauchère ne cache pas son inquiétude. «Un 'oui' à l'initiative ne manquerait pas de compliquer fortement notre rôle de service public de proximité.»

Kaum vorgestellt, schon umstritten: Die Physio-Tarifstruktur sorgt für heftige Reaktionen

 [Medinside \(de\)](#) | Physioswiss | 04.06.2026

Ein neues Tarifmodell sollte die Physiotherapie in die Zukunft führen. Aber viele in der Branche befürchten nun ein Desaster. Bereits läuft eine Petition gegen den Vertrag.

«Das ist ein schwarzer Tag für die Physiotherapie in der Schweiz.» – «Ich bin zutiefst enttäuscht und habe Angst um meine Praxis und die Arbeitsplätze.» – «Für die Versicherer ist das zweifellos ein Erfolg. Für die Physiotherapie ist es keiner.»

Die Reaktionen auf den LinkedIn-Post von Physioswiss sind zumeist ungnädig. Der Verband informierte darin gestern über die neue Tarifstruktur: «Endlich Bewegung nach 30 Jahren Stillstand», hiess es einleitend. Der Vertrag, der nun beim Bundesrat liegt und 2027 eingeführt werden soll, schaffe die Grundlage für eine neue und datenbasierte Tariflandschaft.

Aber fast gleichzeitig wurde eine Petition aufgeschaltet, die Widerstand macht. [«Faire Physio-Tarife»](#), so die Forderung. Hier sammelt sich Kritik am Abkommen, das Physioswiss, H+ und Prio.Swiss ausgehandelt hatten – es sei schlicht ungenügend. Zwingend wäre, dass der Tarif am Ende einen Stundenumsatz von mindestens 140 Franken pro Physiotherapeutin oder Physiotherapeut ermöglicht.

Hinter der Aktion stehen Vertreterinnen und Vertreter diverser Physio-Unternehmen beziehungsweise deren Organisation SwissODP.

Mehr Bürokratie, aber schlechter verrechenbar?

Worum geht es? Der neue KVG-Tarifvertrag für ambulante Physiotherapie war bereits im April eingereicht worden. Jetzt aber wurden die Details bekannt. Das System wechselt von pauschalen Therapietarifen zu einem zeitbasierten Einzelleistungstarif. Das alte Modell mit Sitzungspauschalen à 30 Minuten wird durch ein detailliertes Verfahren mit Abrechnung in 5-Minuten-Einheiten ersetzt.

Zugleich gibt es neue Positionen, beispielsweise Leistungen in Abwesenheit des Patienten, Robotik-Therapie und Sturzprävention.

Die Tarifpartner Physioswiss, H+ und Prio.Swiss betonen die Transparenz und Sachgerechtigkeit der Struktur. Doch die Kritik entzündet sich daran, dass hier womöglich ein massiver Einnahmeneinbruch vorgespurt wird. Als konkretes Beispiel wird etwa genannt, dass eine 30-minütige Behandlung statt mit 48 Taxpunkten künftig mit rund 44 Punkten vergütet werden soll.

Zudem, so die Befürchtung, schafft das Tarifabkommen zusätzliche bürokratische Belastungen. Auf der anderen Seite liessen sich administrative Tätigkeiten [künftig schlechter verrechnen](#) (es sei denn, sie würden durch die Physiotherapeuten selbst ausgeführt). Und nebenbei enthält der Vertrag eine Art Mitgliederzwang: Wer via KVG abrechnen will, muss Physioswiss, H+ oder der ASPI beitreten oder eine Gebühr zahlen.

Aufruf zur Einigkeit

Der Konflikt dreht sich also stark um finanzielle Tragfähigkeit versus Modernisierung: Während die Akteure die Reform als zeitgemäss und datenbasiert erachten, wittern betroffene Physiotherapeuten einen schleichenden Abbau.

«Besser Untätigkeit als eine Tarifsenkung, wenn man ohnehin schon am Rande des Überlebens ist», so die Bemerkung eines Physiotherapeuten gegenüber Physioswiss.

Im Hintergrund steht, dass die Physiotarife in den letzten dreissig Jahren lediglich um etwa 8,5 Prozent zulegten – während die Inflation etwa 23 Prozent ausmachte. Andererseits verlangt das Gesetz, dass das neue Tarifwerk kostenneutral eingeführt werden muss. Das Dilemma ist offensichtlich.

Physioswiss setzt nun darauf, dass die Lage der Branche durch höhere Taxpunktwerte verbessert wird. «Die Physiotherapie bleibt weiterhin unterfinanziert», [schreibt der Verband](#): «Eine moderne Tarifstruktur ist ein wichtiger Schritt – faire und zeitgemässe Vergütungen sind damit jedoch noch nicht erreicht. Physioswiss setzt sich weiterhin mit Nachdruck für angemessene Taxpunktwerte ein. Die laufenden kantonalen Festsetzungsverfahren sind dafür zentral. Klar bleibt: Ohne eine substantielle Erhöhung der Taxpunktwerte bleibt der Wandel unvollständig.»

Ein geschlossenes Engagement der Branche bleibe dabei entscheidend. Doch gerade dies scheint jetzt das Problem zu sein.

«Wäre es unter diesen Umständen nicht eher die Aufgabe von Physioswiss gewesen, statt mantraartig immer wieder auf das Prinzip der Kostenneutralität zu verweisen, klare Kante zu zeigen und die Verantwortlichen öffentlich stärker in die Pflicht zu nehmen?», [kommentiert Physio-Unternehmer Marcel Zbinden](#) das Resultat; als Leiter von Mobilephysio ist er speziell betroffen, weil die vergüteten Wegzeiten in der neuen Struktur kaum die Kosten decken. «Stattdessen handelte der Verband im Namen der gesamten Branche hinter verschlossenen Türen einen Vertrag aus, der in weiten Teilen der Physiotherapiebranche auf erheblichen Widerstand stösst.»

GR – Die neue Churer Kinder- und Jugendpsychiatrie reicht nicht aus

 [srf.ch](https://www.srf.ch) | 06.06.2026

Graubünden hat in der Klinik Waldhaus neue Plätze geschaffen. Dennoch ist die Warteliste im ambulanten Bereich im dreistelligen Bereich.

Livia Baettig

Mobbing, Schulstress, häusliche Gewalt – immer mehr Kinder und Jugendliche sind psychisch krank. Seit rund vier Monaten ist die neue Klinik Waldhaus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden in Chur in Betrieb. Längst ist sie mehr als voll.

50 Millionen für Neubau

Das Angebot an Plätzen reicht weiterhin nicht aus. Obwohl für 50 Millionen Franken eine Anlage im Grünen entstand, die 21 stationäre und sieben Plätze in der Tagesklinik anbietet – inklusive Notfall.

Was schweizweit der Trend ist, zeigt sich auch in Chur: Es sind immer mehr Kinder die Hilfe brauchen. Betroffen sind auch ihre Familien. Gefordert ist die stationäre und vor allem auch die ambulante Betreuung.

Trotz mehr Mitarbeitenden, trotz Prozessoptimierung, trotz immer noch mehr Tempo und Effizienz sind teilweise bis zu 100 Wartende auf der Liste für ambulante Behandlungen. - Heidi Eckrich Ärztliche Direktorin Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste GR

Die ärztliche Direktorin der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Graubünden sagt: «Trotz mehr Mitarbeitenden, trotz Prozessoptimierung, trotz immer noch mehr Tempo und Effizienz sind teilweise bis zu 100 Wartende auf der Liste für ambulante Behandlungen.»

Es werde versucht zu triagieren: Dringliches vor mittel Dringlichem bis zu etwas, was auch ein wenig warten kann. «Wir arbeiten quantitativ am Anschlag», sagt Heidi Eckrich. «Qualitativ schaffen wir am einzelnen Patienten trotzdem sehr gute Arbeit.»

Die Gründe, wieso Kinder und Jugendliche in ein psychisches Loch fallen sind vielschichtig. Sie leiden unter Alltagssituationen, teilweise verbunden mit Ängsten oder Suizidgedanken. Deshalb sei es wichtig, dass in der Klinik das Gesellschaftliche nicht zu kurz komme.

«Gott sei Dank spielen auch unsere Mitarbeitenden gerne», sagt Direktorin Heidi Eckrich mit Blick auf den Aufenthaltsraum, der zum Spielen einlädt. Zum neuen Gebäudekomplex der Klinik Waldhaus gehört auch eine Schule. Dort wird halbtags unterrichtet, ohne Druck und ohne Prüfungen.

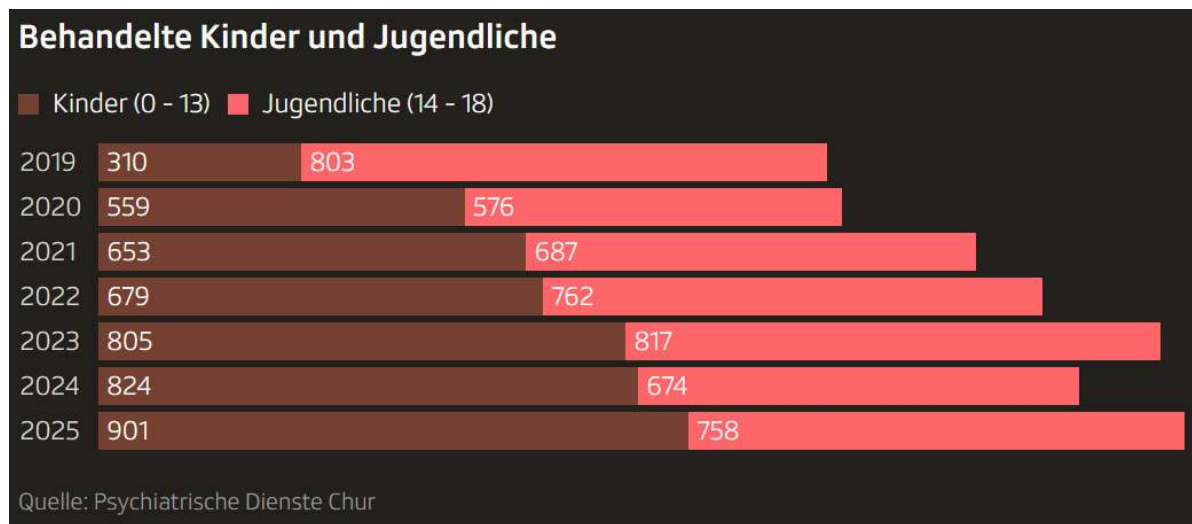
Heidi Eckrich ist seit sieben Jahren ärztliche Direktorin der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Graubünden. Sie ist überzeugt: «Wir müssen noch viel mehr Gewicht auf gute Präventionsarbeit legen.»

Meiner Meinung nach zeugt es von Stärke, Hilfe zu holen, auch wenn es von der Welt nicht so angesehen wird. - Betroffene Jugendliche

Eine betroffene Jugendliche formuliert es so: «Häufig wird Hilfe holen als sehr schwach bezeichnet. Aber meiner Meinung nach zeugt es von Stärke, auch wenn es von der Welt nicht so angesehen wird.»

Regionale Zusammenarbeit

Die neue Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik Waldhaus hat eine permanente Verfügbarkeit, einen 24/365-Betrieb. Sie soll der Entwicklung Rechnung tragen und dringend nötige zusätzliche Kapazitäten in der Region schaffen. Das Angebot umfasst eine Kinder-, eine Jugend- sowie eine Psychotherapiestation. Weil psychische Belastungen früher auftreten und die Krankheitsbilder immer komplexer würden.



[🔊 Audio starten, Start: 03:40, Ende: 06:29](#)



Inhaltsart
Bericht

Kanton
GR, SG, TG

Region
Ostschweiz (GL, AR, AI, SG,
GR, TG, FL)

Sendung
Regionaljournal Ostschweiz

Topic Dossiers
Gesundheitswesen - GR

PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SG, GR, TG – Lange Wartezeiten in Kinderpsychiatrien

 Radio SRF 1 | 04.06.2026

Der Kanton Graubünden hat in Chur für 50 Millionen Franken eine neue Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet. Die Klinik ist seit dem ersten Tag voll. Auch in St. Gallen und im Thurgau warten viele Kinder und Jugendliche lange auf fachärztliche Hilfe.

 [Audio starten](#), Start: 00:09, Ende: 02:46

Gesundheitswesen: Sparen bei Digitalisierung stösst auf Kritik

 [Radio SRF 4 News](#) | 06.06.2026

Das Schweizer Gesundheitswesen weist noch immer grosse Lücken auf bei der Digitalisierung. Der Bund ist daran, hier aufzuholen. Allerdings werden diverse Projekte durch Sparmassnahmen des Parlaments ausgebremst. Dies sorgt für Kritik.

 [Audio starten, Dauer: 04:15](#)

Kristian Schneider: «Wir haben sehr hohe Medikamentenpreise» - Interview

 Finanz und Wirtschaft | 03.06.2026

Der stellvertretende Direktor des BAG ordnet die Auswirkungen der neuen US-Medikamentenpreispolitik ein.

Interview mit Kristian Schneider, Miriam Kappeler

Die USA ziehen die Schweiz bei ihrem neuen Meistbegünstigten-Preissystem als Referenzland für die eigene Medikamentenpreisbildung heran. Die Pharmabranche fordert deshalb höhere Arzneimittelpreise und warnt, dass neue Medikamente den Schweizer Markt andernfalls nur noch stark verzögert oder gar nicht mehr erreichen könnten. Kristian Schneider, stellvertretender Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG), hat mit FuW über dieses brisante Thema gesprochen.

Herr Schneider, wie schätzt das BAG das Risiko ein, dass sich die Markteinführung neuer Medikamente in der Schweiz verzögert oder die Lancierung gar ausbleibt?

Es ist bereits heute gängig, dass Pharmaunternehmen ihre Produkte in der Regel zuerst in grossen Märkten, besonders den USA, lancieren, bevor Europa und die Schweiz an der Reihe sind. Daran ändert sich im Grunde nichts. Bei innovativen, patentgeschützten Mitteln führen wir mit den Firmen Preisverhandlungen. Dann entscheiden sie, ob sie bereit sind, die Produkte zu einem wirtschaftlichen Preis zu lancieren, den wir über den Auslandpreis und den therapeutischen Quervergleich ermitteln. Wir haben im Vergleich zum Ausland sehr hohe Preise und sind deshalb für die Pharmabranche attraktiv. Zudem ist die Schweiz derzeit eines der wenigen Länder in Europa, die sich aktiv mit der Pharmaindustrie und ihren Herausforderungen auseinandersetzen. So wurde Anfang 2026 die Arbeitsgruppe Lifesciences-Standort ins Leben gerufen, die über die Rahmenbedingungen diskutiert.

Bisher gab es schon vereinzelt Fälle, bei denen die Preisfindung sehr lange dauerte oder gar scheiterte. Wird eine Einigung künftig noch schwieriger?

Hohe Preisforderungen haben Preisverhandlungen zur Folge, was Zeit in Anspruch nimmt. Wir sind trotz allem das zweitschnellste Land in Europa. Derzeit herrschen rund um die US-Preisfestsetzungsmodelle und die Verträge der grossen Pharmaunternehmen mit der US-Regierung noch viel Unklarheit und ein Mangel an Transparenz. Wir wissen nicht, was die Verträge der US-Regierung mit den siebzehn grossen Pharmakonzernen genau umfassen. Von den drei Modellen «Generous», «Globe» und «Guard» ist bisher nur «Generous» in Kraft (vgl. Kasten, Anm. der Red.). Es beruht auf Freiwilligkeit und gilt für Medicaid, die staatliche US-Krankenversicherung für Einkommensschwache. Die obligatorischen Modelle «Globe» und «Guard», die arzt-bzw. selbstverabreichte Medikamente in der staatlichen Krankenversicherung für Senioren, Medicare, betreffen, sind noch nicht eingeführt. Sie sollen fünf Jahre laufen und rund 25% der Medicare-Versicherten erfassen. Das betrifft prozentual gesehen also keinen grossen Teil des Marktes. Zudem kennen wir die Nettopreise in den USA nicht. Die hohen Preise im Privatversicherungsbereich sind reine Schaufensterpreise. Die Rabatte, die die Pharmacy Benefit Managers aushandeln, sind nicht bekannt.

Die Versorgung der Schweiz mit neuen Medikamenten ist also nicht in Gefahr?

Wir müssen Wege finden, wie die Schweizer Bevölkerung auch in Zukunft von wirklichen Innovationen profitieren kann. Ein Aspekt ist hierbei die Frage, wie wir ein innovatives Medikament definieren. Denn nicht jedes neue Produkt auf dem Markt ist auch gleich innovativ und bringt einen relevanten Zusatznutzen für die Patienten in der Schweiz.

Werden im BAG oder in der Arbeitsgruppe Ansätze diskutiert, um für Durchbruchtherapien höhere Preise zuzulassen, als der Innovationszuschlag von 20% es vorsieht? Die meisten neuen Medikamente sind ja nur inkrementelle Innovationen.

Zu den laufenden Diskussionen innerhalb der Arbeitsgruppe Lifesciences kann ich Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt keine Auskunft geben, da vereinbart wurde, damit noch nicht an die Öffentlichkeit zu gehen. Es ist richtig, dass viele Medikamente nur inkrementelle Innovationen darstellen. Was man jedoch bedenken muss: Auch inkrementelle Innovationen können für Patienten wichtig sein. Ob man allerdings jeden einzelnen kleinen Innovationsschritt finanziell honorieren muss und welche Innovationen wirklich relevant sind, ist eine Frage, die diskutiert werden muss.

Verkennt das BAG die Tragweite des neuen US-Preissystems, das die Schweiz zu einem Referenzland der USA macht?

Nein. Wenn der künftige US-Preis an eine Gruppe von Referenzländern gekoppelt wird – und je nach Modell der günstigste oder der zweitgünstigste Preis die Basis für den US-Preis bildet –, dann sollte unser Ziel sein, nicht das Land mit dem günstigsten oder dem zweitgünstigsten Preis zu sein. Andernfalls wären wir der Auslöser für einen tieferen US-Preis, was natürlich nicht optimal wäre. Deshalb sitzen wir mit den Pharmaunternehmen praktisch wöchentlich zusammen, um das gegenseitige Verständnis zu schärfen und Lösungsmöglichkeiten zu finden. Man darf aber nicht vergessen: Die Modelle «Globe» und «Guard» sind noch nicht eingeführt, und wir konnten die Verträge der grossen Pharmaunternehmen mit der US-Regierung bisher noch nicht einsehen.

Es wird angenommen, dass die Pharmaunternehmen die vertraulichen Schweizer Nettopreise der US-Regierung zur Verfügung stellen werden. Wie stehen Sie dazu? Müsste das BAG nicht viel härter Transparenz einfordern?

Dass Rabatte und Nettopreise nicht öffentlich sind, hat sich in der Branche durchgesetzt. Pharmaunternehmen wollen nicht, dass Länder gegenseitig wissen, wie hoch die Nettopreise sind. Wie die USA künftig an diese Daten gelangen wollen – ob dafür z.B. unabhängige Wirtschaftsprüfer eingesetzt werden –, ist noch unklar. Es braucht vonseiten der Pharmaunternehmen daher die nötige Transparenz. Wenn die USA diese Transparenz erhalten, dann sollten alle Länder gleich behandelt werden und den gleichen Einblick erhalten. Das betrifft auch die Nettopreise in den USA. Medikamente sind schliesslich ein internationales Gut.

Die bestehenden Kriterien für die Preisermittlung – der Auslandpreisvergleich, der therapeutische Quervergleich und ein allfälliger Innovationszuschlag – lassen keine allgemein höheren Preise, wie von der Pharmaindustrie gefordert, zu. Bräuchte es nicht grundlegend neue Ansätze oder andere Lösungen, wie etwa einen Fonds für Zusatzkosten?

Es gibt verschiedene theoretische Ansätze für eine Kompensation innerhalb des Systems, aber dazu kann ich Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt keine Details nennen.

Die Pharmalobby kritisiert, dass das BAG beim therapeutischen Quervergleich manchmal Äpfel mit Birnen vergleiche, etwa wenn ein innovatives, krankheitsmodifizierendes Medikament mit einem günstigen Präparat verglichen wird, das nur die Symptome bekämpft.

Wir stützen uns auf die Studien der Pharmaunternehmen sowie die Swissmedic-Prüfung ab und wenden für die Preisfestsetzung sodann die gesetzlichen WZW-Kriterien an, also Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, verbunden mit einem Auslandpreisvergleich und einem therapeutischen Quervergleich. Sie sind uns vorgegeben, man kann nicht einfach irgendein Kriterium erfinden. Übrigens waren neue Krebsmedikamente 2024 gut 80% teurer als die bisherigen Standardtherapien. Wir sind aber offen, das System zu verbessern.

Droht uns im schlimmsten Fall eine Zweiklassenmedizin – sprich, dass man eine Zusatzversicherung braucht oder die Kosten selbst tragen muss, wenn man Zugang zu den allerneuesten Medikamenten haben will?

Es ist zu früh, um über eine Zweiklassenmedizin zu diskutieren. Dort sind wir noch lange nicht.

Grossbritannien hat einen Deal mit den USA ausgehandelt: 25% höhere Preise für neue Medikamente, dafür keine Pharmazölle. Sollte die Schweiz auch einen solchen Deal anstreben?

Die Briten starten bei den Medikamentenkosten pro Kopf auf einem sehr tiefen Niveau, es ist etwa halb so hoch wie bei uns. Es kann gut sein, dass Grossbritannien auch mit 25% höheren Preisen noch zu den Ländern mit den günstigsten Preisen im US-Vergleichskorb gehört. Das britische System unterscheidet sich aber grundsätzlich von unserem: Es beruht auf Berechnungen zur Anzahl erwarteter Lebensjahre. Man kann ein solches Konzept nicht mit unserem Preisfestsetzungssystem vergleichen. Wir wollen in Kooperation mit der Pharmaindustrie eine Lösung finden, die nicht nur auf Preisen beruht. Es geht um die Schweiz als Standort, um Digitalisierung, Sekundärnutzung von Daten für die Forschung, Zugang zu Fachkräften, Steuern, Infrastruktur und politische Stabilität. Und wir müssen uns eben fragen, was uns der Zugang zu innovativen Medikamenten wert ist. In der Arbeitsgruppe betrachten wir das grosse Ganze.

Wäre ein Modell, das sich an den erwarteten Lebensjahren orientiert, denn keine Option für die Schweiz?

Das sind Gedanken, die wir uns in Zukunft sicher machen müssen. Das System entwickelt sich immer weiter, und wir verschliessen uns auch nicht vor neuen Ansätzen. Die Frage, was Innovation für einen Wert hat, löst eine gesellschaftspolitische Diskussion aus, die wir erst noch führen müssen. Das sollte nicht allein vom BAG entschieden werden. Dabei stossen wir automatisch auf fundamentale Fragen, die wir angesichts der begrenzten Ressourcen ohnehin irgendwann stellen müssten.

Früher oder später müssen wir also härtere Entscheidungen treffen, wie wir mit den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen umgehen?

Genau, und das betrifft nicht nur die Pharmabranche. Wenn die Babyboomer älter und pflegebedürftig werden und wir zu wenig Pflegepersonal haben, stellt sich die Frage, wie wir medizinisch-pflegerische Leistungen zuteilen, wenn das Angebot den Bedarf nicht mehr deckt. Die gegenwärtige Pharmadiskussion zwingt uns dazu, dieses unumgängliche Thema schneller anzuschauen.

«Wir sind eines der wenigen Länder, die sich mit den Herausforderungen der Branche auseinandersetzen.»

«Wir müssen Wege finden, wie die Bevölkerung auch künftig von wirklichen Innovationen profitiert.»

«Es ist zu früh, um über eine Zweiklassenmedizin zu diskutieren. Dort sind wir noch lange nicht.»

Zur Person

Kristian Schneider (54) ist seit Februar 2026 stellvertretender Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und leitet den Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung. Zuvor war der Gesundheitsexperte und ehemalige Pflegefachmann Direktor des Spitalzentrums Biel und amtierte von 2012 bis 2017 als CEO des Hôpital du Jura in Delémont.

Die US-Medikamentenpreise und die Schweiz

Die USA wollen für innovative Medikamente nicht länger mehr bezahlen als vergleichbare Industriestaaten. Die US-Regierung hat deshalb im vergangenen Jahr die Einführung eines sogenannten Meistbegünstigten-Preissystems (Most Favored Nation, kurz MFN) angekündigt, das die dortigen Arzneimittelpreise an das Niveau anderer Länder, darunter der Schweiz, koppelt.

Bereits im Januar 2026 startete das freiwillige Modell «Generous» für Medicaid, die staatliche Krankenkasse für Einkommensschwache. Im Oktober 2026 bzw. im Januar 2027 folgen mit «Globe» und «Guard» die obligatorischen Preismodelle für die Seniorenversicherung Medicare. Viele Aspekte sind noch unklar, und auch die genauen Inhalte der Deals grosser Pharmakonzerne mit der US-Regierung sind nicht bekannt.

Obwohl die Schweiz zu den Ländern mit den höchsten Medikamentenpreisen und Pro-Kopf-Kosten gehört, gibt sie gemessen an ihrer Wirtschaftskraft weniger dafür aus als viele andere Länder. Gehört der kaufkraftbereinigte Preis in einem Referenzland zu den tiefsten der Gruppe, ist er im neuen System massgebend für den US-Preis. Das weckt die Befürchtung, dass Unternehmen neue Medikamente dort stark verzögert oder gar nicht mehr lancieren, um ihr US-Preisniveau zu schützen.

Das neue US-Preismodell zeigt bereits Auswirkungen. Gemäss einer Analyse von GlobalData brach die Zahl der Markteinführungen neuer Medikamente in Europa um 35% ein. Verglichen wurden dabei die zehn Monate nach der ersten Ankündigung vom 12. Mai 2025 mit den zehn Monaten davor. Gleichzeitig stieg die Zahl der Fälle, bei denen mindestens eine Produktvariante vom Markt genommen wurde, um 43%.

Nathalie Moll, Generaldirektorin des europäischen Pharmaverbands Efpia, schrieb auf Anfrage von FuW: «In den vergangenen Wochen sehen wir – im Zusammenhang mit der US-MFN-Politik – verzögerte Markteinführungen neuer Produkte in Europa.» Dies dürfte laut Moll an der Unsicherheit über die Auswirkungen auf die Preise in den USA liegen.

Die Unsicherheit hat auch die Schweiz erreicht. Gemäss einer Umfrage des Pharmaverbands Vips unter den Mitgliedunternehmen haben von dreissig Gesellschaften drei angegeben, Markteinführungen in der Schweiz vorerst ausgesetzt zu haben. Zwei erklärten gar, die Medikamente in der Schweiz nicht zu lancieren.

Bei der Heilmittelbehörde Swissmedic ist davon jedoch noch nichts zu spüren. Ein Mediensprecher teilte FuW mit: «Swissmedic stellt bis dato keine wesentliche Zunahme von Verzicht auf Arzneimittel und Veränderungen in den Anträgen fest.»

Für Aufsehen sorgte im April eine Präsentation von Jörg Indermitte, dem Leiter der Abteilung Arzneimittel beim BAG, zum Thema Medikamentenpreise an einer Fachtagung. Gemäss seinen Präsentationsfolien warf er der Branche «Angstmacherei», «Drohgebärden» und «Intransparenz» vor. Zum Argument der Pharmabranche, wonach die Schweiz kaufkraftbereinigt zu tiefe Preise aufweise, fragte er rhetorisch: «Wollt ihr uns für dumm verkaufen?»

Spitalplanung: Zuerst die Kantone, dann der Bund

 [Medinside \(de\)](#) | 02.06.2026

Mehrere Vorstösse verlangen eine koordinierte Spitalversorgung über Kantonsgrenzen hinweg. Offen ist die Frage, wer künftig entscheidet: die Kantone oder der Bund.

Im Bundesbern herrscht grundsätzlich Einigkeit darüber, dass die Spitalversorgung interkantonal und differenziert angegangen werden soll. Mehrere entsprechende Vorstösse sind hängig

Motion Mäder

Einer dieser Vorstösse ist die Motion «Intelligente Spitalplanung», die vom früheren GLP-Nationalrat Jörg Mäder eingereicht und vor einem Jahr vom Nationalrat angenommen wurde. Ihr Ziel besteht darin, die Spitalversorgung interkantonal und differenziert zu betrachten und die Planung entsprechend weiterzuentwickeln.

Im Gegensatz zum Nationalrat lehnt der Ständerat die Motion ab. Die vorliegende Motion sei nicht mehr notwendig, sagte der Neuenburger SP-Ständerat Baptiste Hurni am ersten Tag der angelaufenen Sommersession im Namen der Kommission. Und zwar deshalb, weil die ständerätliche Gesundheitskommission selber eine Motion mit dem Titel «Spitalplanung durch interkantonale Spitalliste stärken» eingereicht hatte. Kaum eingereicht, wurde sie im letzten Jahr im Schnellzugstempo von beiden Räten angenommen.

Motion Ständerat

Gemäss dieser Kommissionsmotion sollen die Kantone nicht nur die Spitalplanung koordinieren, sondern auch die Leistungsaufträge aufeinander abstimmen. Doch die Spitalplanung und Erstellung der Spitallisten soll grundsätzlich in der Kompetenz der Kantone verbleiben. Nur wenn die Kantone ihren Aufgaben nicht nachkommen, soll der Bund analog zu den Bestimmungen der hochspezialisierten Medizin subsidiär intervenieren können.

Motion Hässig

Und da gibt es auch noch die Motion des Zürcher GLP-Nationalrats Patrick Hässig: «Die Spitalplanung muss gemeinsam vom Bund und von den Kantonen durchgeführt werden».

Anders als die genannte Kommissionsmotion des Ständerats will der gelernte Pflegefachmann dem Bund mehr Kompetenzen einräumen. So soll die Spitalplanung neu vom Bund in enger Zusammenarbeit und grösstmöglicher Einflussnahme der Kantone durchgeführt werden. Besonders wichtig: «Die letzte Entscheidungskompetenz soll beim Bund liegen», steht in der Motion des Grünliberalen.

Der Nationalrat hat die Motion Hässig in der zurückliegenden Frühjahrsession relativ knapp mit 96 zu 82 Stimmen angenommen. Noch hat sie die Hürde des Ständerats zu nehmen. Die Motion dürfte in der Herbst- oder Wintersession traktandiert werden.

Hürde Ständerat

Gut möglich, dass die kleine Kammer die Motion Hässig mit dem gleichen Argument ablehnen wird, wie sie das am ersten Sessionstag mit der Motion «Intelligente Spitalplanung» tat. Nämlich, dass bereits eine Motion zu diesem Thema überwiesen wurde.

Und zweitens wäre es doch ziemlich erstaunlich, wenn die Ständesvertreter im Bereich der Spitalplanung einer Kompetenzverlagerung von den Kantonen zum Bund zustimmen würden.

Prio.Swiss

Hinzu kommt, dass auch der Krankenkassenverband Prio.Swiss die Ansicht vertritt, dass die Spitalplanung sowie die Erteilung der Leistungsaufträge weiterhin in der Kompetenz der Kantone liegen müssen. Allerdings genüge es nicht, die Arbeiten der Kantone zu beobachten. «Die Kantone müssen verbindlicher verpflichtet werden, die Gesundheitsversorgung überregional zu planen und die Leistungsaufträge an die Spitäler aufeinander abgestimmt innerhalb interkantonalen Gesundheitsregionen gemeinsam zu erteilen», schreibt Prio.Swiss im aktuellen Sessionsbrief. **cch**

Pandémies: «La suisse est mieux armée»

 La Liberté | 08.06.2026

Les autorités ont consenti des efforts depuis la crise du Covid: outils législatifs révisés, stocks à niveau, meilleure organisation... Ce dispositif renforcé comporte quelques failles.

Thierry Jacolet

Pandémie - Le dispositif suisse en cas de pandémie a longtemps relevé de la mécanique de milice: si tout semble dispersé au départ, quand la crise fait irruption, les acteurs sont à leur poste. Mission accomplie dans la douleur lors de la crise du Covid entre 2020 et 2022. A l'heure où de nouvelles menaces pointent à l'horizon (hantavirus, Ebola, mpox), une question se fait insistante: la Suisse est-elle mieux préparée à une nouvelle pandémie? Tour d'horizon des efforts réalisés ces dernières années pour être à niveau.

1 La Suisse ferait-elle mieux qu'en 2020?

«La Suisse est globalement mieux armée en cas de nouvelle pandémie. Elle a tiré les enseignements de la crise du Covid en matière d'organisation stratégique, de mise en place de transferts de patients et de mobilisation des ressources. Sur les plans technique et organisationnel, les décisions sont prises plus rapidement.» Pour Philippe Eggimann, épidémiologiste et viceprésident de la FMH, les autorités sont bien outillées pour affronter un nouveau coup dur.

La Confédération a amélioré le Plan national de pandémie qui est prêt à l'emploi. En vigueur depuis juillet 2025, il remplace l'ancien «Plan suisse de pandémie Influenza 2018» et intègre les enseignements de la crise du Covid. Il s'agit du premier outil de planification qui donne une vue d'ensemble des mesures permettant aux autorités de se préparer et de gérer une pandémie. «Il décrit les activités concrètes à mener dans les domaines de la surveillance, du contrôle des infections, de la fourniture des soins et de la vaccination», apprécie Martine Ruggli, présidente de la Société suisse des pharmaciens PharmaSuisse. Le plan précise en particulier les rôles respectifs de la Confédération et des cantons, dont les rapports frisaient le cafouillage lors de la dernière crise.

2 La LEp est-elle vraiment au point?

Elle est l'un des principaux piliers du dispositif national. Actuellement en révision, «la loi sur les épidémies (LEp) renforcera la préparation aux pandémies en obligeant la Confédération et les cantons à se préparer aux crises sanitaires, notamment en établissant des plans de crise contraignants et en clarifiant les compétences», éclaire Simon Ming, porte-parole de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elle n'est toutefois pas encore au point, de l'avis de Martine Ruggli: «Sa première mouture allait dans le bon sens mais présentait des lacunes importantes. Des points doivent être résolus. Par exemple, comment le

soutien énergétique pour la chaîne des soins va-t-il se mettre en place? Le pays n'est pas encore assez préparé globalement.»

Cette révision vise aussi à améliorer la détection précoce des maladies transmissibles (notamment grâce aux eaux usées), l'information sur la situation sanitaire, l'accès aux tests et aux vaccins, la coordination des mesures de protection entre la Confédération et les cantons, ou encore la sécurité de l'approvisionnement en biens médicaux importants.

3 Les stocks sont-ils à niveau?

La crise du Covid a révélé la forte dépendance du pays à la production étrangère. Les chaînes mondiales d'approvisionnement médical ont été souvent étranglées par les pénuries. De même, elle a rendu visibles les limites des stocks stratégiques suisses. Pour répondre à l'explosion de la demande, les autorités helvétiques ont dû importer en urgence et en masse ou compter sur de nouvelles lignes de production indigènes. Les stocks stratégiques sont-ils suffisants?

Difficile de comparer au niveau national la différence de réserves entre 2020 et 2026. En matière de matériel de protection (masques IIR, FFP2 et gants), l'OFSP ne fait qu'émettre des recommandations aux prestataires sans connaître les quantités stockées par les cantons. Berne leur renvoie la balle. Fribourg, par exemple, la prend au rebond: «A la suite de la pandémie de Covid, le Conseil d'Etat a fixé un stock minimal cantonal, permettant de couvrir environ un mois de besoins», précise Claudia Lauper, secrétaire générale de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS).

Traduction en chiffres: 500 000 masques IIR (chirurgicaux), 500 000 gants et 5000 masques FFP2 pour un canton de près de 347 000 habitants. Il faut y ajouter les réserves des institutions de santé qui permettent de dépasser le minimum de stocks de trois mois recommandé par le plan de pandémie. Pour rappel, au début de la crise du Covid, Fribourg disposait de 500 000 masques chirurgicaux qui dataient encore de la pandémie H1N1, toutefois une partie d'entre eux étaient périmés.

Et les médicaments, les traitements, les vaccins? «Il est nécessaire d'améliorer la résilience de la chaîne des soins médicaux avec entre autres un meilleur approvisionnement en médicaments et en dispositifs médicaux», avance Martine Ruggli. La chaîne d'approvisionnement est encore fragile. L'initiative «Oui à la sécurité de l'approvisionnement médical», déposée en 2024, dont l'essence a été reprise dans le contre-projet du Conseil fédéral, pourrait soulager les institutions de santé.

Quant aux vaccins, «ils pourront probablement être développés rapidement en cas de nouvelle pandémie, ajoute la présidente de PharmaSuisse. Et on sait comment vacciner en masse la population.»

4 Le plan de riposte sera-t-il fragilisé?

Le plan de riposte national semble bien calibré. En tout cas sur le papier. Encore faut-il pouvoir compter sur le personnel de santé pour le mettre en œuvre. Or, la surcharge de travail et l'hémorragie en cours fragilisent le dispositif. «Je suis préoccupé par la pénurie du personnel de la santé, qui est plus importante qu'en 2020 et qui menace plus le système de santé que les coûts, souligne Philippe Eggimann. En cas de nouvelle pandémie, pourrat-on se réorganiser aussi vite qu'en 2020 au niveau du personnel? Je ne suis pas sûr.»

«La pénurie de personnel de la santé s'est aggravée» - Philippe Eggimann

Les hôpitaux, les cabinets médicaux et les pharmacies ont été très sollicités durant la crise du Covid. Celle-ci a atteint un point de rupture pour une partie des professions hospitalières, en particulier dans les soins

intensifs. «La pénurie de personnel de la santé s'est aggravée et est un facteur limitant», déplore l'épidémiologiste. «De manière générale, il manque des dizaines de milliers d'infirmières, mais aussi des milliers de médecins, pédiatres, généralistes.» Pas étonnant que les hôpitaux dépendent toujours plus du personnel formé à l'étranger. «Et même si on organise la formation d'un nombre suffisant de professionnels de santé pour combler notre retard, cela prendra des années.»

Cette pénurie pourrait-elle affaiblir la riposte du CHUV, par exemple? Tout dépendra du type de crise sanitaire, répond l'hôpital vaudois. «L'essentiel est de disposer d'une organisation suffisamment souple pour pouvoir mobiliser et redéployer rapidement les bonnes ressources au bon endroit», précise-t-il.

5 Quid d'une nouvelle pandémie?

La réponse en Suisse à une nouvelle menace n'échapperait pas à une part d'improvisation. «Tout le monde fonctionne à nouveau dans le même mode qu'avant la crise du Covid», déplore Martine Ruggli. «A l'époque on a dû réagir car on n'était pas assez préparés. Mais même aujourd'hui avec les leçons du Covid, il est difficile d'être prêts, car la pandémie d'hier n'est pas celle de demain.» D'autant plus dans une société démocratique qui ne vit pas durablement en état d'alerte.

Les vigies sanitaires rappellent pourtant que les virus circulent: grippe, virus respiratoire syncytial (VRS), Covid... «Mais ils font des ravages peu médiatisés. La prochaine pandémie ne surprendra pas les spécialistes, qu'il faut écouter», insiste Philippe Eggimann. Parole de sage.

Confédération aux manettes

Les responsabilités sont mieux réparties avec la loi révisée sur les épidémies. La Confédération a des compétences supplémentaires.

En 2020, alors que la pandémie de Covid affole les compteurs, le canton de Genève adopte des mesures rapides et très sévères, bien avant la Confédération, à qui il reproche d'avoir tardé à réagir. Dans une autre séquence, quand le Conseil fédéral impose des restrictions nationales (restaurants, télétravail, événements), plusieurs gouvernements cantonaux dénoncent une centralisation excessive ou des mesures mal adaptées à leur situation locale.

Autant de tensions et de couacs qui ne devraient plus se reproduire à l'avenir. «La révision de la loi sur les épidémies va permettre de réagir plus vite et de mieux répartir les responsabilités, notamment pour la Confédération, qui doit endosser plus de responsabilités de coordination qu'en 2020», apprécie Philippe Eggimann, épidémiologiste et viceprésident de la FMH. Prenons la décision, à l'été 2020, du Conseil fédéral de réouvrir la société plus rapidement en Suisse qu'ailleurs, alors que les épidémiologistes et le corps médical appelaient à la prudence. «Cette décision serait probablement mieux préparée aujourd'hui, voire plus graduelle», estime le médecin.

La Confédération se voit toutefois attribuer des compétences supplémentaires dans les domaines des enquêtes, de l'analyse et de la surveillance au niveau national, ainsi qu'en lien avec les mesures de lutte applicables dans toute la Suisse, comme le port du masque dans les transports publics.

Au début d'une nouvelle pandémie, dans la version révisée de la loi, le Conseil fédéral déclarerait formellement la situation particulière, fixerait les objectifs et principes stratégiques de la lutte, consulterait les cantons et le parlement et pourrait ordonner certaines mesures uniformes applicables à toute la Suisse. «Les cantons conservent toutefois l'exécution concrète des mesures et restent en principe compétents pour de nombreuses restrictions locales», selon Philippe Eggimann.

Si la crise devient majeure, le Conseil fédéral peut agir directement sur la base de l'article 7 LEp. Les décisions deviennent largement fédérales, les cantons appliquent essentiellement les décisions prises au niveau national. Comme ce fut le cas en mars 2020 par exemple.

La répartition des compétences entre Confédération et cantons offre moins de marge de manœuvre à ces derniers. «Les rôles des uns et des autres sont mieux définis et la préparation stratégique et organisationnelle est globalement meilleure qu'avant la pandémie», observe Claudia Lauper, secrétaire générale de la Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg (DSAS). «Le nouveau plan pandémie a notamment été préparé avec les parties prenantes, dont les cantons.» Cet outil pose les bases de la planification opérationnelle pour les cantons notamment.

TJ

Capacité de réaction renforcée

Les hôpitaux ne se reposent pas sur le volume de leurs stocks pour affronter une nouvelle pandémie. «L'enjeu n'est pas de maintenir en permanence des capacités inutilisées, mais de pouvoir les augmenter rapidement si la situation l'exige», relève-t-on au CHUV.

L'expérience du Covid a profondément renforcé la capacité de réaction de l'hôpital vaudois, qui peut monter en puissance en cas de nécessité. «Elle a surtout montré l'importance d'une logistique performante, de partenariats solides et de la capacité à sécuriser rapidement les approvisionnements selon les besoins», poursuit l'institution. Depuis 2020, plusieurs exercices et activations de cellules de crise ont permis de clarifier les responsabilités, de renforcer la coordination et d'améliorer nos procédures, indique-t-elle.

La capacité d'adaptation et d'organisation des hôpitaux reste leur principale force. «Dans de nombreux hôpitaux, l'infrastructure est plus souple qu'avant», confirme Philippe Eggimann, épidémiologiste et vice-président de la FMH. La situation s'est un peu améliorée, même s'il n'y a pas à proprement parler de lits de réserve vides qui attendent les patients, en particulier les lits de soins intensifs extrêmement coûteux en ressources de personnel. «Par ailleurs, tous les hivers, les médecins apprennent à déprogrammer des opérations électives dans les hôpitaux pour faire face aux épidémies saisonnières», précise-t-il. Et Philippe Eggimann d'ajouter: «Les urgences sont garanties par la mutualisation entre les hôpitaux, sans panique ou dramatisation.» **TJ**



Les réserves de matériel sanitaire des institutions de santé, comme les masques, devraient couvrir au moins 12 semaines de besoins. Keystone

Des progrès depuis la crise du Covid

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Pandémie - Alors que certains virus pointent à l'horizon, la Suisse peut désormais compter sur des outils législatifs qui ont été améliorés et sur des stocks qui sont à niveau. Ces plans sont cependant fragilisés par la pénurie de personnel de santé.

Enseignement - La Suisse a tiré les enseignements de la crise du Covid en matière d'organisation stratégique, de mise en place de transferts de patients et de mobilisation des ressources, estime l'épidémiologiste Philippe Eggimann.

Improvisation - La réponse à une nouvelle menace n'échapperait toutefois pas à une part d'improvisation. «Tout le monde fonctionne à nouveau dans le même mode qu'avant la crise du Covid», déplore la présidente de PharmaSuisse.

Yvonne Gilli: «Dahinter klafft eine gähnende Leere» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.06.2026

Viele Ärzte stehen vor der Pensionierung. Die FMH-Präsidentin Yvonne Gilli warnt darum vor einem Systemkollaps, wenn die 10-Millionen-Schweiz Realität wird. Im Gespräch mit Andri Rostetter und Erich Aschwanden sagt sie, das Problem seien aber fehlende Masterstudienplätze

Frau Gilli, die FMH warnt vor der Abstimmung vom 14. Juni eindringlich vor einem Kollaps der medizinischen Versorgung, sollten weniger ausländische Ärztinnen und Ärzte in die Schweiz kommen. Ist diese Abhängigkeit nicht das Eingeständnis eines Systemversagens?

Diese Abstimmung ist keine existenzielle Bedrohung, aber eine zusätzliche Belastung für das System. Gleichzeitig gibt sie uns die Gelegenheit, unserer Position Gehör zu verschaffen. Seit über zwanzig Jahren weisen wir auf unsere massive Auslandabhängigkeit hin. Die Annahme, wir könnten den Bedarf allein durch inländische Ausbildung decken, beruht schlicht auf falschen Berechnungen.

Wo liegt der Fehler?

Als der Bund 2011 die Zahl der Masterabschlüsse in Medizin erhöhen wollte, hat er die damals schon immense Zahl fertig ausgebildeter Fachkräfte aus dem Ausland komplett ignoriert. Von vier Ärzten, die eine Stelle antreten, kommen heute drei aus dem Ausland. Das ist ein alarmierendes Verhältnis.

Rechtfertigt diese Abhängigkeit, die Personenfreizügigkeit als lebensnotwendig zu verteidigen?

In den Grenzregionen wie Genf, Basel oder der Ostschweiz ist die Personenfreizügigkeit ein entscheidender Faktor. Ein plötzlicher Wegfall dieser Flexibilität würde die dortigen Spitäler vor unlösbare Probleme stellen. Aber die Personenfreizügigkeit ist nicht unser primärer Trigger. Es ist die strukturelle Vernachlässigung der eigenen Ausbildungskapazitäten.

Geht es Ihnen also gar nicht primär um die Initiative der SVP, sondern darum, Druck für mehr Ausbildungsplätze aufzubauen?

Es geht uns ganz pragmatisch um die Versorgungsaspekte und unsere direkte Betroffenheit als Branche. Was bedeutet diese Initiative konkret für die medizinische Betreuung der Bevölkerung? Wenn man die Debatte nur auf eine abstrakte Bevölkerungszahl reduziert, bewegen wir uns zwischen Skylla und Charybdis, ohne das reale Problem zu lösen.

Was meinen Sie damit?

Sehen Sie sich Japan an: Dort lässt man keine Ausländer ins Land, was zu einem chronischen Versorgungsmangel führt. Das andere Extrem ist Taiwan – geografisch nicht grösser als die Schweiz, aber mit über 20 Millionen Einwohnern enorm dicht besiedelt. Auch dort gibt es Versorgungsprobleme, weil eine alternde Gesellschaft ganz andere Ansprüche stellt.

Die Befürworter der Initiative argumentieren, ein gebremstes Bevölkerungswachstum würde das Gesundheitssystem automatisch entlasten. Ist das falsch?

Wir haben eine Kumulation von Risiken. Wir müssen mit einer Auslandsabhängigkeit umgehen, die international zu den höchsten gehört. Und wir sind mit einer massiven Überalterung der Bevölkerung konfrontiert. Die Ärzteschaft ist ein Spiegelbild der Bevölkerung, deshalb gilt das auch für uns. In den nächsten zwanzig Jahren geht eine riesige Welle an Ärztinnen und Ärzten in den Ruhestand. Dahinter klafft eine gähnende Leere.

Warum hat die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) angesichts dieser Ausgangslage eigentlich auf eine offizielle Abstimmungsparole verzichtet? Ein klares Nein wäre doch im Sinne Ihrer Warnung gewesen.

Weil diese Vorlage uns als Ärzteschaft in einer sehr spezifischen Weise im Kontext der Versorgung betrifft. Unsere Gremien wollten sich nicht parteipolitisch vereinnahmen lassen oder einem Abstimmungskomitee beitreten. Wir wollen die Fakten nüchtern darlegen.

Eigentlich hätten wir die Zulassungssteuerung in der Hand. Der Numerus clausus gilt seit Jahrzehnten als die grösste Einstiegshürde. Warum schaffen wir ihn nicht einfach ab?

Der Numerus clausus ist nicht das eigentliche Nadelöhr, er regelt nur die Eingangsauswahl für das Bachelorstudium. Jedes Studium kennt Selektionshürden, ob durch Prüfungen oder die Matura. Wenn wir den Numerus clausus einfach aufheben, verschiebt sich die harte Selektion nur um drei Jahre nach hinten in die Bachelorprüfungen. Damit gewinnen wir keinen einzigen zusätzlichen Arzt.

Wo liegt also das Problem?

Uns fehlen die Masterstudienplätze. Ohne finanzielle Hilfe des Bundes werden wir diese Plätze nicht bekommen. Die Bildungshoheit liegt aber bei den Kantonen, sie müssen bereit sein, in diesen teuren Studiengang zu investieren. Und die Universitäten müssen ihre Programme anpassen, um diese Plätze anzubieten. Es fehlt an der Koordination zwischen Bund und Kantonen. Daran arbeiten wir.

Aber es wird Jahrzehnte dauern.

Ja. Wir brauchen diese Ausbildungsplätze aber unbedingt, egal, wie diese Abstimmung ausgeht. Wenn sich die politische Stimmung in Europa weiter in Richtung nationaler Abschottung anstelle von internationaler Kooperation bewegt, wird es für uns brandgefährlich. Die Pandemie hat gezeigt, wie verletzlich wir sind. Wenn die Grenzen in der nächsten Krise schliessen, haben wir ein existenzielles Problem.

Viele fertig ausgebildete Mediziner steigen schon nach wenigen Jahren im Spital wieder aus dem Beruf aus. Verlieren wir den Nachwuchs, den wir mühsam ausbilden?

Das Phänomen der Frühaussteiger ist real und sehr besorgniserregend. Die Ausbildung ist extrem teuer. Wenn die Jungen nach dem Staatsexamen im Spitalalltag auf Bedingungen treffen, die sie frustrieren, nutzen sie ihre enorme Mobilität und wechseln die Branche. Wir müssen den Sprung ins kalte Wasser der Praxis besser begleiten, sonst verpuffen unsere Ausbildungsmaßnahmen.

Sie fordern auch einen Strukturwandel in der Weiterbildung – weg von der stationären Versorgung, hin zur Ambulantisierung.

Eingriffe, die früher tagelange Spitalaufenthalte erforderten – von der Krebstherapie bis zu Hüftprothesen –, werden heute ambulant durchgeführt. Die Weiterbildung findet aber traditionell fast nur im stationären Bereich statt. Wir brauchen dringend bezahlte Weiterbildungsplätze im ambulanten Sektor, sonst können wir die Jungen nicht mehr adäquat schulen.

Woran scheitert diese Finanzierung?

Ein ambulantes Operationszentrum arbeitet unter enormem betriebswirtschaftlichem Effizienzdruck. Wer dort Assistenzärzte ausbildet, verliert Zeit und Geld. Das funktioniert nicht ohne öffentliche Mitfinanzierung. Doch heute fliesst fast die gesamte Finanzierung in die Spitäler, und der Bund hat im

jüngsten Entlastungspaket zusätzlich die projektbezogenen Gelder zur Erhöhung der Studienplätze gestrichen.

Ein weiteres Phänomen ist der Wunsch nach Teilzeitmodellen. Führt dieser Trend nicht zwangsläufig zu noch mehr Mangel?

Junge Assistenzärzte arbeiten heute in Spitälern bestenfalls in einer 46-Stunden-Woche, in Arztpraxen und Ambulatorien reden wir von 55 Stunden. Wenn eine junge Ärztin auf ein 80-Prozent-Pensum reduziert, arbeitet sie immer noch mehr als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung.

Aber reicht dieses hohe Pensum der Jungen aus, um die grosse Pensionierungswelle aufzufangen?

Nein, denn zwischen dem Pensum der jungen Ärztin und dem, was ihr Vorgänger aus der Babyboomer-Generation geleistet hat, klafft eine Lücke. Wir brauchen heute fast zwei junge Ärztinnen, um eine einzige Vollzeitstelle der abtretenden Babyboomer-Generation zu ersetzen. Das ist aber kein reines Wohlstandsphänomen, sondern ein globaler Kulturwandel. Die junge Generation wählt eine andere Work-Life-Balance.

Neben dem Nachwuchsmangel klagen Ärzte vor allem über die ausufernde Bürokratie. Warum gelingt der Befreiungsschlag nicht?

Weil die Politik uns ständig neue, dysfunktionale Regulierungsvorschriften aufbürdet. Wir ersticken in nicht wertschöpfenden administrativen Tätigkeiten. Das beste Beispiel ist das elektronische Patientendossier, das EPD. Seit zwanzig Jahren reden wir davon, dass wir im Hintertreffen sind, und was passiert? Der Bund streicht im Entlastungspaket Millionen, die für die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorgesehen waren und uns nationale technische Standards ermöglicht hätten.

Welche Konsequenzen hat dieses Sparen bei der Digitalisierung konkret für die Praxis?

Es ist absurd. Das Gesetz verpflichtet uns zu elektronischen Rezepten und Medikationsplänen, aber weil die einheitlichen Standards fehlen, können die Computersysteme der verschiedenen Leistungserbringer nicht miteinander kommunizieren. Am Ende bin ich als Hausärztin gezwungen, Stunden mit dem Ausfüllen digitaler Formulare zu verbringen, die im System verpuffen, anstatt diese Zeit für meine Patienten einzusetzen. Das treibt erfahrene Ärzte in den vorzeitigen Ruhestand. In der ganzen Branche ist das Entsetzen gross, dass der Bund jetzt gerade bei den Grundlagen für die Digitalisierung spart, nachdem er jahrelang gejammert hat, wir seien bei der Digitalisierung im Hintertreffen.

In der Öffentlichkeit wird die Debatte fast ausschliesslich über die explodierenden Gesundheitskosten und die Krankenkassenprämien geführt.

Wir führen eine völlig einseitige Diskussion. Wir reden nur von den Kosten, aber nie vom enormen Nutzen, den eine exzellente Gesundheitsversorgung für die Volkswirtschaft generiert. Studien zeigen deutlich: Jeder investierte Franken in die Gesundheit bringt fast zwei Franken an Wertschöpfung und stabilisiert den Arbeitsmarkt. Ein kollabierendes System kommt uns unter dem Strich um ein Vielfaches teurer zu stehen.

Dennoch spüren die Bürger die Belastung direkt im eigenen Portemonnaie. Die Prämien steigen unaufhaltsam.

Das stimmt, aber auch hier müssen wir differenzieren. Die Hälfte der Bevölkerung ist der Ansicht, dass die Prämienbelastung nicht zu hoch ist. Wir haben aber einen prononcierten Röstigraben. In der Westschweiz und im Tessin liegt die Prämienbelastung für manche Haushalte bei über 15 Prozent des Einkommens. Das ist eindeutig zu hoch. In der Deutschschweiz ist die Belastung spürbar geringer. Die Frage ist deshalb auch, wer für diese hohen Prämien in einzelnen Kantonen verantwortlich ist. Diese sind nicht einfach naturgegeben, es gibt politische Gründe für diese Unterschiede.

Die Ärzteschaft geniesst den Ruf, von der künstlichen Verknappung des Angebots durch hohe Einkommen und Privilegien selbst zu profitieren. Können Sie nachvollziehen, dass der Verdacht überhaupt besteht?

Ich glaube, das ist Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels. Vor einem halben Jahrhundert gab es das Bild vom Pfarrer, vom Lehrer und vom Arzt als den drei Privilegierten, die die Gesellschaft führen. Alle, die

damals in der gesellschaftlichen Wahrnehmung so überhöht wurden – und dazu gehörte auch die Ärzteschaft –, werden heute vom Sockel gerissen. Sie müssen sich in ein zeitgemässes Gesellschaftsbild einfügen.

Aber die Spitzengehälter mancher Chefärzte übersteigen die Saläre von Bundesräten bei weitem. Ist das vermittelbar?

Vergessen Sie nicht, dass die meisten Spitäler öffentlichrechtliche Anstalten sind, deren Lohnskalen von den Kantonsräten und Spitalräten bewilligt werden. Die FMH hat variable Lohnanteile, die auf einer reinen Mengenausweitung basieren, immer bekämpft. Mehr Behandlungen zu generieren, nur um den eigenen Bonus zu steigern, ist ein falscher Anreiz und medizinisch unsinnig.

Unabhängig von der neutralen Haltung der FMH – wie stimmt die Hausärztin und Bürgerin Yvonne Gilli am 14. Juni ab?

Ich habe hier eine Doppelrolle als Präsidentin und als Bürgerin sowie Hausärztin. Ich lebe in einem Grenzkanton und weiss, dass die Regionen extrem auslandabhängig sind und Flexibilität für die Versorgung brauchen. Wir sind froh um jeden Arzt, der zuwandert und seine Weiterbildung in der Schweiz macht, um sich hier zu integrieren. Zu suggerieren, die Initiative sei eine einfache Lösung für ein komplexes Problem, hinterlässt nur Enttäuschung. Daher ist meine persönliche Haltung ein klares Nein.

Oberste Ärztin der Schweiz

art. · Yvonne Gilli ist seit 2021 Präsidentin der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Die FMH ist der Dachverband von über 90 Ärzteorganisationen und vertritt rund 46 000 Mitglieder. Die 69-jährige Gilli ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und führt in Wil (SG) eine Gemeinschaftspraxis für Komplementärmedizin. Von 2007 bis 2015 sass sie für die Grünen im Nationalrat.



«Wenn die Grenzen in der nächsten Krise schliessen, haben wir ein existenzielles Problem», sagt Yvonne Gilli. Andrea Zahler / CH Media

Bauunternehmer will Zuwanderung bremsen, oberste Ärztin ist dagegen

Seitenzahl
Seitenzahl
Titelseitenanriss

Die 10-Millionen-Initiative der SVP sorgt für Kontroversen in vielen Bereichen

Die Wohnungsnot ist eines der stärksten Argumente der SVP für ihre 10-Millionen-Initiative. Für die Befürworter steht der Schuldige fest: die Zuwanderung. Die Botschaft ist eingängig. Mehr Menschen brauchen mehr Wohnungen, also steigen Mieten und Eigenheimpreise. Wird die Zuwanderung begrenzt, soll sich der Markt entspannen.

Die Anklage gegen die Zuwanderung ist nicht aus der Luft gegriffen. Studien zeigen, dass die Zuwanderung das Wohnen verteuert hat. Doch damit ist der Fall nicht entschieden. Auch ein träges Angebot, steigende Einkommen und kleinere Haushalte haben die Mieten nach oben getrieben. Zudem verändert ein Bevölkerungsdeckel nicht nur die Nachfrage nach Wohnungen, sondern auch die Bedingungen, unter denen gebaut, gearbeitet und Wohlstand geschaffen wird. Ob eine Begrenzung die Menschen am Ende besserstellt, ist deshalb offen – selbst wenn die Mieten sinken sollten.

Trotzdem hat die Initiative viele Befürworter. Auch solche, die gemäss landläufiger Meinung zu den Gewinnern der Zuwanderung gehören, wie etwa der Zürcher Bau- und Immobilienunternehmer Balz Halter. Halter stimmt der Initiative zu, wie er im Gespräch sagt. Die Schweiz könne das Wachstum raumplanerisch nicht schnell genug verarbeiten, die Zuwanderung müsse sich dem langsameren Takt der Raumplanung anpassen. Wenn jetzt nichts passiere, würden sich die Probleme weiter zuspitzen. Zudem hält er es für richtig, wenn es schwieriger wird, Arbeitskräfte aus dem Ausland zu holen: Das erhöhe den Druck auf Firmen und Verwaltung, effizienter zu werden.

Ein Gespräch mit der FMH-Präsidentin Yvonne Gilli zeigt die andere Seite der Begrenzung. Das Gesundheitswesen ist stark auf ausländische Ärzte angewiesen. Gilli warnt vor zusätzlichen Belastungen für ein System, das schon heute unter Druck steht.

Die Schweiz steht vor einer schwierigen Entscheidung – und vor einer Abstimmung, bei der es um mehr geht als um Zuwanderung. Wird der Grenzwert von 10 Millionen Einwohnern überschritten, müsste die Personenfreizügigkeit mit der EU zwei Jahre später gekündigt werden. Damit stünde der bilaterale Weg als Ganzes auf dem Spiel. Bisher hat das Volk die Bilateralen in zehn Fällen bestätigt. Mit der 10-Millionen-Initiative würde zum ersten Mal eine Vorlage angenommen, die ausdrücklich ihre Kündigung vorsieht.

Ohne unabhängige Kontrollen der Spitäler geht es nicht - Kommentar

 NZZ am Sonntag | 07.06.2026

Der externe Standpunkt

Unabhängige Qualitätsprüfungen sind in vielen Lebensbereichen gang und gäbe. Warum nicht auch in Spitälern? So könnten Missstände frühzeitig erkannt und Kosten gesenkt werden, findet André Plass

Die meisten Menschen interessieren sich für das Gesundheitswesen erst dann, wenn sie selbst krank werden. Solange die eigene Gesundheit funktioniert, erscheinen andere Themen wichtiger. Gesundheit gilt als selbstverständlich – bis sie es nicht mehr ist. Dann wird entscheidend, wie gut das Gesundheitssystem tatsächlich funktioniert.

Handelt es sich um einen Notfall, besteht oft keine Wahl. Wer mit einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder nach einem schweren Unfall ins Spital eingeliefert wird, kann selten selbst entscheiden, wo die Behandlung erfolgt. Die Qualität der Behandlung kann dann über Leben, Tod oder bleibende Schäden entscheiden.

Die «NZZ am Sonntag» hat in ihrer letzten Ausgabe eine einfache, aber unbequeme Frage gestellt: Wie sollte man denn überhaupt ein Spital auswählen, falls man die Möglichkeit dazu hat? Genau hier liegt das Problem. Häufig fehlt die Grundlage für eine fundierte Wahl. Welche Qualitätsdaten sind wirklich aussagekräftig? Welche schaffen Transparenz – und welche erwecken nur deren Anschein?

Die Schweiz verfügt über Qualitätsprogramme, Zertifizierungen und Audits. Dennoch basiert ein erheblicher Teil der Qualitätsbeurteilung auf Daten, die von den Leistungserbringern selbst erhoben oder geliefert werden. Diese müssen nicht falsch sein, sind aber nicht vollständig unabhängig. Qualität ist längst nicht nur ein medizinischer, sondern auch ein wirtschaftlicher Faktor. Gute Bewertungen stärken Reputation und Wettbewerbsfähigkeit. Gerade deshalb braucht es unabhängige Kontrollen.

In nahezu allen Bereichen gelten externe Prüfungen als selbstverständlich: Banken werden revidiert, Lebensmittel kontrolliert und Fluggesellschaften überwacht. Warum sollte ausgerechnet das Gesundheitswesen dauerhaft auf vergleichbare unabhängige Qualitätskontrollen verzichten können? Kontrolle ist kein Ausdruck von Misstrauen. Sie schafft Transparenz, Glaubwürdigkeit und Vertrauen.

Besonders deutlich wird die Problematik bei internationalen Spitalranglisten. Das häufig zitierte Ranking von «Newsweek» führt Schweizer Universitätsspitäler regelmässig in der Weltspitze. Die Bewertungen beruhen jedoch grösstenteils auf Expertenbefragungen und Angaben der Institutionen selbst. Solche Rankings liefern Hinweise, ersetzen aber keine unabhängige Qualitätsprüfung.

Die Forderung nach mehr Transparenz ist keineswegs neu. Die Antwort auf eine 2025 im Kanton Schwyz eingereichte Motion für eine unabhängige medizinische Qualitätssicherung zeigte, dass Qualitätskontrollen heute weitgehend auf Selbstdeklarationen beruhen. Eine systematische unabhängige Qualitätskontrolle existiert nicht.

Dass objektive Vergleiche aber möglich sind, zeigte ein Team der Berner Fachhochschule. Die Forschenden analysierten über 100 Schweizer Spitäler und machten Qualitätsunterschiede sichtbar. Solche Modelle sind nicht perfekt, belegen aber, dass Transparenz und Qualität messbar gemacht werden können.

Hätte im Kanton Zürich ein unabhängiges Qualitätssicherungssystem bestanden, wären an der Klinik für Herzchirurgie des Universitätsspitals fragwürdige Indikationsstellungen, auffällige Operationsergebnisse sowie der Einsatz problematischer Implantate vermutlich früher erkannt worden. Hinweise von Mitarbeitenden und Betroffenen hätten eine unabhängige Instanz erreicht und zeitnah weiterführende Untersuchungen ausgelöst. Bereits eine unangekündigte externe Qualitätsprüfung anhand klar definierter Kriterien hätte Unregelmässigkeiten sichtbar machen können. Dadurch wären Patientinnen und Patienten besser geschützt worden, und die Abwärtsspirale aus fragwürdigen Implantateinsätzen und zunehmender Qualitätsverschlechterung wäre möglicherweise gestoppt worden.


Die Diskussion über steigende Gesundheitskosten konzentriert sich meist auf Tarife, Prämien und Finanzierungsmodelle. Weniger Beachtung findet die Frage, welche Kosten durch Qualitätsmängel entstehen. Fehldiagnosen, unnötige Eingriffe, Komplikationen oder vermeidbare Hospitalisationen verursachen erhebliche Mehrkosten, die letztlich von allen Prämienzahlern getragen werden. Wer die Kostenentwicklung nachhaltig beeinflussen will, muss deshalb auch über Qualität sprechen.

Niemand fordert einen gigantischen Kontrollapparat. Bereits eine unabhängige Analyse der bestehenden Qualitätssicherungsmechanismen in den wichtigsten Spitälern wäre ein erster Schritt. Moderne digitale Auswertungen und KI-gestützte Verfahren könnten den Aufwand überschaubar halten.

Die entscheidende Frage lautet nicht, ob wir uns unabhängige Qualitätskontrollen leisten können. Die entscheidende Frage lautet, ob wir es uns leisten können, weiterhin darauf zu verzichten.

André Plass ist Herzchirurg, Wissenschaftler und Gründer von Medizintechnikunternehmen, die Rettungstechnologien und KI-gestützte Lösungen entwickeln. Ausserdem ist er SVP-Kantonsrat im Kanton Schwyz. Plass hatte Ende 2019 als Erster Missstände an der Klinik für Herzchirurgie am Universitätsspital Zürich gemeldet.

GR – Spital Davos: Gewinn dank Sondereffekt

 [Medinside \(de\)](#) | 05.06.2026

Trotz nahezu unverändertem Personalbestand behandelte das Spital Davos deutlich mehr Patienten und verbesserte seinen Betriebsgewinn. Die Rentabilität blieb aber schmal.

Das Spital Davos vermeldet für das vergangene Jahr eine deutlich verbesserte Lage: Der Betriebsgewinn **Ebitda** erreichte 1,8 Millionen Franken nach 1,25 Millionen im Vorjahr. Entsprechend erhöhte sich die **Ebitda-Marge** von 1,3 auf 4,2 Prozent.

Im Hintergrund stehen einerseits höhere **Fallzahlen**. Die Zahl der stationären Patienten stieg beispielsweise auf 2'001 (+7,9 Prozent). Dies führte zu einem höheren **Umsatz** von 43,5 Millionen Franken (+4 Prozent). Auf der anderen Seite wuchs der **Aufwand** weniger stark (+1 Prozent).

Dennoch: Nach den Abschreibungen und der Verrechnung des Finanzaufwands verblieb unterm Strich ein **Jahresverlust**. Er betrug 2,57 Millionen Franken nach 1,23 Millionen Franken im Jahr 2024.

In der Erfolgsrechnung erscheint allerdings ein grosser Sondereffekt: Nach einer Volksabstimmung übernahm die Trägergemeinde Davos im November Schulden von insgesamt 14 Millionen Franken. Folglich kann die AG für einmal einen **offiziellen Gewinn** von knapp 13 Millionen Franken vermelden.

Die **Zahl der Stellen** veränderte sich kaum; sie lag im Jahresdurchschnitt bei 272 nach 276 im Vorjahr. Der Personalaufwand pro Vollzeitstelle beziffert sich auf rund 108'900 Franken. **rap**

[Spital Davos: Geschäftsbericht 2025](#)

Regionalspitäler fürchten die Annahme der SVP-Initiative

 Bieler Tagblatt | 04.06.2026

Was wären die Folgen einer Annahme der «Keine-10-Millionen-Schweiz»-Initiative für das Gesundheitssystem? Nachgefragt im Spitalzentrum Biel und beim Gesundheitsnetzwerk Réseau de l'Arc.

Nicole Hager | Übersetzung: Pierre Leduc

Seit der Pensionierung meines Hausarztes, der aus dem Waadtland stammt, werde ich von einer Allgemeinärztin aus Katalonien betreut. Die Physiotherapeutinnen, die meine schmerzende Schulter behandelt haben, stammten aus Polen und Spanien. Bei meinem letzten Besuch in der Notfallstation kam der Pfleger, der mein gebrochenes Handgelenk versorgt hat, ebenfalls aus Spanien.

Diese Erfahrungen als Patientin sind nichts Aussergewöhnliches. Sie spiegeln die Realität wider: Das Schweizer Gesundheitssystem ist von Personal aus dem Ausland abhängig geworden. Die SVP-Initiative «Keine 10-Millionen-Schweiz!», über die am 14. Juni abgestimmt wird, zielt darauf ab, das Bevölkerungswachstum des Landes zu begrenzen, sobald die Einwohnerzahl die 9,5-Millionen-Marke überschreitet. Eine Perspektive, die den Pflegeeinrichtungen schaden dürfte.

Jede zweite Fachkraft ohne Schweizer Pass

Laut H+, dem Verband der Schweizer Spitäler und Kliniken, verfügen 21,8 Prozent des qualifizierten Personals in den Spitälern und Pflegeheimen des Landes über einen ausländischen Berufsabschluss. Das Spitalzentrum Biel (SZB) zählte im Jahr 2025 2458 Mitarbeitende. Davon waren 1885 Schweizer und 573 (23,3 Prozent) hatten eine andere Nationalität. Im Jahr 2015 lag dieser Anteil ausländischer Kräfte bei 18 Prozent.

Für Marie-Pierre Fauchère, Leiterin Kommunikation und Marketing des SZB, droht die Initiative den bestehenden Personalmangel zu verschärfen: «Ob aufgrund von Pensionierungen, Kündigungen oder Karrierewechseln – früher oder später müssen diese Fachkräfte ersetzt werden. Eine starre Begrenzung der Einwanderung schafft Lücken bei der Nachfolge, die nur schwer zu schliessen sein werden.»

Noch ausgeprägter ist dieser Trend im Gesundheitsnetzwerk Réseau de l'Arc. Der Verbund vereint eine Vielzahl von medizinischen Einrichtungen in der Region des Jurabogens (vom Berner Jura über Biel bis nach Neuenburg). Zwischen 2021 und 2026 hat sich die Zusammensetzung des Personals stark verändert. Der Anteil nicht-schweizerischer Mitarbeitender stieg dort von 36,2 auf 49,2 Prozent. Mit anderen Worten: Heute ist fast jeder zweite Mitarbeitende Ausländer, gegenüber jedem dritten vor knapp fünf Jahren.

Alexandre Omont, Geschäftsführer des Réseau de l'Arc, betont, dass diese Entwicklung auch auf den anhaltenden Personalaufbau seiner Organisation zurückzuführen ist: «Unser Wachstum beruht zum

grossen Teil auf der Rekrutierung im Ausland. Fast drei Viertel der neuen Mitarbeitenden besitzen keine Schweizer Staatsangehörigkeit», erklärt er. Die Hälfte der ausländischen Kräfte sind Grenzgänger.

Auch wenn die SVP-Initiative nicht ausdrücklich auf diese Gruppe abzielt, könnte sie deren Zugang zum Schweizer Arbeitsmarkt erschweren. Fehlt die Möglichkeit, Fachkräfte aus dem Ausland zu rekrutieren, liesse sich der Mangel kaum auffangen, warnt Alexandre Omont.

Die Boomer gehen in Pension

Im Spitalzentrum Biel teilt Marie-Pierre Fauchère diese Einschätzung. «Wie alle Anbieter sind wir akut vom Mangel an qualifiziertem Personal betroffen. Die Lage wird sich angesichts der demografischen Entwicklung – vor allem mit dem Eintritt der Boomer-Generation in den Ruhestand – rasch verschärfen.» Besonders deutlich wird das Phänomen bei den Hausärzten. Nach den neuen Daten der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte sind fast die Hälfte der derzeit tätigen Allgemeinmediziner über 55 Jahre alt. Vor diesem Hintergrund sagt die Sprecherin des SZB: «Die Rekrutierung von Arbeitskräften im Ausland ist schlicht eine Notwendigkeit.» Alexandre Omont vom Réseau de l'Arc bestätigt: «Der angespannte Personalmarkt betrifft die gesamte Gesundheitsbranche.»

Die Annahme der SVP-Initiative würde am Ende auch die Patienten treffen: «Es besteht die reale Gefahr, dass bestimmte spezialisierte medizinische Angebote nicht mehr so leicht zugänglich sind», warnt Marie-Pierre Fauchère.

Alexandre Omont pflichtet der Mediensprecherin des Spitalzentrums bei: «Ohne ausländisches Personal könnten wir bestimmte Leistungen nicht aufrechterhalten.»

Info: In einer Serie zeigen wir anhand von konkreten Beispielen aus der Region, was bei der SVP-Initiative auf dem Spiel steht. Im gestrigen ersten Teil ging es um ein Hotel in Biel.

Die Furcht der Spitäler

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Die Annahme der SVP-Initiative hätte Einfluss auf Patientinnen und Patienten.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

BS – Nachdem wieder ein Neugeborenes in Babyklappe abgegeben wurde: Grossrätin fordert, dass in Spitälern komplett anonyme Geburten möglich sind

 Radio SRF 1 | 04.06.2026

 [Audio starten, Start: 01:23, Ende: 04:05](#)

Spitalschliessungen kosten Parteien Wählerstimmen

 nau.ch | 02.06.2026

Wer ein Spital schliesst, wird an der Urne bestraft. Eine Studie des Center for Health, Policy and Economics der Universität Luzern zeigt, dass die verantwortlichen Parteien in den betroffenen Regionen deutlich an Unterstützung einbüßen.

Für die Analyse wurden 35 dauerhafte Schliessungen von Spitalstandorten zwischen 2016 und 2023 untersucht, wie die Universität am Dienstag mitteilte. Die Forschenden verknüpften diese Informationen mit [Daten](#) aus Nachwahlbefragungen zu den Nationalratswahlen 2019 und 2023.

Die Analyse zeigte, dass die Unterstützung für die Partei, welche die kantonale Gesundheitsdirektion innehatte, in den betroffenen Regionen signifikant sank. Dieser Sanktionseffekt trat sowohl in der Deutschschweiz, der Romandie und der italienischsprachigen Schweiz auf.

Auch zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie bei jüngeren und älteren Wählenden gab es keine grossen Unterschiede. Die politischen Konsequenzen waren sowohl bei der Schliessung von Allgemeinspitälern als auch von spezialisierten Kliniken messbar, wobei sie bei letzteren teilweise stärker ausfielen.

Die Forschenden stellten zudem eine Veränderung bei den politischen Einstellungen fest. In den betroffenen Regionen verschob sich das Unterstützungspotenzial tendenziell weg von Mitte-rechts-Parteien und hin zu Parteien links der Mitte. Dieses Muster habe sich im effektiven Wahlverhalten jedoch nur begrenzt gezeigt, heisst es in der [Studie](#).

Das Forschungsteam plant in einem nächsten Schritt weiterführende Analysen. Dabei soll untersucht werden, über welche politischen Mechanismen sich der Abbau von [Dienstleistungen](#) auswirkt. **Keystone-SDA**

ZH – Patienten, Forschungsgelder, Gewinn: Uniklinik Balgrist wächst auf mehreren Ebenen

 [Medinside \(de\)](#) | Uniklinik Balgrist | 03.06.2026

Die Zürcher Spezialklinik für Orthopädie steigerte 2025 sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen und verbesserte ihre Profitabilität markant.

Im vergangenen Jahr 2025 betreute die Universitätsklinik Balgrist knapp 7'900 Patienten stationär – ein Plus von 9 Prozent gegenüber dem Vorjahr 2024.

Die ambulanten Konsultationen legten ebenfalls um 9 Prozent auf 157'500 zu. Indes sank die Zahl der ambulanten Tagespatienten um 5 Prozent auf 1550; dies wegen der Auslagerung von handchirurgischen Eingriffen, die durch eine neue Kooperation mit dem Zentrum «Stadtpital Zürich Europaallee» realisiert werden konnte.

Insgesamt erbrachte die Klinik Balgrist im ambulanten Bereich mit 64 Millionen Taxpunkten etwa 9 Prozent mehr Leistungen als 2024.

Am Ende erreichte der Umsatz der Universitätsklinik im Jahr 2025 den Wert von 256 Millionen Franken, ein Plus von rund 10 Prozent.

Die Ebitdar-Marge lag bei 12 Prozent (Vorjahr: 9 Prozent), die Ebitda-Marge stieg von 2,7 auf 6,9 Prozent. Der Reingewinn betrug 8 Millionen Franken. Zum Vergleich: In den Vorjahren konnte sich die Spezialklinik für orthopädische Spitzenmedizin mit Gewinnen von 0,8 Millionen Franken (2024) beziehungsweise 0,2 Millionen Franken (2023) über die Ziellinie retten. Davor, 2022, hatte die Zürcher Institution einen Gewinn von 2,4 Millionen Franken vermeldet.

Kurz: Das Jahr 2025 war für die Universitätsklinik Balgrist «ein Jahr des Wachstums und der wirtschaftlichen Stabilität», wie die Geschäftsleitung im Geschäftsbericht schreibt: «Steigende Leistungskennzahlen, wachsender Ertrag und ein umsichtiger Umgang mit den Ressourcen führten zu einem soliden Ergebnis.» Hinzu kam dabei, dass Forschung und Lehre im Balgrist rund 35,5 Millionen Franken zuflossen – 6,5 Millionen mehr als im Vorjahr.

[Balgrist: Geschäftsbericht 2025](#)

GR – Spital Thusis: Defizitausgleich sinkt leicht

 Südostschweiz Bündner Zeitung | Spital Thusis | 02.06.2026

Das Spital Thusis schliesst das Jahr 2025 besser ab als geplant. Der Defizitausgleich liegt erstmals seit längerer Zeit unter dem Budgetwert. Die Transformation schreitet voran.

Die Transformation der Organisation Gesundheit Mittelbünden schreitet planmässig voran. Das stellt die Trägerschaft des Thusner Spitals in einer Medienmitteilung zur Delegiertenversammlung von vergangener Woche fest. An der Versammlung wurde unter anderem die Rechnung des Spitals für das Jahr 2025 einstimmig genehmigt. Der mit 7,7 Millionen Franken budgetierte Defizitausgleichsbetrag der Trägergemeinden konnte mit 7,6 Millionen zum ersten Mal seit längerer Zeit unterschritten werden, wie aus der Mitteilung hervorgeht – und das «im anspruchsvollen Transformationsjahr». Das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen beläuft sich auf ein Plus von 1,1 Millionen Franken.

«Die Umsetzung der neuen Strategie im Einklang mit der kantonalen Versorgungsstrategie kommt voran», wird Stiftungsratspräsident Christian Rathgeb zitiert. Dementsprechend sieht das Budget für das laufende Jahr erneut einen geringeren Defizitausgleich vor: Er liegt bei 5,2 Millionen Franken. Als neues Mitglied in den Stiftungsrat gewählt wurde der amtierende Thusner Gemeindeammann Remi Cramer; er ersetzt seinen Vorgänger Ivo Rohrer.

Auf personeller Seite habe man die zuvor hohe Fluktuationsrate «um ein Vielfaches» senken können, schreibt Gesundheit Mittelbünden weiter. Die vakanten Führungspositionen in den Bereichen Finanzen, Innere Medizin, Chirurgie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Notfallleitung, Pflege, Bildung und Qualitätsmanagement hätten «vollständig und kompetent» besetzt werden können. Das Patientenaufkommen habe sich stabilisiert, und die Patientenzufriedenheit liege auf einem im schweizweiten Vergleich sehr hohen Niveau. (jfp)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Tipps von der Fachfrau: So verstehen Sie Ihre Spitalrechnung

 Südostschweiz Bündner Zeitung | 02.06.2026

Gesundheitskanton Graubünden

Eine Spitalrechnung ist für viele ein Buch mit sieben Siegeln. Wir haben uns von einer Expertin ein Beispiel erklären lassen – und noch mehr. Vom Behandlungsentscheid bis zur Kostenbeteiligung.

Philipp Wyss

Der Bescheid, sich ein neues Kniegelenk einsetzen zu müssen, war für Frau Derungs nicht einfach zu verdauen. Das war noch im vergangenen Jahr. Doch bis der Arzt in diesem Frühjahr das Skalpell ansetzte und die zweifache Mutter seit einigen Wochen wieder mit ihren Freundinnen walken gehen kann, verging viel Zeit – und Arbeit. Aber der Reihe nach. Sarah Langenauer leitet bei der ÖKK in Landquart die Abteilung «Leistungen stationär und vertrauensärztlicher Dienst». Sie erklärt uns die Spitalrechnung. Schritt für Schritt anhand des Beispielfalles von Frau Derungs.

Von der Kostengutsprache zur Patientenrechnung

Frau Derungs litt immer wieder an Schmerzen im Knie. Eine Konsultation beim Hausarzt ergab: Kniearthrose. Die Lösung: ein künstliches Kniegelenk. Als Erstes musste die Frage geklärt werden: Ist der Spitalaufenthalt ambulant oder stationär? Das heisst: Kann Frau Derungs nach der Operation am selben Tag wieder nach Hause oder muss sie einige Tage im Spital bleiben? Ein Kniegelenksersatz benötigt einige Tage Spitalaufenthalt, also ist der Spitalaufenthalt stationär.

Für einige Eingriffe gebe es gesetzliche Vorgaben, sagt Langenauer. Andernfalls entscheide die Ärztin oder der Arzt. Und hier beginnt die Rechnung: Einen ambulanten Eingriff bezahlt der Krankenversicherer zu 100 Prozent, abzüglich der Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt). Bei einem stationären Aufenthalt mit mindestens einer Übernachtung bedarf es einer Kostengutsprache der Krankenversicherung. Ist diese erfolgt, werden die Kosten aufgeteilt: 45 Prozent übernimmt die Versicherung – und 55 Prozent der Wohnkanton, in diesem Fall Graubünden. Entsprechend diesem Kostenanteil bezahlt der Kanton Graubünden Jahr für Jahr um die 200 Millionen Franken für stationäre Behandlungen an Spitälern.

Doch zurück zu unserem Beispiel: Frau Derungs war vor der Operation nervös. Sie besprach den Eingriff in ihrem Freundeskreis und mit dem Arzt. Sie organisierte die Schwiegereltern für die Obhut ihrer Kinder. Ihr Mann nahm einige Tage frei, um zu Hause mitzuhelfen. Und am Vorabend vor dem Eingriff packte Frau Derungs ihre Siebensachen.

Schon zuvor hatte das Spital bei der Krankenversicherung ein Kostengutsprachege such gestellt. Darin enthalten sind laut Langenauer Angaben wie Diagnose, Personalien, Versicherungsdaten, Eintrittsdatum,

Spitalklasse und Angaben zum Operateur. «Die Versicherung prüft diese Gesuche. Ist die Versicherung gedeckt? Sprich: Sind keine Prämien ausstehend? Gibt es Ausschlüsse oder Sperren? Betrifft der Eingriff die Grund- oder die Zusatzversicherung?»

Bei Bedarf erfolgt zusätzlich eine medizinische Prüfung. Diese Schritte dauern bis zu einer Arbeitswoche, in vielen Fällen ist ÖKK aber schneller. «Die Prüfung der Kostengutsprache gesuche hat bei uns Priorität. Bei Notfällen wird natürlich erst geprüft, nachdem die versicherte Person bereits im Spital eingetreten ist», sagt Langenauer.

In aller Regel erfolgt danach der Eingriff im Spital. Bei Frau Derungs verlief dieser ohne Komplikationen. Schon am Nachmittag gab es Besuch und Blumen von ihrem Mann und den beiden Kindern. Frau Derungs erholte sich gut, nach fünf Tagen wurde sie aus dem Spital entlassen. Die Rechnung für den 45-Prozent-Anteil ging an ÖKK. Das ist ein standardisierter, codierter Datensatz mit medizinischen Informationen über den Spitalaufenthalt. «Für viele Operationen gibt es eine Fallpauschale», erklärt Langenauer. Das bedeutet, eine Meniskusoperation oder die Entfernung eines Blinddarms kostet eine Krankenversicherung immer gleich viel, wenn es keine Sonderfälle sind und die voraussichtliche Aufenthaltsdauer gleich ist. Im Durchschnitt ergibt sich für beide Seiten – Krankenversicherer und Spital – ein vertragskonformer Rechnungsbetrag. Patientinnen und Patienten wie Frau Derungs können die Rechnungskopie anfordern. Das Original geht direkt an die Versicherer, welche die Codierungen verstehen.

So entsteht die Rechnung

Doch zurück zur Operation von Frau Derungs und zur Rechnung des Spitals. Auf dieser steht beispielsweise Tarif 010, Tarifziffer A11B. 1 Anzahl zum Preis von 13.22 Franken Taxpunktwert 11 405 TL Taxpunktwert TL 0.45. Diese technischen Abkürzungen und Codes sind für die Software-Systeme von Spital und Versicherung relevant, aber für die versicherte Person kaum nachvollziehbar, sagt Langenauer.

Zwei Dinge interessieren aber auch Patientinnen und Patienten: Die sogenannte Baserate, der Basispreis einer Leistung, der zwischen den Versicherern und Leistungserbringern verhandelt wird. Im Beispiel von Frau Derungs zwischen ÖKK und dem behandelnden Spital. Die Baserate multipliziert mit dem Kostengewicht ergibt dann den Rechnungsbetrag.

Das Kostengewicht ist abhängig von den diagnosebezogenen Fallpauschalen, die sogenannten Diagnosis Related Groups, kurz DRG. Mit diesem werden die erbrachten Leistungen kategorisiert. Dabei werden Patientinnen und Patienten aufgrund relevanter Faktoren und Ähnlichkeiten in Gruppen eingeteilt. Jede Gruppe hat eine vordefinierte Vergütung, die das Spital erhält.

Auf der Rechnung von Frau Derungs steht ganz unten: 78 810.25 Franken. Die Krankenversicherung bekommt davon entsprechend dem Verteilschlüssel 45:55 eine Rechnung über 35 464.60 Franken und der Kanton eine über 43 345.65 Franken. Frau Derungs trägt folgende Kosten: Franchise, Selbstbehalt und Spitalkostenbeitrag.

Übrigens: Bei ÖKK werden mehr als 80 Prozent der ambulanten und etwas unter 70 Prozent der stationären Rechnungen automatisiert geprüft. «Vor allem, wenn es um «normale» Eingriffe geht», sagt Langenauer.

Franchise: Bei Versicherungsabschluss wählbarer Fixbeitrag zwischen 300 und 2500 Franken. – Frau Derungs bezahlt 300 Franken.

Selbstbehalt: Zehn Prozent der Kosten, welche die Franchise übersteigen. Der jährliche Höchstbetrag beträgt 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder. – Frau Derungs bezahlt 700 Franken.

Spitalkostenbeitrag: Ein Selbstbehalt von 15 Franken pro Tag, den Versicherte bei einem stationären Spitalaufenthalt bezahlen müssen. Der Spitalkostenbeitrag gilt als Kompensation für zu Hause wegfallende Verpflegungskosten während eines Spitalaufenthalts. – Frau Derungs bezahlt für fünf Tage 75 Franken. Total 1075 Franken.

Während der Kanton und die Krankenversicherung diese Rechnungen an das Spital begleichen, respektive die Kostenbeteiligung an Frau Derungs weiterverrechnen, besucht diese regelmässig die Physiotherapie. Auch diese Rechnung geht an die Krankenversicherung. Die zweifache Mutter macht fleissig Übungen, um bald wieder mit den Kindern wandern gehen zu können.

Alle bezahlen in denselben Topf ein

Die Grundversicherung ist eine Sozialversicherung. Da sie in der Schweiz obligatorisch ist, bezahlen alle, Gesunde und Kranke, Junge und Alte Prämien in einen gemeinsamen Topf. Wer krank wird, erhält aus diesem Topf die medizinische Versorgung finanziert. Die versicherungspflichtige Person kann frei wählen, welchem Krankenversicherer sie beitreten möchte. Die Prämienhöhe wird unabhängig vom Einkommen berechnet. Sie richtet sich nach dem jeweiligen Krankenversicherer, nach dem Wohnort und dem gewählten Versicherungsmodell. Bei Versicherten, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, übernehmen die Kantone unter gewissen Voraussetzungen einen Teil der Prämien. (phw)

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.

Phase 1

Vorbereitung und Behandlung



**Behandlungs-
entscheid**
ambulant / stationär



**Kostengutsprache-
gesuch**
Spital → Krankenkasse



**Prüfung durch
Krankenkasse**
Deckung und
Medizin



Behandlung
Eingriff und Austritt



**Swiss
DRG-Codierung**



Phase 2

Rechnungsstellung und Aufteilung



Erstellung der Spitalrechnung

$\text{Basissrate} \times \text{Kostengewicht} = \text{Totalbetrag}$ | 2 Rechnungen: an Krankenversicherung und an Kanton

45 Prozent
→ Krankenversicherung

55 Prozent
→ Kanton



Phase 3

Rechnungsverarbeitung und Patientenbeteiligung



**Eingang und
Auto-Prüfung**
Elektronisch
im System



**Manuelle Prüfung /
Recordierung**

Grafik: ÖKK



Zahlung
Krankenkassen-
Anteil → Spital



**Kostenbeteiligung
der Patienten**
Franchise, Selbstbehalt,
Spitalkostenbetrag



Kompliziert nur für Laien: Sarah Langenauer erklärt anhand von Beispielen, wie eine Spitalrechnung aufgebaut ist.

So setzt sich Ihre Rechnung zusammen

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Anhand eines Kniegelenkersatzes erklärt eine Krankenkassenexpertin, wie eine Rechnung zustande kommt, wie sie sich zusammensetzt – und wer wie viel bezahlt.

Philipp Wyss

Mit der Begleichung einer Spitalrechnung endet oft ein langer Prozess. Von Schmerzen über Arztbesuche, Diagnosen, Entscheide, einen Eingriff bis hin zur Rehabilitation und eben einer Rechnung. Diesen Weg erklären wir im heutigen Beitrag unserer Serie «Nachaufnahme Graubünden».

Sarah Langenauer leitet bei ÖKK in Landquart die Abteilung «Leistungen stationär und vertrauensärztlicher Dienst». Sie erklärt Fachbegriffe und einzelne Schritte, von der Vorbereitung über die Kostengutsprache bis zur Behandlung, die Rechnungsstellung, die Verarbeitung sowie die verschiedenen Beteiligungen. Weiter erklärt Langenauer, wie es nach einer Behandlung über Tarifcodes zu einer Kostenbeteiligung und schliesslich zur Spitalrechnung kommt.

Übrigens: Die Rechnung, die besprochen wird, beläuft sich auf 78 810.25 Franken. Diesen Betrag übernehmen die Krankenkasse und der Wohnkanton der Patientin. Letzterer bezahlt noch weitere Punkte. Wie diese Beiträge generell geregelt sind und was die obligatorische Grundversicherung aus dem gemeinsamen Topf finanziert, haben wir im neusten Beitrag der Serie recherchiert. Region Seite 3

«Bei Notfällen wird natürlich erst geprüft, nachdem die versicherte Person bereits im Spital eingetreten ist.» - Sarah Langenauer, Leiterin «Leistungen stationär und vertrauensärztlicher Dienst» ÖKK

AG – KSB erklärt Medizin neu mit KI-Avataren

 Badener Tagblatt | KSB | 05.06.2026

Das Kantonsspital Baden produziert mit einer Londoner Firma neue Videos zur Patienteninformation.

Das Kantonsspital Baden (KSB) will medizinische Informationen künftig verstärkt mithilfe von künstlicher Intelligenz vermitteln. Dazu setzt das Spital auf KI-generierte Videos mit digitalen Avataren und grafischen Elementen. Ziel ist es, komplexe medizinische Inhalte verständlicher aufzubereiten und Patientinnen und Patienten einen einfacheren Zugang zu wichtigen Informationen zu ermöglichen, teilt das KSB mit.

Hintergrund der Initiative ist die Erkenntnis, dass medizinische Fachinformationen für viele Menschen schwer verständlich sind. Gleichzeitig bevorzugt die grosse Mehrheit der Internetnutzer audiovisuelle Formate gegenüber klassischen textbasierten Dokumenten. Das KSB reagiert darauf mit einer Ausweitung seiner digitalen Kommunikationsangebote.

Für die Produktion der Videos arbeitet das Spital mit dem Londoner KI-Unternehmen Synthesia zusammen, das kürzlich einen Standort in Zürich eröffnet hat. Dessen Technologie ermögliche es, Videos ohne aufwendige Dreharbeiten zu erstellen und bei Bedarf rasch anzupassen. Digitale Avatare können innerhalb kurzer Zeit erzeugt werden und wirken durch realistische Sprache und Mimik authentisch. Ein besonderer Vorteil der Lösung von Synthesia liege zudem in der Mehrsprachigkeit: Inhalte lassen sich in verschiedene Sprachen übersetzen und erreichen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Herkunft. Für das KSB ist dies besonders relevant, da im Spitalalltag häufig Dolmetschleistungen benötigt werden.

KSB setzt beim Einsatz klare Leitplanken

Neben einer verbesserten Patienteninformation erhofft sich das KSB auch organisatorische Vorteile. Erklärvideos könnten dazu beitragen, häufige Fragen zu beantworten und Abläufe transparenter zu machen. Dies entlaste Mitarbeitende und erleichtere Patientinnen und Patienten die Orientierung.

Die Einsatzmöglichkeiten der neuen Videos reichen von der Vorbereitung auf einen Spitalaufenthalt über Patientenaufklärung bis hin zu Personalrekrutierung, interner Kommunikation und Weiterbildung. Sie fügen sich dabei in die langfristige Digitalisierungsstrategie des KSB ein, heisst es weiter. Bereits heute unterstützt ein Chatbot auf der Website Nutzerinnen und Nutzer bei der Informationssuche.

Beim Einsatz der Technologie betont das KSB die Bedeutung ethischer Standards. «Als Schweizer Spital tragen wir eine besondere Verantwortung. Es darf keine Täuschung entstehen», so Cotrotzo. Digitale Abbilder realer Personen würden ausschliesslich mit deren ausdrücklicher Zustimmung erstellt. Die Kontroll- und Einwilligungsmechanismen von Synthesia spielten dabei eine zentrale Rolle. **(az)**



So sieht der Avatar von KSB-CEO Pascal Cotrotzo aus. Das digitale Abbild soll Informationen einfach erklären. Bild: Screenshot

Gleichen tags erschienen in

- Aargauer Zeitung - Regionalteil Brugg

Ausländisches Pflegepersonal: Lösung oder Teil des Problems?

 Luzerner Zeitung | 05.06.2026

Der Schweiz fehlt es an Pflegepersonal, Spitäler rekrutieren darum zunehmend im Ausland. Das wirft ethische Fragen auf.

Alexandra Käch, Tiziana Meyer und Pirmin Oberson

Als Margherita Rossi (Name geändert) an ihrem ersten Arbeitstag die Chirurgieabteilung des Kantonsspitals Aarau betritt, liegen intensive Monate hinter ihr. Die Pflegefachfrau aus Norditalien hat rund zehn Monate Deutsch gelernt, ein Integrationsprogramm absolviert und sich auf ein neues Leben vorbereitet. Nun beginnt sie ihren Dienst – einige Zugstunden von ihrer Heimatstadt Mailand entfernt.

Solche Geschichten werden in Schweizer Spitälern häufiger. Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, rekrutieren Gesundheitseinrichtungen vermehrt Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Beliebte Herkunftsländer sind neben Deutschland und Österreich vor allem Südeuropa, zunehmend aber auch Drittstaaten. Es zeigt sich: Der Bedarf ist real.

Fachkräftemangel verschärft sich weiter

Laut dem Schweizer Gesundheitsobservatorium (Obsan) reicht die inländische Ausbildung seit Jahren nicht aus. Bereits heute verfügt rund ein Drittel des Pflegepersonals über ein ausländisches Diplom. Jüngste Schätzungen des Obsan aus dem Jahr 2021 gehen davon aus, dass bis 2029 ein Nachwuchsbedarf von rund 43'000 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe besteht. Bei anderen in der Pflege tätigen Funktionen – zum Beispiel Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit – beläuft sich der geschätzte Bedarf auf gut 27'000 Personen.

Weitere Prognosen gehen davon aus, dass sich der Fachkräftemangel in der Pflege bis 2035 nochmals deutlich verschärfen könnte. Dieser strukturelle Mangel gefährdet die Versorgungssicherheit spürbar. Neben Massnahmen im Inland setzen Spitäler deshalb zunehmend auch auf internationale Rekrutierung.

Spitäler passen ihre Strategien an

Doch die Rekrutierung im Ausland ist ethisch umstritten. Kritiker warnen davor, dass wohlhabende Länder ihre Personalprobleme auf Kosten anderer Gesundheitssysteme lösen. Und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont seit Jahren, dass die Abwerbung von Pflegepersonal aus Ländern mit schwächeren Gesundheitssystemen deren Versorgung zusätzlich belastet. Um gesellschaftliche Akzeptanz zu schaffen, ist es entscheidend, in Ländern zu rekrutieren, in denen ein Ausbildungsüberschuss oder ein Mangel an Stellen besteht – etwa in Italien. Gleichzeitig stehen Spitäler unter zunehmendem Druck, offene Stellen zeitnah zu besetzen.

Dabei stellt die Arbeitsmigration in der Schweiz kein Neuland dar. Viele Pflegefachpersonen finden auch ohne gezielte Programme den Weg in die Schweiz. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass Spitäler ihre Rekrutierungsstrategien anpassen und internationale Kanäle systematischer nutzen.

Italien bildet jährlich rund 13'000 Pflegefachpersonen aus. Dennoch sind viele von ihnen mit befristeten Stellen und unsicheren Perspektiven konfrontiert. Ethisch verantwortungsvolle Rekrutierungsprogramme setzen deshalb auf Transparenz, die Anerkennung der Diplome, gezielte Sprachförderung und eine strukturierte Einarbeitung. Dazu gehören fachliche Begleitung im Spital, soziale und kulturelle Integration sowie Unterstützung bei administrativen Fragen zur Wohnungssuche oder zum Familiennachzug.

Wo sich das Dilemma zuspitzt

Parallel zur internationalen Rekrutierung wird auch im Inland intensiv über die Situation der Pflege diskutiert, das Spannungsfeld wächst. Mit der Annahme der Pflegeinitiative hat die Schweizer Bevölkerung 2021 ein klares Signal für bessere Arbeitsbedingungen gesetzt. Fachpersonen fordern verbindliche Personalschlüssel und Investitionen in bessere Arbeitsbedingungen.

Diese strukturellen Verbesserungen werden aber nur langsam umgesetzt – während der Bedarf an Personal immer grösser wird. Die steigenden Kosten für temporäre Einsätze zeigen, wie wenig nachhaltig das System ist. Attraktive Arbeitsbedingungen, Entwicklungsperspektiven und ausreichend Personal gelten als zentrale Faktoren, um Fachpersonen im Beruf zu halten und Nachwuchs zu gewinnen. Genau hier verschärft sich das Dilemma: Während Pflegefachpersonen dringend gebraucht werden, bleiben strukturelle Probleme vielerorts bestehen.

Zwischen Chance und Balanceakt

Andere Länder wie Grossbritannien oder Deutschland rekrutieren seit Jahren international – etwa in Indien oder Nigeria – und haben dafür ethische Leitlinien etabliert. Diese sollen verhindern, dass gezielt aus Ländern mit besonders fragilen Gesundheitssystemen abgeworben wird. Der WHO-Kodex zur internationalen Rekrutierung mahnt zur sorgfältigen Abwägung zwischen nationalen Interessen und globaler Verantwortung. Internationale Mobilität sei Teil moderner Arbeitsmärkte, dürfe jedoch bestehende Ungleichgewichte nicht weiter verschärfen.

Die Arbeit in der Schweiz ist für viele ausländische Pflegefachpersonen eine persönliche Chance. Für Gesundheitssysteme bleibt sie ein Balanceakt. Internationale Rekrutierung kann helfen, Personalengpässe zu mildern, ist aber weder einfach noch schnell wirksam. Die zentrale Frage bleibt: Wie lassen sich nationale Versorgungsbedürfnisse sichern, ohne globale Ungleichgewichte zu verstärken? Die Antwort darauf entscheidet, ob internationale Rekrutierung Teil der Lösung bleibt – oder selbst zum Problem wird.

Hinweis Der Fachartikel entstand im Rahmen der Weiterbildung Executive MBA Luzern Strategisches Management – Leadership an der Hochschule Luzern (HSLU). Alexandra Käch, Tiziana Meyer und Pirmin Oberson sind Teilnehmende des Studienprogramms am Wirtschaftsdepartement der HSLU. Alle drei sind überdies als Geschäftsleitungsmitglied in einem Gesundheitsinstitut tätig: Käch arbeitet als Chief Nursing Officer am Kantonsspital Aarau, Meyer führt das Kurshaus Seematt Eich und Oberson ist Co-Leiter Therapien beim Schweizer Paraplegiker Zentrum in Nottwil.*

Ostschweiz - Hickhack um die Spitalplanung

 St. Galler Tagblatt | 02.06.2026

Der Thurgauer Nationalrat Christian Lohr will mehr Effort für eine interkantonale Spitalplanung. Doch der Ständerat winkt ab.

Adrian Vögele

In der Ostschweiz läuft es besser als auch schon: Nach gescheiterten Anläufen für eine gemeinsame Spitalplanung haben sich die vier Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden im letzten Herbst doch noch geeinigt.

Auch andere Regionen tun sich schwer. Mangelnde Zusammenarbeit und teure Alleingänge im Spitalwesen beschäftigen das Bundesparlament schon länger. Im letzten Jahr beschlossen National- und Ständerat, der Bund solle eingreifen, wenn die Kantone bei der Koordination der Spitalplanung zu wenig Fortschritte erzielen. Die St. Galler SVP-Ständerätin Esther Friedli hatte die Motion aufgelegt.

Der Bundesrat beharrt allerdings darauf, dass die Spitäler Sache der Kantone seien. Er befürchtet etwa, eine von Bern aus gesteuerte Konzentration der Spitallandschaft werde Widerstand in der Bevölkerung auslösen.

Trotzdem will der Nationalrat den Druck weiter erhöhen und verlangt, dass der Bund sich stärker für die interkantonale Spitalplanung einsetzt. Unter anderem hat er bereits 2024 einer Motion des Thurgauer Mitte-Nationalrats Christian Lohr zugestimmt. Am Montag beschäftigte sich nun der Ständerat mit dem Vorstoss.

«Tatenlos bleiben ist schlechteste Option»

Lohr sagt, er begrüsse den jüngsten Zusammenschluss für die Spitalplanung in der Ostschweiz. Doch schweizweit gebe es bei der Koordination der Spitäler noch viel zu tun. «Es gäbe weitere Regionen, die sich anbieten würden. Für die Prämien- und Steuerzahler ist es unverständlich, wenn man nicht zusammenarbeitet.»

In seinem Vorstoss schreibt Lohr, viele der über 250 Spitäler in der Schweiz befänden sich in finanziellen Schwierigkeiten. Das wirke sich negativ auf die Versorgung aus. Heute entscheidet der Bund darüber, welche Leistungen im Gesundheitswesen wie finanziert werden – doch die Kantone entscheiden, welche Spitäler welche Leistungen anbieten. Damit die Kosten tragbar bleiben, dürfe man diese beiden Dinge nicht mehr getrennt diskutieren, verlangt der Thurgauer Mitte-Nationalrat. Da der Bundesrat bislang die Haltung vertrete, dass die Kantone nicht zu vermehrter Koordination bei der Spitalplanung gezwungen werden könnten, müsse er die Initiative eben «freiwillig und mit überzeugenden Argumenten» ergreifen.

Lohr plädiert somit für einen Mittelweg. «Der Bundesrat kann nicht einfach das Zepter übernehmen», sagt er auf Anfrage. Den Föderalismus gelte es zu achten. «Aber dass der Bundesrat tatenlos zuschaut, ist die schlechteste Option.» Lohr schlägt in seiner Motion vor, dass der Bundesrat konzeptuell auf die Kantone zugeht und dem Parlament alle zwei Jahre über die Fortschritte des Programms berichtet.

Zweifel am Plan der GDK

Die Kantone versprechen Verbesserungen. Vor kurzem hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) einen Dreiphasenplan gestartet, um die Zusammenarbeit in der Spitalplanung auszubauen. In den nächsten Jahren sollen die stationären Leistungen in der gesamten Schweiz erst einmal analysiert und kategorisiert werden, damit alle Kantone dieselben Planungsgrundlagen haben. Ab 2029 stellt die GDK konkrete Schritte für eine bessere Koordination der Leistungen in Aussicht.

Lohr ist davon nicht überzeugt. «Dieser Plan ist eindeutig zu wenig ambitioniert», sagt er. «Der Zeithorizont ist sehr lang.» Die GDK drücke auf die Bremse – und empfehle beispielsweise auch seine Motion zur Ablehnung. «Das ist enttäuschend.»

Ständerat will Druck nicht erhöhen

Der Nationalrat hatte Lohrs Vorstoss sehr deutlich zugestimmt. Einzig die SVP war dagegen. Doch am Montag im Ständerat sah es anders aus: Die kleine Kammer lehnte die Motion ab und folgte damit der Empfehlung ihrer Gesundheitskommission. Diese hatte zwar eingeräumt, die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten von Kantonen und Bund seien «eine anspruchsvolle Rahmenbedingung». Doch es sei nicht nötig, dem Bundesrat weitere Aufträge für die Spitalplanung zu erteilen, die bisherigen Beschlüsse seien ausreichend. Damit spielte die Kommission auf den Entscheid des Parlaments zu den interkantonalen Spitallisten und Leistungsaufträgen an. Der Bund erhält damit zwar nicht unbedingt eine aktive Rolle in der Spitalplanung, er soll aber intervenieren, wenn die Kantone ihre Aufgaben zu wenig gut erledigen. Was das in der Praxis genau heisst, ist offen. Der Ständerat hofft nun auf den Dreiphasenplan der GDK.

Mit ähnlichen Argumenten hat der Ständerat am Montag eine Motion aus den Reihen der GLP abgelehnt: Sie sah explizit vor, dass der Bundesrat die Spitalplanung in Zusammenarbeit mit den Kantonen erarbeitet und implementiert.



Das Kantonsspital St. Gallen. Bild: Raphael Rohner

Gleichen tags erschienen in

- Werdenberger & Obertoggenburger
- Toggenburger Tagblatt
- Thurgauer Zeitung
- Appenzeller Zeitung
- Wiler Zeitung

BS, BL – KSBL und Universität Basel schmieden Allianz für die Pflege

 [Medinside \(de\)](#) | KSBL, USB | 03.06.2026

Das Kantonsspital Baselland und die Universität Basel vertiefen ihre Zusammenarbeit. Mit einer neuen Akademie-Praxis-Partnerschaft wollen sie Forschung, Ausbildung und Pflegepraxis enger verzahnen.

Das Kantonsspital Baselland (KSBL) und das Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel vertiefen ihre Zusammenarbeit. Mit einer neuen Akademie-Praxis-Partnerschaft wollen sie Forschung, Ausbildung und klinische Pflege enger miteinander verknüpfen, heisst es in einer Mitteilung.

Im Zentrum der Zusammenarbeit stehen gemeinsame Forschungsprojekte, die Förderung von Pflegefachpersonen in Master- und Dokoratsprogrammen sowie der weitere Ausbau des KSBL als Ausbildungs- und Forschungsstandort. Unter der Leitung von Vanessa Muri-John, Leiterin Pflegeforschung und Klinische Praxis sowie stellvertretende Chief Nursing Officer des KSBL, sollen neue Versorgungsmodelle entstehen.

«Wir wollen Wissenschaft und Praxis noch enger miteinander verbinden, damit Sicherheit, Qualität und Kontinuität in der pflegerischen Versorgung gestärkt werden», sagt Muri-John.

Ein Beispiel für diesen Ansatz ist die seit Oktober 2024 am Standort Bruderholz betriebene Nurse-Led-Care-Station. Das pflegegeleitete Angebot schliesst eine Lücke zwischen Akutspital und externer Versorgung. Die neue Partnerschaft soll nun die wissenschaftliche Weiterentwicklung solcher Modelle ermöglichen.


Auch Michael Simon, Direktor des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel, sieht grosses Potenzial in der engeren Zusammenarbeit. Die Verbindung von Ausbildung, Forschung und Praxis sei eine zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflege. Geplant ist unter anderem ein erstes Doktoratsprojekt zu altersgerechten Pflegemassnahmen.

Die Partnerschaft ist langfristig angelegt.

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

FMH: le Bureau d'expertises romand reste fermé aux nouveaux dossiers

 Medinside (fr) | 03.06.2026

Le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH dresse son bilan pour l'année 2025: 55 expertises clôturées, mais un gel prolongé des admissions de dossiers en Suisse romande.

Toute personne soupçonnant un manquement lors de sa prise en charge médicale a la possibilité de saisir le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la Fédération des médecins suisses (FMH). Cet organisme détermine, au moyen d'expertises médicales, si des médecins ou des hôpitaux ont violé leur devoir de diligence.

Selon le [rapport annuel 2025](#), 83 nouvelles demandes ont été reçues l'an dernier. Au total, 55 expertises ont été menées à terme dans le cadre de procédures écrites ou orales. Dans 30 cas, les experts ont conclu à une violation du devoir de diligence.

La chirurgie et la chirurgie orthopédique arrivent en tête des spécialités concernées, suivies de la gynécologie-obstétrique, puis de la médecine interne générale.

Les cas traités illustrent la diversité des questions soulevées. Ainsi, une patiente ayant reçu une prothèse de hanche surdimensionnée a souffert de douleurs et a dû subir une nouvelle intervention. Dans un autre cas, un patient a présenté une complication neurologique après une opération destinée à stabiliser une fracture de la cheville et doit depuis utiliser des béquilles en permanence. Chez un enfant, une surdité sévère à profonde n'a été diagnostiquée que tardivement.

Point de contact extrajudiciaire

Le Bureau d'expertises de la FMH agit comme point de contact extrajudiciaire pour les questions de responsabilité dans le domaine de la santé. Son objectif: résoudre les litiges entre patients et médecins ou hôpitaux, dans la mesure du possible sans recourir à une procédure judiciaire. Les expertises doivent ainsi servir de base à un accord entre les parties concernées.

Des frais de dossier de 1'000 francs sont perçus pour toute expertise écrite ou orale. Les autres coûts sont pris en charge par les assurances responsabilité civile des médecins ou des hôpitaux concernés.

Les dernières statistiques ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions sur la fréquence réelle des erreurs médicales en Suisse, souligne la FMH. Le Bureau d'expertises ne traite en effet qu'une partie des affaires. Par ailleurs, des expertises privées peuvent être réalisées et certaines plaintes sont traitées directement par les hôpitaux ou les assurances responsabilité civile.

Suisse romande: nombre élevé de cas en suspens

Le Bureau romand d'expertises est actuellement confronté à une forte pression. En raison d'un important retard dans le traitement des dossiers, il n'accepte plus de nouvelles demandes d'expertise depuis le 1er août 2025. Initialement prévue jusqu'à Pâques 2026, cette fermeture temporaire a entre-temps été prolongée jusqu'au 31 août 2026. **ab**

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

FMH-Gutachterstelle zieht Bilanz – und kämpft mit einem Rückstau

 Medinside (de) | 03.06.2026

Die aussergerichtliche FMH-Gutachterstelle hat 2025 insgesamt 55 Gutachten abgeschlossen. In der Romandie herrscht derzeit Aufnahmestopp.

Wenn Patientinnen und Patienten den Verdacht haben, dass bei ihrer Behandlung ein Fehler passiert ist, können sie sich an die aussergerichtliche Gutachterstelle der Ärzteverbindung FMH wenden. Diese klärt mit medizinischen Gutachten ab, ob Ärztinnen, Ärzte oder Spitäler ihre Sorgfaltspflicht verletzt haben.

Laut dem Jahresbericht 2025 gingen im vergangenen Jahr 83 neue Anträge ein. Insgesamt wurden 55 Gutachten in schriftlichen und mündlichen Verfahren abgeschlossen. In 30 Fällen kamen die Gutachter zum Schluss, dass eine Sorgfaltspflichtverletzung vorlag.

Am häufigsten betroffen waren die Chirurgie und die Orthopädische Chirurgie, gefolgt von der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Allgemeinen Inneren Medizin.

Die behandelten Fälle verdeutlichen die Bandbreite der Fragestellungen. So wurde etwa bei einer Patientin eine überdimensionierte Hüftprothese eingesetzt, die Schmerzen und eine erneute Operation zur Folge hatte. In einem anderen Fall erlitt ein Patient nach einer Operation zur Stabilisierung eines Sprunggelenkbruchs eine neurologische Komplikation und ist seither dauerhaft auf Krücken angewiesen. Bei einem Kind wiederum wurde eine schwere bis hochgradige Schwerhörigkeit erst mit Verzögerung diagnostiziert.

Aussergerichtliche Anlaufstelle

Die FMH-Gutachterstelle dient als aussergerichtliche Anlaufstelle für Haftungsfragen im Gesundheitswesen. Ziel ist es, Streitigkeiten zwischen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen, Ärzten oder Spitälern möglichst ohne Gerichtsverfahren zu klären. Die Gutachten sollen dabei als Grundlage für eine Einigung zwischen den beteiligten Parteien dienen.

Für ein schriftliches oder mündliches Gutachten wird eine Bearbeitungsgebühr von 1000 Franken erhoben. Die übrigen Kosten übernehmen die Haftpflichtversicherungen der betroffenen Ärztinnen, Ärzte oder Spitäler.

Die FMH betont, dass die Zahlen keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit von Behandlungsfehlern in der Schweiz zulassen. Die Gutachterstelle bearbeitet lediglich einen Teil der Fälle. Daneben werden auch private Gutachten erstellt oder Beschwerden direkt über Spitäler und Haftpflichtversicherungen abgewickelt.

Hoher Pendenzenbestand in der Romandie

Unter Druck steht derzeit die Gutachterstelle in der Romandie. Aufgrund eines hohen Pendenzenbestands nimmt sie seit dem 1. August 2025 keine neuen Gutachtenanträge mehr entgegen. Die ursprünglich bis Ostern 2026 vorgesehene vorübergehende Schliessung wurde inzwischen bis zum 31. August 2026 verlängert.