

Inhaltsverzeichnis

DIVERSES

Swiss Medical Network et Sonic Suisse Labs démarrent une collaboration



Medinside (fr) | 29.06.2026

Cartella elettronica La Posta cambia



Corriere del Ticino | 26.06.2026

Ce que l'EFAS ne résout pas – et pourquoi les instances décisionnaires préfèrent l'ignorer



Medinside (fr) | 23.06.2026

Die Schweiz wappnet sich für Hitzesommer



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 26.06.2026

La Poste se retire du dossier électronique du patient



RTS La 1ère | 25.06.2026

Grösste EPD-Anbieterin zieht den Stecker



Medinside (de) | 25.06.2026

Arme gehen häufiger zum Arzt



CH Media national | 24.06.2026

SPITÄLER

GE – La canicule a mis à rude épreuve les urgences des hôpitaux ce week-end



RTS 1 | 28.06.2026

AG – Asana Spital Leuggern: Regionalspital schreibt wieder Gewinn



Aargauer Zeitung - Hauptausgabe | 26.06.2026

ZH – Stadtspital Zürich setzt Roboter ein



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 26.06.2026

VD, VS – L'Hôpital Riviera-Chablais poursuit son objectif de retour à l'équilibre



Medinside (fr) | 25.06.2026

GR – Gesundheitszentrum Unterengadin halbiert Defizit – Spital Scuol fast wieder in den schwarzen Zahlen



Medinside (de) | 26.06.2026

BE – Spitäler FMI: Solides Jahresergebnis – «Freude verhalten»



Medinside (de) | 25.06.2026

ZH – Klinik Lengg: Ergebnis unter Vorjahr, Wachstum im ambulanten Bereich



Medinside (de) | 23.06.2026

SG – Hoch Health Ostschweiz: Spital-Initiative scheitert in Bern



St. Galler Tagblatt | 26.06.2026

SG – Spital Altstätten: Ende Monat ist Schluss



Der Rheintaler | 24.06.2026

ZH – Die Lehren aus dem Fall Maisano - Kommentar



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 24.06.2026

ZH – GZO: Verlust trotz mehr Patienten

 Tages-Anzeiger | 27.06.2026

AG – «Die Schere ging immer weiter auseinander»: Warum das Spital Menziken schliessen muss

 Medinside (de) | 25.06.2026

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Die Schweiz braucht einen digitalen Gesundheitsdatenraum - Kommentar

 SonntagsBlick | 28.06.2026

Ambulantisierung – Sinnvolle Reform oder Fleissaufgabe?

 Medinside (de) | 27.06.2026

Notfallgebühr fällt durch

 CH Media national | 27.06.2026

Walter Stüdeli von der IG eHealth: «Unter der Federführung von Alain Berset wurde das EPD nicht weiterentwickelt» - Interview

 Medinside (de) | 26.06.2026

Su la franchigia minima? Una misura che divide

 Corriere del Ticino | 24.06.2026

Franchise minimale à 400 francs: un consensus fragile

 24 heures | 24.06.2026

Bund will höhere Mindestfranchise

 Tages-Anzeiger | 24.06.2026

KANTONAL / REGIONAL

LU – Das Bildungszentrum Xund Zentralschweiz für Fachleute in der Pflege will Lehre und Praxis noch enger verknüpfen

 Radio SRF 1 | 23.06.2026

BE – Réseau de l'Arc will die medizinische Versorgung im Jurabogen verbessern

 Bieler Tagblatt | 24.06.2026

Swiss Medical Network et Sonic Suisse Labs démarrent une collaboration

 [Medinside \(fr\)](#) | 29.06.2026

Les deux groupes vont unir leurs expertises au sein d'une nouvelle société dédiée aux analyses médicales. Basée à Genolier, la structure desservira l'ensemble des établissements du groupe SMN à partir de fin 2026.

Le groupe de cliniques privées Swiss Medical Network (SMN) et Sonic Suisse Labs ont décidé d'unir leurs forces dans le domaine des analyses médicales. Les deux partenaires annoncent la création d'une «joint venture» dédiée aux services de laboratoire pour l'ensemble des établissements du groupe SMN en Suisse. Le démarrage opérationnel de la nouvelle société est prévu d'ici à la fin de l'année 2026.

Dans un communiqué commun, les deux entreprises se réjouissent de voir «deux acteurs de référence dans le paysage sanitaire suisse» réunir leurs compétences afin de renforcer l'offre diagnostique au sein du réseau Swiss Medical Network.

Le groupe privé de cliniques et de soins Swiss Medical Network gère 21 cliniques réparties dans 15 cantons suisses et dispose d'environ 1'500 lits hospitaliers. Il emploie quelque 5'000 personnes et compte 2'300 médecins dans son réseau. Une soixantaine de centres médicaux ainsi que plus de 20 centres d'ophtalmologie, regroupés sous le nom de Swiss Visio, font également partie du groupe.

Swiss Medical Network est détenu à 77% par Aevis Victoria, société fribourgeoise cotée en bourse, qui exploite également des hôtels de luxe tels que le Victoria-Jungfrau à Interlaken et le Bellevue Palace à Berne.

La nouvelle société, dont le siège sera établi à Genolier (Vaud), aura pour mission de gérer les laboratoires présents dans les cliniques, hôpitaux, centres médicaux et cabinets du groupe. Objectif affiché: garantir aux patients des prestations de très haute qualité, des délais de réponse rapides ainsi que des standards de précision certifiés.

Deux spécialistes, une approche commune

Sonic Suisse Labs apportera à cette structure commune son expertise opérationnelle, ses technologies ainsi que ses systèmes d'information de laboratoire.

Le réseau suisse de laboratoires régionaux Sonic Suisse Labs figure parmi les principaux prestataires de services de laboratoire du pays. Présent sur l'ensemble du territoire, il propose des analyses de laboratoire complètes pour les hôpitaux, les cabinets médicaux et les particuliers.

Pour Swiss Medical Network, cette collaboration doit notamment permettre:

- d'améliorer la qualité des analyses de routine réalisées au sein de ses structures;
- de renforcer la continuité entre le laboratoire, les médecins prescripteurs et le parcours de soins du patient;
- de développer de nouvelles solutions de soins intégrés, en cohérence avec la stratégie du groupe en la matière.

La médecine intégrée comme fil conducteur

Cette initiative s'inscrit ainsi dans la logique du modèle «Viva Health», développé par Swiss Medical Network avec l'assureur maladie Visana.

Ce modèle associe la caisse maladie à des hôpitaux, des centres de radiologie, des cabinets médicaux ou encore des pharmacies, dans le cadre d'une responsabilité budgétaire commune. Les prestataires disposent d'un budget annuel prédéfini afin de les inciter à organiser l'offre de soins de manière plus efficiente, notamment en investissant dans la prévention.

Swiss Medical Network compte déjà trois réseaux de soins intégrés en Suisse, dont un en Suisse romande: le Réseau de l'Arc. Le groupe a également développé des modèles similaires au Tessin, avec la Rete Sant'Anna, ainsi que dans le Mittelland avec l'Aare-Netz.

Le Réseau de l'Arc, lancé début 2024, première organisation de soins intégrés de Suisse dans l'Arc jurassien, met en réseau des sites hospitaliers tels que l'Hôpital de Moutier, l'Hôpital de Saint-Imier et le Centre médical de Bienne, ainsi que des centres médicaux, des services psychiatriques et de secours, des instituts de radiologie et des offres de soins à domicile. **jh**

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Cartella elettronica La Posta cambia

 Corriere del Ticino | 26.06.2026

La Posta abbandona l'attuale cartella informatizzata del paziente (CIP) per concentrarsi sul nuovo sistema, ossia la cartella sanitaria elettronica (CSE). La piattaforma attuale resterà operativa sino alla fine del 2026. La decisione, che tocca 70 mila utenti privati, mette a rischio 37 posti di lavoro. Il cambio di rotta annunciato dal Consiglio federale nella digitalizzazione dei dati sanitari ha modificato profondamente il mercato, indica il gigante giallo in un comunicato. Da quando è stata annunciata la futura cartella sanitaria elettronica, destinata a sostituire la cartella informatizzata del paziente, ospedali, studi medici e privati esitano sempre più ad adottare la soluzione attuale.

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Ce que l'EFAS ne résout pas – et pourquoi les instances décisionnaires préfèrent l'ignorer

 Medinside (fr) | 23.06.2026

L'EFAS a été adoptée, mais bon nombre de questions épineuses restent encore sans réponse. Quels projets de construction hospitalière pourraient bientôt poser problème, pourquoi les communes perdent de leur influence et où de nouveaux centres de pouvoir pourraient voir le jour.

Depuis le 24 novembre 2024, c'est officiel: l'EFAS entrera en vigueur. Une clé de financement unique s'appliquera d'abord aux prestations ambulatoires et hospitalières à partir de 2028, puis aux soins de longue durée à partir de 2032.

Dans l'intervalle, des structures tarifaires sont élaborées, des ordonnances sont mises en consultation et des groupes de pilotage entament leurs travaux. Une tendance que j'observe régulièrement dans le secteur de la santé se dessine: l'attention se porte sur ce que la réforme prescrit explicitement. Ce qu'elle ne réglemente pas reste souvent dans l'angle mort.

Trois questions me préoccupent. EFAS n'apporte de réponse à aucune d'entre elles.

Amortissements aujourd'hui, problèmes demain

Un hôpital dont la mise en service est prévue pour 2026 figurera encore au bilan en 2050. La durée d'amortissement des bâtiments hospitaliers peut en effet s'étendre jusqu'à 33 ans.

L'EFAS crée pour la première fois une incitation financière commune aux cantons et aux assureurs en faveur des prestations ambulatoires plutôt que de l'hospitalisation. Il s'agit d'une conséquence structurelle directe de la clé de financement uniforme. Ce n'est pas une prévision. À partir de 2028, les centres ambulatoires, les cliniques de jour et les modèles de soins intégrés bénéficieront d'un avantage structurel.

Un conseil d'administration qui approuve aujourd'hui un projet d'investissement dans des capacités d'hospitalisation sans disposer d'une vision claire de la substitution vers l'ambulatoire autorise un investissement qui, dans dix ans, pourrait ne plus correspondre à l'évolution de la demande.

«Réduire ses effectifs de manière raisonnable» est la réponse habituelle lorsqu'on s'en rend compte trop tard. Dans la pratique, cette option est rarement envisageable. Les amortissements continuent. La stratégie des propriétaires et les mandats de prestations imposent des contraintes. Les coûts de personnel sont fixes. Les bâtiments sont là. Le bilan est ce qu'il est.

Déficits financiers: source d'opportunités

La pression liée aux amortissements, combinée à une baisse du taux d'occupation ou à une stagnation des tarifs, engendre un déficit financier structurel. Pour de nombreuses institutions, cela constitue une situation de crise. Pour d'autres, c'est un point de départ: EFAS rend les réseaux de santé intégrés

regroupant hôpitaux, organisations Spitex, cabinets médicaux et centres de soins plus attractifs que jamais sur le plan financier – et ouvre ainsi la voie à une consolidation structurelle. La question n'est pas de savoir si de tels réseaux verront le jour. Elle est de savoir qui les initie et les façonne.

Communes: sans moyen de pression

Aujourd'hui, la commune est à la fois l'organisme financeur, le donneur d'ordre et, en partie, propriétaire dans le domaine des soins de longue durée. Ses mécanismes de pilotage sont le budget, le financement résiduel, la garantie de déficit, et des mandats de prestations en cas de lacunes.

À partir de 2032, les communes ne verseront plus directement leurs contributions. La contribution cantonale transitera désormais par l'institution commune LAMal. L'instrument financier qui donnait aux communes un véritable levier d'action disparaît.

C'est précisément ce que je souligne dans ma réponse à la consultation: les ordonnances définissent l'architecture du financement, mais ne précisent pas comment les communes exerceront à l'avenir leurs responsabilités sur le terrain. Qui définira le mandat de prestations lorsque le budget communal ne constituera plus la base de négociation? Il ne s'agit pas d'une critique de la réforme. Il s'agit d'une mission structurelle que personne n'a encore prise en charge de manière systématique.

Ce qui compte désormais

Les communes qui ne redéfinissent pas leur rôle hériteront de structures qu'elles ne pourront plus véritablement piloter. Les conseils d'administration qui prennent aujourd'hui des décisions d'investissement sans analyser la substitution vers l'ambulatoire inscrivent un risque durable à leur bilan. Les organismes de soins qui considèrent les nouvelles exigences en matière de comptabilité analytique et de données comme une simple charge administrative se retrouveront, en 2031, à la table des négociations sans disposer d'une base factuelle solide.

Il ne s'agit pas de scénarios catastrophes. Il s'agit de décisions de gouvernance insuffisamment anticipées, qui paraîtront évidentes avec le recul et qui peuvent encore être évitées aujourd'hui.

La consultation sur les ordonnances d'application de l'EFAS se poursuit jusqu'au 8 juillet 2026. C'est la dernière occasion d'intégrer ces questions en suspens dans le processus législatif.

[Dominik Moser](#) est économiste de la santé, Interim Executive et membre d'un conseil d'administration dans le secteur de la santé. Il mène des recherches sur les systèmes de santé à la Faculté de médecine de l'Université de Saint-Gall.

Die Schweiz wappnet sich für Hitzesommer

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 26.06.2026

Es wird heisser im Land – Spitäler, Städte, Verkehr, Landwirtschaft und Tourismus müssen damit umgehen.

Renato Schatz, Tobias Gafafer, Andri Rostetter, Daniel Gerny, David Vonplon

Jeder einzelne Tag fühlt sich derzeit extrem heiss an, doch ausserordentlich ist vor allem die Kombination der rekordhohen Temperaturen mit der andauernden Serie von Hitzetagen bereits im Frühsommer. In diesem Ausmass war dies letztmals 2003 der Fall. Auffällig ist gleichzeitig, dass sich Hitzeperioden häufen: So galt schon der Juni 2025 bislang als der zweitwärmste seit Messbeginn 1864. Und bereits 2022 wurden im selben Monat Spitzenwerte gemessen.

Diese Dynamik bleibt bestehen. Bis Mitte Jahrhundert muss in der Schweiz gemäss den Klimaszenarien des Bundes je nach Lage mit 3 bis 17 zusätzlichen Hitzetagen (Tage mit mindestens 30 Grad) pro Jahr gerechnet werden. Der klimabedingte Anpassungsdruck steigt in vielen Bereichen. Ein Überblick.

In den Spitälern wird Kühlung zum grossen Thema. Die Spitäler und Kliniken haben gleich doppelt mit der Hitze zu kämpfen. Zum einen steigt mit den Temperaturen die Belastung für die Patienten. Vor allem ältere und chronisch kranke Menschen leiden häufig an hitzebedingten Komplikationen, aber auch Säuglinge und Kleinkinder sind gefährdet. Zum anderen leidet das Personal, wie eine Untersuchung des Schweizerischen Tropen- und Public-Health-Instituts (Swiss TPH) von 2025 zeigt. 70 Prozent der Mitarbeitenden empfanden die Hitze im vergangenen Jahr als ziemlich bis sehr belastend.

«Für unser Fachpersonal bedeutet Hitze eine doppelte Belastung», sagt Caroline Johnson, Mediensprecherin des Universitätsspitals Basel. «Die Mitarbeitenden versorgen Hitzepatienten, arbeiten dabei aber ortsgebunden in den Stationen, teilweise in Schutzkleidung.» Das Spital begegnet dem mit Ventilatoren, kühlen Pausenräumen, längeren Öffnungszeiten im Personalrestaurant und mobilen Klimageräten. Letztere würden jedoch wegen des hohen Stromverbrauchs und der hygienischen Anforderungen nur in Ausnahmefällen eingesetzt.

In vielen Institutionen fehlen aber Schutzmassnahmen gegen die Hitze. Fast 40 Prozent berichten laut der Untersuchung von Swiss TPH in der ambulanten Pflege von fehlenden Massnahmen, in Spitälern und Kliniken sind es sogar 60 Prozent. Häufig sind veraltete Gebäude das Hauptproblem. Einzelne Spitalbauten stammen aus dem vorletzten Jahrhundert und entsprechen klimatechnisch nicht den neuesten Anforderungen.

Ein Beispiel ist das Kantonsspital Aarau (KSA): Eines der ältesten Gebäude des Komplexes wurde 1887 gebaut. Für die Mitarbeitenden und die Patienten ist es jedoch der letzte Sommer in dem alten Haus. Anfang 2027 wird ein Neubau in Betrieb genommen. In den Böden und Decken fliesst Kühlwasser des regionalen Energieversorgers, um das Gebäude zu temperieren.

Dem KSA könnten bald weitere Spitäler folgen. Seit 2023 arbeitet der Bund an einer Standortbestimmung zur Umsetzung von Hitzeschutzmassnahmen im Gesundheitssektor. Ziel ist es, «bestehende Umsetzungslücken zu identifizieren und auf dieser Basis Empfehlungen für relevante Akteure zu

entwickeln», wie es im Konzept heisst. Für die Umsetzung verantwortlich sind letztlich die Besitzer der Spitäler – also in erster Linie die Kantone.

Den Städten steht eine historische Transformation bevor. Mit der Industrialisierung explodierte die Bevölkerungszahl in den Städten. Stadtmauern wurden eingerissen, um Platz für Wohnraum, Gewerbe, Strassen und Kanalisation zu schaffen. Darauf wurde der Städtebau stark ausgerichtet. Hundert Jahre später ist dies ein Grund, weshalb Städte infolge des Klimawandels zu Hitze-Hotspots werden: Beton, Asphalt und Stein speichern die Hitze wie ein Kachelofen. Gleichzeitig blockiert die dichte Bebauung die Frischluftzufuhr aus dem Umland. Kommt es zu mehreren Hitzetagen in Folge, kühlen die Städte immer weniger ab – es kommt zum Hitzeinsel-Effekt. In Aussersihl sind die Temperaturen in Tropennächten beispielsweise um bis zu vier Grad höher als am Ufer des Zürichsees.

So krass sich die aktuelle Hitzeperiode anfühlt: Die Stadt Zürich rechnet damit, dass sich die Zahl der Hitzetage bis 2060 verdoppelt. Mit dem Klimawandel müssen die Städte ihren Fokus deshalb komplett neu ausrichten. Klar ist: Mit Schattendächern, Trinkwasserbrunnen und Klimaanlage allein ist es nicht getan. Überall in Europa werden derzeit Planungsrichtlinien und Baugesetze geändert, um auf das Stadtklima einzuwirken, auch im Kanton Zürich: Seit 2024 können die Gemeinden bei Bauprojekten verbindliche Vorgaben zur Minderung der Hitze, Durchlüftung und Begrünung machen. Zudem investiert die Stadt in die Schwammstadt-Infrastruktur: Anders als in der industriellen Stadt soll Regenwasser nicht mehr möglichst schnell abfliessen, sondern im Boden gespeichert werden und dann über neu gepflanzte Bäume verdunsten.

Die Überlegungen gehen aber noch viel weiter – es geht nämlich um die Frage, wie und wo neue Quartiere und Gebäude gebaut und gestaltet werden müssen, damit es kühler wird. Stuttgart hat beispielsweise sogenannte Frischluftschneisen in die Stadtplanung aufgenommen. Die gesamte Bebauung wird so gesteuert, dass kühle Luft von den Hängen rund um die Stadt ins Tal strömen kann. Freiflächen werden dafür geschützt oder sogar extra geschaffen. In der Schweiz gilt das Zwhatt-Areal in Regensdorf als Vorzeigeprojekt: Bei diesem neuen Stadtquartier wurden die Gebäude gestützt auf Analysen so angeordnet, dass die Luft zirkulieren kann.

Hitze beeinträchtigt den Bahnverkehr. Auch den Bahnen machen die Temperaturen zu schaffen. Bei den SBB kam es in den vergangenen Tagen zu einigen hitzebedingten Störungen an Zügen und der Infrastruktur.

Besonders folgenschwer war ein Vorfall am Sonntag auf der Neubaustrecke Mattstetten–Rothrist, wo ein Interregio-Zug (IR) mit rund 500 Passagieren aufgrund eines Fahrzeugdefekts blockiert blieb, wie ein Sprecher der SBB auf Anfrage bestätigte. Schliesslich musste der IR auf offener Strecke mit einem nachfolgenden Zug evakuiert werden. Probleme machten auch die Schienen: Auf der erst kürzlich sanierten Strecke zwischen Solothurn und Moutier, die von der BLS betrieben wird, verformten sich am Dienstag hitzebedingt die Geleise. Ausserdem kam es bei den SBB zu vereinzelten Ausfällen von Klimaanlage. Doch das Rollmaterial ist gemäss einem Sprecher grundsätzlich für hohe Temperaturen ausgelegt und entsprechend geprüft. Im Störfall werden betroffene Wagen oder ganze Züge ersetzt, damit man die defekten Aggregate in den Serviceanlagen austauschen kann.

Mit präventiven Massnahmen und gutem Unterhalt ist es möglich, die Störungen beim Rollmaterial und der Infrastruktur zu reduzieren. Wo nötig, kühlen die SBB etwa Geleise mit Wasser. Trotzdem rechnen sie wegen der anhaltend hohen Temperaturen weiterhin mit punktuellen Einschränkungen.

In der Landwirtschaft wird Bewässerung immer wichtiger. Auch die Bauern stellt die andauernde Hitze vor erhebliche Probleme. Solange bewässert werden könne, bleibe die Lage zwar grundsätzlich beherrschbar, sagt Matija Nuic, Direktor des Verbands Schweizer Gemüseproduzenten. Doch erste Engpässe zeigten sich bereits. So gibt es in diversen Kantonen Einschränkungen bei der Wasserentnahme, etwa in St. Gallen, Thurgau, Freiburg und Waadt.

Ob ein Betrieb genügend Wasser zur Verfügung hat, hängt laut Nuic stark von der jeweiligen Infrastruktur ab: Manche Produzenten verfügten über eigene Reservoirs, andere über Entnahmerechte bei Seen und Flüssen oder über einen Anschluss ans Trinkwassernetz. Wenn Wasser knapp werde, stelle sich rasch die Frage, welche Kulturen prioritär versorgt werden könnten.

Bewässerung bedeutet zudem Mehrarbeit: Anlagen müssen umgestellt, Leitungen verlegt und Sprinkler eingerichtet werden. «Viele Produzenten arbeiten derzeit von früh bis spät», sagt Nuic. Auch seien erste Hitzeschäden an Kulturen sichtbar. Bei Blumenkohl verursache zu starke Sonneneinstrahlung Qualitätsschäden; bei Eisbergsalat könne es zu Innenbrand kommen, bei dem das Gemüse von innen zu faulen beginne. Wie gross das Ausmass der Schäden sei, werde sich erst in den nächsten Wochen zeigen.

Gemäss der Versicherung SH Group (Schweizer Hagel) halten sich die Schäden bis jetzt in Grenzen. «Die landwirtschaftlichen Kulturen präsentierten sich insgesamt noch in einem guten Zustand», sagt der CEO Adrian Aebi. Ob die Kombination aus Trockenheit und Hitze zu grösseren Ernteaussfällen führe, hänge stark von der weiteren Wetterentwicklung ab. Die verfügbaren Modelle stimmten ihn wenig optimistisch.

Besonders gefährdet sind laut Aebi Kulturen, die im Frühling gesät oder gepflanzt worden sind und nicht bewässert werden können – etwa Mais, Zuckerrüben oder Kartoffeln. «Ihnen setzt weniger die Hitze allein zu, sondern die anhaltende Trockenheit.» Pflanzen könnten auf Hitze reagieren, indem sie die Fotosynthese drosselten und in den Überlebensmodus schalteten. Dann wüchsen sie allerdings nicht weiter und lagerten keine Nährstoffe ein. Gerade bei Kartoffeln oder Zuckerrüben könne das erhebliche Ertragseinbussen verursachen.

Bewässerung ist laut Aebi nur ein Teil der Antwort auf solche Wetterlagen. Entscheidend seien ebenso das Produktionssystem, die Bodenbeschaffenheit, die Wahl geeigneter Kulturen und Sorten sowie der richtige Saatzeitpunkt. «Solche Anpassungen benötigen aber viel Zeit und müssten angesichts des Klimawandels intensiviert werden.» Dass höhere Temperaturen der Landwirtschaft auch neue Chancen eröffneten, bezweifelt Aebi. Die Produktionssysteme hätten sich über sehr lange Zeit an das bisherige Klima angepasst. Die rasch voranschreitenden Veränderungen setzten diese Systeme nun massiv unter Druck, zugleich könnten eingeschleppte Schädlinge und invasive Pflanzenarten profitieren. «Gewinner gibt es keine», sagt er.

Der Tourismus profitiert dank dem «Coolcation»-Trend. Der hiesige Tourismus scheint von der Hitzewelle zu profitieren. Zu diesem Schluss könnte kommen, wer Lien Burkard von Schweiz Tourismus zuhört. «In der Schweiz sind die Wege kurz. Man ist schnell in den Bergen», sagt sie. Bergdestinationen wie die Aletsch-Arena im Wallis oder Lenzerheide in Graubünden würden immer mehr Gäste empfangen, die Bergfrische und Abkühlung suchten.

Arosa Tourismus wirbt aktiv mit der Hitze – beziehungsweise damit, dass diese woanders sei. Der neueste Slogan lautet: «37 Grad. Aber nur der Neigungswinkel des Liegestuhls.» Sommerferien an kühleren Orten, die sogenannte Coolcation, sind ein touristischer Trend, der die Schweiz noch attraktiver machen könnte. Burkard sagt: «Die Berge waren schon immer einer der Hauptgründe für unsere Gäste, in die Schweiz zu kommen.» Insofern ist der Schweizer Tourismus relativ hitzeunempfindlich. Laut Burkard wird Schweiz Tourismus zusammen mit den Städten während der warmen Monate vermehrt kühle Orte bewerben. Zum Beispiel Museen oder Gewässer, in denen man hierzulande auch baden könne. «Anders als in vielen Städten im Ausland.»

Mit 44 Millionen Logiernächten hat Schweiz Tourismus im vergangenen Jahr einen neuen Rekord aufgestellt. Es sieht nicht so aus, als würde die Schweiz Gefahr laufen, wegen der Hitze Gäste zu verlieren.

In den Städten speichern Beton, Asphalt und Stein die Hitze wie ein Kachelofen. Gleichzeitig blockiert die dichte Bebauung die Frischluftzufuhr aus dem Umland.



Die Sonne brennt auch auf dem Sechseläutenplatz in Zürich. Sonnenschirme bieten ein wenig Schutz. Christoph Ruckstuhl / NZZ

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

La Poste se retire du dossier électronique du patient

 RTS La 1ère | 25.06.2026

La Poste se retire du dossier électronique du patient (DEP) actuel pour se concentrer sur le futur dossier électronique de santé (DES). Sa plateforme sera exploitée jusqu'à fin 2026. Cette décision concerne principalement les cantons alémaniques.

Le changement de cap annoncé par le Conseil fédéral dans la numérisation des données de santé a profondément modifié le marché, indique jeudi La Poste. Depuis l'annonce du futur dossier électronique de santé (DES), appelé à remplacer le dossier électronique du patient (DEP), hôpitaux, cabinets médicaux et particuliers se montrent de plus en plus réticents à adopter la solution actuelle. Les partenaires et clients potentiels hésitent à introduire le DEP ou à poursuivre son utilisation, tandis que l'ouverture de nouveaux dossiers par les particuliers est en recul.

DEP maintenu jusqu'à fin 2026

Dans ce contexte, les actionnaires de Post Sanela Health AG ont décidé de dissoudre la communauté de référence Sanela fin 2026. La Poste exploitera toutefois sa plateforme DEP jusqu'à cette échéance afin d'assurer la transition.

La Poste entend désormais mettre son expérience au service du futur DES, dont le projet de loi est en discussion au Parlement. Cette réorientation entraînerait la suppression d'environ 37 équivalents plein temps à La Poste et chez Sanela. Les utilisateurs pourront migrer leurs données d'ici à fin 2026.

CARA prête à prendre le relais

L'annonce de jeudi concerne surtout les cantons alémaniques, qui avaient bâti leur stratégie autour de l'infrastructure de La Poste. En Suisse romande, les cantons de Fribourg, Genève, Jura, Valais et Vaud s'appuient sur CARA, une des communautés de références certifiées par la Confédération en charge du dossier électronique du patient. Cara estime que le retrait du géant jaune ne remet pas en cause l'avenir du dossier électronique du patient. Elle se dit prête à accueillir les utilisateurs de La Poste afin d'assurer la continuité du service durant la transition vers le futur dossier électronique de santé.

Seul canton romand à avoir sa propre plateforme de gestion de données médicales, le canton de Neuchâtel indique analyser tous les scénarios afin d'assurer la continuité de Mon Dossier Santé, au-delà du 31 décembre 2026. Il assure que le service reste pleinement opérationnel, que les données des utilisateurs demeurent sécurisées et qu'une information personnalisée leur sera prochainement adressée.

ats/edel

 Commencer l'audio, durée: 00:24

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Grösste EPD-Anbieterin zieht den Stecker

 [Medinside \(de\)](#) | 25.06.2026

Die Post löst ihre Stammgemeinschaft Ende 2026 auf und richtet ihren Fokus auf das künftige elektronische Gesundheitsdossier.

Die Post steigt aus dem Betrieb des elektronischen Patientendossiers (EPD) aus. Wie das Unternehmen mitteilt, wird die EPD-Plattform nur noch bis Ende 2026 betrieben. Danach richtet die Post ihren Fokus auf das geplante elektronische Gesundheitsdossier (E-GD), das der Bund derzeit vorbereitet.

Vom Entscheid betroffen sind rund 70'000 Nutzerinnen und Nutzer der Post-Plattform. Sie können ihr elektronisches Patientendossier bis Ende 2026 wie gewohnt weiter nutzen. Anschliessend sollen die Daten in die Post-App migriert werden können. Darüber will die Post nach eigenen Angaben weiterhin eine geschützte Kommunikation mit medizinischen Fachpersonen ermöglichen.

Als Grund für den Rückzug nennt die Post die vom Bundesrat angekündigte Neuausrichtung der digitalen Gesundheitsdaten. Seit der Ankündigung des elektronischen Gesundheitsdossiers sei die Nachfrage nach dem heutigen EPD deutlich zurückgegangen. Spitäler, Arztpraxen und weitere Gesundheitsinstitutionen zeigten sich bei der Einführung oder Weiterführung des bestehenden Systems zunehmend zurückhaltend. Auch immer weniger Privatpersonen eröffneten neue Patientendossiers.

Die Post Sanela Health AG, die als grösste Anbieterin des elektronischen Patientendossiers in der Schweiz gilt, löst ihre Stammgemeinschaft deshalb per Ende 2026 auf. Gleichzeitig will die Post ihre Erfahrungen und technischen Kompetenzen in die Entwicklung des künftigen elektronischen Gesundheitsdossiers einbringen. Der entsprechende Gesetzesentwurf wird derzeit im Parlament beraten.

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Arme gehen häufiger zum Arzt

 CH Media national | 24.06.2026

Gesundheit - Menschen mit tieferem Einkommen beanspruchen ärztliche Angebote deutlich häufiger als Besserverdienende. Das zeigt ein neuer Bericht, den die Universität Basel im Auftrag des Krankenversicherers Helsana erarbeitet hat. Demnach sind ärmere Menschen häufiger von chronischen Krankheiten und Schmerzen betroffen. Auch bei Depressionen ist der Anteil in der tiefsten Einkommenskategorie rund dreimal so hoch wie in der höchsten.

Gleichzeitig nehmen Personen, die in einkommensschwachen Haushalten leben, seltener Vorsorgeangebote wahr – selbst dort, wo diese kostenlos sind. Das zeigt sich beispielsweise bei der Früherkennung von Darmkrebs.

Der Krankenversicherer Helsana fordert, dass Vorsorgeangebote verbessert und allen Bevölkerungsschichten zugänglich gemacht werden. Auch solle die Mindestfranchise angepasst werden. (jus)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

GE – La canicule a mis à rude épreuve les urgences des hôpitaux ce week-end

 RTS 1 | HUG | 28.06.2026

Les urgences gériatriques de Genève, qui appartiennent aux HUG, ont fait face à une augmentation de plus de 50% de patients durant ce dernier week-end de juin, pour la plupart des personnes âgées déshydratées.

"Quand on a une déshydratation chez la personne âgée, ça décompense tout un tas d'autres problèmes et de maladies chroniques. On a plus de malaises, plus de chutes. Tout cet équilibre fragile qui fonctionnait bien à la maison est déglissé à cause de cette déshydratation", explique la doctresse Véronique Trombert, des urgences gériatriques de Genève. Du côté des urgences des HUG, le service a dû faire face à une augmentation de plus de 10% des consultations. "On a passablement de jeunes personnes qui font du sport et qui se blessent, font des malaises, ont des pertes de connaissance liées à la déshydratation", relate le docteur Hervé Spechbach, responsable des urgences ambulatoires aux HUG.

La chaleur n'affaiblit d'ailleurs pas que le corps. D'après le docteur Spechbach, les urgences des HUG observent qu'il y a également beaucoup plus de consultations psychiatriques, d'anxiété, de personnes dépressives, d'idées suicidaires ou de décompensations.

 [Commencer la vidéo, durée: 02:28](#)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

AG – Asana Spital Leuggern: Regionalspital schreibt wieder Gewinn

 Aargauer Zeitung - Hauptausgabe | Asana Spital Leuggern | 26.06.2026

Das Asana Spital Leuggern hat ein erfolgreiches Geschäftsjahr hinter sich. Gleichzeitig wird das zweite Spital der Gruppe geschlossen.

Stefanie Garcia Lainez

Nach zwei Jahren schreibt das Asana Spital Leuggern wieder schwarze Zahlen. Das gute Geschäftsjahr wird aber von der Nachricht getrübt, dass das Spital in Menziken, das ebenfalls zur Asana-Gruppe gehört, wegen der angespannten wirtschaftlichen Lage schliesst. Fast 150 Personen verlieren ihren Job (diese Zeitung berichtete).

Das Spital in Menziken wird geschlossen. Wie ist die Stimmung in Leuggern?

«In erster Linie gilt unser Mitgefühl den Mitarbeitenden in Menziken», sagt die Leuggerner Spitaldirektorin Simone Machado. «Für viele von ihnen ist die Situation sehr belastend.»

Die Nachricht aus dem Oberen Wynental habe die Mitarbeitenden in Leuggern verständlicherweise bewegt. «Gleichzeitig spüren wir aber auch eine grosse Identifikation mit dem Standort Leuggern», sagt Machado weiter. «Unsere Mitarbeitenden wissen, dass sich unser Spital in den vergangenen Jahren sehr positiv entwickelt hat.» Diese Entwicklung gebe Sicherheit und Motivation, den eingeschlagenen Weg gemeinsam weiterzugehen.

Welche Auswirkungen hat die Schliessung auf Leuggern?

Der Betrieb in Leuggern wird unverändert, ohne Einschränkungen und im bisherigen Umfang weitergeführt. «Dank der positiven Entwicklung der vergangenen Jahre, einer guten wirtschaftlichen Ausgangslage sowie der starken regionalen Verankerung sehen wir dem Standort Leuggern zuversichtlich entgegen», sagt Machado.

Die sogenannten Shared Services, also gemeinsam genutzte Dienste, müssen laut der Spitaldirektorin aber überprüft und organisatorisch neu aufgestellt werden. «Diese Umstrukturierung ist notwendig, um die unterstützenden Funktionen auch künftig stabil, effizient und bedarfsgerecht für den Standort Leuggern sicherzustellen.» Gleichzeitig sollen die bestehenden Kooperationen weiter ausgebaut und neue Partnerschaften geprüft werden.

Stellt das Spital Leuggern auch in zehn Jahren die Grundversorgung sicher?

«Eine Garantie für zehn Jahre kann im heutigen Gesundheitswesen niemand seriös abgeben», sagt Simone Machado. «Was wir aber sagen können: Das Asana Spital Leuggern verfügt heute über eine solide wirtschaftliche Basis, steigende Patientenzahlen, ein starkes medizinisches Angebot und ein grosses Vertrauen in der Bevölkerung.» Genau diese Faktoren seien entscheidend, um die Grundversorgung langfristig sicherzustellen.

Wie viel Gewinn hat das Spital Leuggern 2025 erzielt?

2023 rutschte das Regionalspital mit einem Verlust von 2,115 Millionen Franken in die roten Zahlen. Ein Jahr später schrieb das Spital ein Minus von 884'000 Franken. In diesem Jahr schrieb das Spital wieder einen Gewinn von 127'000 Franken – und konnte sich somit gegenüber dem Vorjahr um rund eine Million Franken verbessern.

Was sind die Gründe für dieses erfolgreiche Jahr?

Für Simone Machado ist klar: «Das gute Ergebnis ist das Resultat einer konsequenten Entwicklung über mehrere Jahre. Besonders erfreulich war die erneut steigende Nachfrage nach unseren Leistungen – im stationären und insbesondere auch im ambulanten Bereich.» Ein wesentlicher Erfolgsfaktor sei zudem das nachhaltige Versorgungsmodell mit Chefärzten und Belegärzten. «Dieses verbindet Kontinuität, medizinische Kompetenz und eine enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden Hausärztinnen und Hausärzten.» Hinzu komme die konsequente Weiterentwicklung des Leistungsangebots und der ambulanten Medizin.

Ebenso entscheidend seien die engagierten Mitarbeitenden, die hohe Behandlungsqualität, die moderne Infrastruktur sowie das grosse Vertrauen der Bevölkerung und der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte in das Leuggemer Spital. «Diese Faktoren haben in den vergangenen Jahren zu einer positiven Entwicklung der Fallzahlen beigetragen und bilden auch künftig die wichtigste Grundlage für den Erfolg unseres Standorts.»

Wie steht das Leuggemer Spital finanziell da?

Der Betriebsertrag wuchs um 2,5 Millionen auf neu 54,2 Millionen Franken. Und auch die sogenannte Ebitda-Marge ist gestiegen – von 5,1 auf 7,2 Prozent. Diese Kennzahl steht für das Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Miete. Liegt sie zwischen 8 und 10 Prozent, können langfristige Investitionen gedeckt werden. Die finanzielle Basis des Spitals bleibt laut einer Mitteilung mit einem Eigenkapital von rund 32 Millionen Franken und flüssigen Mitteln von 13,2 Millionen Franken weiterhin sehr solide.

Wie viele Patienten behandelte das Spital 2025?

Sowohl die stationären als auch die ambulanten Fälle haben erneut zugelegt. Erstere stiegen um 2,7 Prozent auf rund 4750 Fälle, Letztere gar um 29 Prozent auf fast 20'150 Fälle. Hinzu kamen 8249 Notfallbehandlungen und 607 Geburten.

Woher stammen die Patientinnen und Patienten?

Der überwiegende Teil stammt aus dem Zurzibiet und den angrenzenden Regionen des Kantons Aargau. «Gleichzeitig dürfen wir aufgrund unseres medizinischen Angebots und unseres guten Rufs auch Patientinnen und Patienten aus den umliegenden Kantonen begrüßen», sagt Simone Machado. «Besonders unsere Geburtshilfe wird zudem von zahlreichen Familien aus dem süddeutschen Raum geschätzt.»

Welchen Herausforderungen steht das Spital gegenüber?

Die Rahmenbedingungen für die Schweizer Spitäler bleiben gemäss einer Mitteilung anspruchsvoll. Steigende Anforderungen, der Fachkräftemangel sowie ein weiterhin unzureichend finanziertes Tarifsystem stellen vor allem kleinere und mittlere Spitäler vor grosse Herausforderungen. Gleichzeitig sieht das Asana Spital Leuggern laut Machado in diesen Veränderungen auch Chancen. «Kooperationen, neue Versorgungsmodelle und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsinstitutionen werden künftig weiter an Bedeutung gewinnen.»

Damit das Spital Leuggern den unverzichtbaren Versorgungsauftrag – insbesondere in der Grund- und Notfallversorgung – weiter füllen kann, braucht es laut Machado langfristig verlässliche Tarife, eine angemessene Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie den politischen Willen, die wohnortsnahe Gesundheitsversorgung nachhaltig zu sichern. «Die jüngsten Aussagen von Gesundheitsdirektor Gallati zur Bedeutung der Regionalspitäler unterstreichen diese Verantwortung.»

«Das Asana Spital Leuggern verfügt heute über eine solide wirtschaftliche Basis.» - Simone Machado, Spitaldirektorin

ZH – Stadtspital Zürich setzt Roboter ein

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | Stadtspital Zürich | 26.06.2026

Die Geräte übernehmen vor allem nächtliche Transportaufgaben.

Das Stadtspital Zürich setzt künftig dauerhaft auf autonome Transportroboter. Vier Geräte, die seit Anfang 2023 am Standort Triemli im Pilotbetrieb laufen, sollen ab dem 1. Januar 2027 fest in den Spitalbetrieb integriert werden. Wie der Stadtrat mitteilt, beantragt er dem Parlament dafür wiederkehrende Ausgaben von jährlich 303 000 Franken.

Die Roboter übernehmen nächtliche Transportaufgaben, die bisher Pflegepersonal und Logistikmitarbeitende belasteten: Sie versorgen verschiedene Gebäudeteile selbständig mit Verbrauchsmaterialien und Textilien und transportieren Entsorgungsgüter zurück. Konkret entfällt damit das manuelle Schieben von rund 200 Kilogramm schweren Transportwagen – eine körperlich anspruchsvolle Arbeit, die bislang dem Personal zufiel. Weil die Fahrten in die Nachtstunden verlagert werden, entlasten die Geräte tagsüber auch Liftanlagen und Korridore, was Wartezeiten für Mitarbeitende und Patienten reduziert.

Die Evaluation des Pilotbetriebs fällt eindeutig aus: Die Technologie funktioniert zuverlässig, alle gesetzten Ziele seien erreicht worden, schreibt der Stadtrat. Verbrauchsmaterialien und Textilien stünden jeden Morgen rechtzeitig bereit – ein Kriterium, das im Spitalbetrieb mit seinen engen zeitlichen Abläufen besonderes Gewicht hat.

Stadtrat Andreas Hauri, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements, wertet das Projekt als Beleg dafür, dass digitale Lösungen im Spitalalltag konkret wirken: Die Roboter entlasteten die Mitarbeitenden, vereinfachten Abläufe und schufen mehr Zeit für die eigentlichen Kernaufgaben. Er sieht darin zugleich einen Baustein der Strategie 2030, mit der das Stadtspital Zürich seine Betriebsprozesse modernisieren will.

Für den Dauerbetrieb sollen die vier Roboter weiterhin gemietet werden. Diese Entscheidung folgt einer pragmatischen Logik: Im Mietmodell kann das Spital technologische Weiterentwicklungen berücksichtigen und muss Wartung sowie Betrieb nicht selbst sicherstellen. Die jährlichen Kosten von 303 000 Franken bedürfen der Genehmigung durch den Gemeinderat. **dfr.**

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

VD, VS – L'Hôpital Riviera-Chablais poursuit son objectif de retour à l'équilibre

 **Medinside (fr)** | HRC | 25.06.2026

L'institution entre Vaud et Valais améliore très légèrement son résultat et enregistre un déficit de 6,6 millions de francs pour l'année 2025.

L'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) poursuit ses efforts afin de redresser sa situation financière, sans toutefois atteindre les objectifs qu'il s'était fixés pour 2025. Si le déficit se stabilise et que l'activité continue de croître, l'établissement hospitalier, situé entre Vaud et le Valais, fait encore face à d'importants défis financiers.

«Dans un contexte de maîtrise des finances publiques, l'HRC a été amené à engager des démarches d'optimisation budgétaire», rappelle Delphine Michaud, présidente de la Commission interparlementaire de contrôle, à l'occasion du rapport annuel 2025.

L'établissement affiche un résultat consolidé de - 6,6 millions de francs en 2025, un résultat très proche de celui de 2024 (- 6,7 millions), mais dans la continuité des progrès réalisés depuis 2023 (- 12,6 millions). Le budget visait toutefois un déficit limité à 5,6 millions. Les résultats sont donc en deçà des attentes, «principalement en raison d'une activité qui n'a pas atteint les volumes espérés», explique Olivier Hugo, directeur de l'administration et des finances de l'HRC.

Objectif: un retour à l'équilibre financier en 2028, avec une marge d'EBITDA comprise entre 5 et 6%. En 2025, celle-ci recule légèrement, passant de 3,9% à 3,6%.

Chiffre d'affaires en progression

Les revenus poursuivent néanmoins leur progression. Le chiffre d'affaires enregistre une hausse de 4,1% par rapport à 2024, pour atteindre près de 393 millions de francs en 2025.

Cette hausse s'accompagne toutefois d'une augmentation des charges, notamment des salaires, des honoraires, des consommables médicaux et des autres frais d'exploitation.

L'HRC souligne en revanche les effets du programme d'efficience «CARE»: celui-ci a permis de générer 4,8 millions de francs d'économies en 2025, dépassant donc ses objectifs de 39%.

Hausse générale de l'activité

Alors que la tendance est à la baisse dans plusieurs autres hôpitaux suisses, l'HRC enregistre une hausse de son activité de soins aigus stationnaires. Le nombre d'hospitalisations passe ainsi de 18'313 à 18'805 en l'espace d'un an. À noter toutefois: la durée moyenne de séjour diminue légèrement, passant de 5,3 en 2024 à 5,2 jours 2025. Parallèlement, le nombre de consultations ambulatoires poursuit sa forte croissance, passant de 355'142 à 376'872.

À l'inverse, l'activité de réadaptation stationnaire recule, avec 31'634 journées réalisées en 2025 contre 35'226 en 2024. Les hospitalisations d'une journée sont également en baisse. Autre évolution favorable: la durée moyenne d'occupation des lits de catégorie C, destinés aux patients en attente d'une place en EMS, diminue, passant de 17,2 à 15,52 jours. Ce type de prise en charge pèse encore sur le budget de nombreux hôpitaux.

Ces évolutions s'accompagnent du déploiement de nouveaux lits et de l'embauche de personnel supplémentaire. Fin 2025, l'HRC comptait ainsi 68 collaborateurs de plus qu'un an auparavant.

Investissements et concrétisation de projets

L'année 2025 a également été marquée par la concrétisation de plusieurs projets, parmi lesquels l'[ouverture d'une Stroke Unit](#), avec 334 patients pris en charge entre février et la fin de l'année 2025, dont 206 victimes d'un AVC ischémique.

L'hôpital a également lancé les travaux de [rénovation du site du Samaritain](#), à Vevey, afin d'y accueillir une nouvelle clinique de gériatrie et de réadaptation. Parmi les autres projets, citons l'acquisition d'un robot chirurgical Da Vinci, la mise en place d'un [système commun de surveillance des patients](#) avec l'Ensemble hospitalier de la Côte et le Centre hospitalier de Bienne, ainsi que l'obtention de la [certification](#) permettant d'accueillir des prématurés dès la 32ème semaine de grossesse.

Enfin, depuis le 1er novembre, la permanence médicale de la Riviera, à Vevey, est ouverte sept jours sur sept, contre cinq auparavant.

Treize signalements liés au harcèlement

Le rapport revient également sur le dispositif externe mis en place par l'HRC pour répondre aux situations de harcèlement, de sexisme et de discrimination.

Treize situations ont été signalées en 2025. Trois d'entre elles ont donné lieu à une enquête formelle ayant conduit à des sanctions. Quatre concernaient des comportements inappropriés de patients envers des collaborateurs et ont été transmis à la direction générale. Quatre autres cas, notamment de harcèlement moral ou de violences conjugales, ont été réorientés vers les instances compétentes. Enfin, deux personnes ont signalé des faits à leur hiérarchie sans poursuivre la démarche auprès du cabinet externe mandaté par l'institution. **jh**

GR – Gesundheitszentrum Unterengadin halbiert Defizit – Spital Scuol fast wieder in den schwarzen Zahlen

 [Medinside \(de\)](#) | Gesundheitszentrum Unterengadin, Ospidal Scuol | 26.06.2026

Steigende Patientenzahlen, geringe Personalfuktuation und ein deutlich besseres Resultat als budgetiert prägen den Jahresabschluss 2025 des Center da sandà Engiadina Bassa.

Das Gesundheitszentrum Unterengadin verbucht für 2025 einen Verlust von 1,45 Millionen Franken; im Vorjahr hatte das Minus bei 3,4 Millionen Franken gelegen. Das CSEB ist bekanntlich ein umfassendes – und deshalb viel beachtetes – Gesamtangebot mit Spitex, Rettungsdienst, Regionalspital, Rehaklinik, vier Pflegeeinrichtungen, einer Beratungsstelle und dem bekannten Wellnessbad in Scuol.

Im Vergleich zum Budget habe die Jahresrechnung um 2,7 Millionen Franken besser abgeschlossen, und sie sei sogar um 2,9 Millionen Franken besser als die Rechnung 2024, so die [Mitteilung der Direktion](#).

Das **Spital Scuol** betreute letztes Jahr 1'438 stationäre Patienten; dies waren 97 mehr als im Vorjahr (+7,2 Prozent). Die Zahl der ambulanten Konsultationen stieg um 7,4 Prozent. Im 20-Jahre-Vergleich – gemessen an 2005 – stieg die Zahl der stationären Patienten damit um 50 Prozent, die Zahl der ambulanten Fälle legte um 64 Prozent zu.

Der Anteil von zusatzversicherten Patienten blieb letztes Jahr bei 21 Prozent stabil. Der Case Mix Index des Spitals Scuol sank von 0.7803 auf 0.772, die mittlere Liegedauer lag mit durchschnittlich 3,7 Tagen im Schweizer Durchschnitt.

Das Betriebsergebnis des Spitals Scuol endete mit leicht roten Zahlen; der Verlust betrug rund 145'000 Franken. Gegenüber dem Abschluss 2024 bedeutete dies eine Verbesserung um 1'8 Millionen Franken (2024: minus CHF 1'948'064). Die Ebitda-Rate wird mit 3,9 Prozent ausgewiesen.

Speziell vermerkt die Geschäftsleitung die Fluktuationsrate beim Personal, die bei 7,8 Prozent liegt – also klar unter dem Durchschnitt im Gesundheitswesen.

[CSEB: Jahresbericht 2025](#)

BE – Spitäler FMI: Solides Jahresergebnis – «Freude verhalten»

 [Medinside \(de\)](#) | Spitäler fmi AG | 25.06.2026

Die Berner Spitalgruppe legte 2025 finanziell deutlich zu – bei weitgehend stabilen Patientenzahlen. Der positive Abschluss ist allerdings von Spezialeffekten geprägt.

Die Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG erzielte im letzten Jahr einen **Gewinn** von 5,8 Millionen Franken. Zum Vergleich: Im [Vorjahr](#) musste ein leichter Verlust von 45'000 Franken vermeldet werden. Und 2023 erzielte die Berner Gesundheitsgruppe einen Gewinn von 2,6 Millionen Franken.

Damit deutet sich auch hier – wie in so vielen Regionalspitälern – für 2025 ein sauberer Turnaround an. Auch die **Ebitda-Marge** erreichte überzeugende 9,0 Prozent nach 6,4 Prozent im Vorjahr.

Allerdings: «Die Freude darüber bleibt verhalten, denn für das positive Geschäftsergebnis sorgen vor allem ausserordentliche Erträge sowie verzögerte Projekte und Investitionen», teilt die FMI-Leitung mit.

Konkret erhöhten verschiedene ausserordentliche Erträge den Betriebsertrag um 5,3 Millionen Franken – kantonale Zahlungen für Aus- und Weiterbildungen, zusätzliche Subventionen für Psychiatrieleistungen sowie der Erlös aus dem Verkauf einer Liegenschaft.

Auf der anderen Seite stieg der Aufwand nicht im geplanten Umfang. Auch hier gibt es aber einen Wermutstropfen: Verschiedene Stellen blieben unbesetzt. «Es fehlen zudem Fachpersonen, um wichtige Projekte voranzutreiben, zum Beispiel in der Informatik», heisst es in der Mitteilung zum Jahresabschluss.

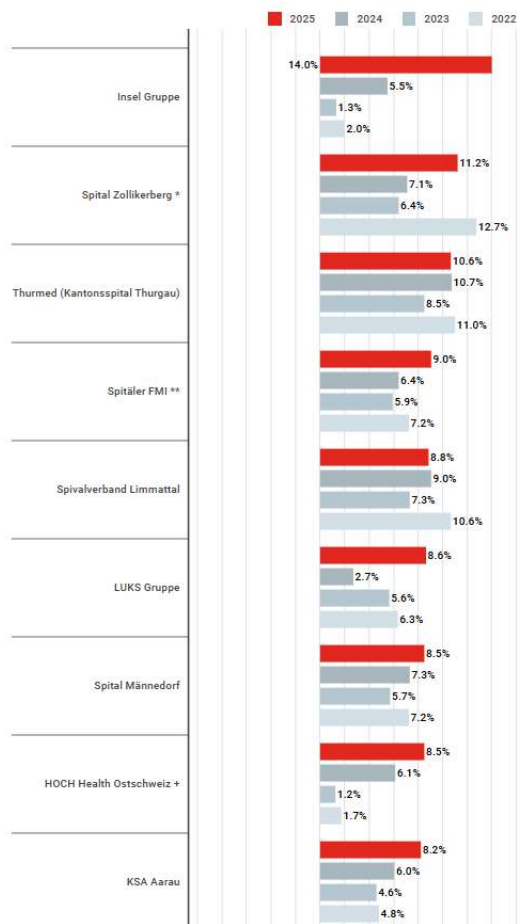
Insgesamt sank der **Personalbestand** also von 1'020 auf 968 Vollzeitstellen. Trotzdem lag der **Personalaufwand** leicht höher als im Vorjahr – er erreichte 120,9 Millionen Franken (Vorjahr: 120,5 Millionen).

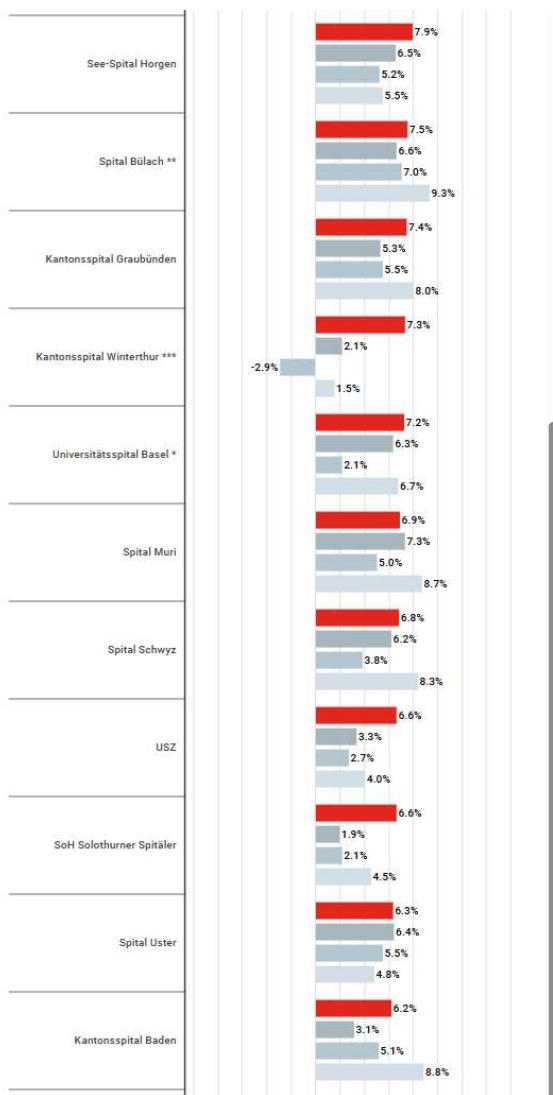
Die Patientenzahlen blieben indes weitgehend stabil. Die Spitäler FMI betreuten 9'850 **Fälle stationär** (Vorjahr: 9'870), leisteten 126'700 **ambulante Konsultationen** (Vorjahr: 128'100) und behandelten 20'700 **Notfälle** (Vorjahr: 20'200). Recht deutlich war die Zunahme der ambulanten **Konsultationen in der Psychiatrie** – um knapp 5 Prozent auf 55'200.

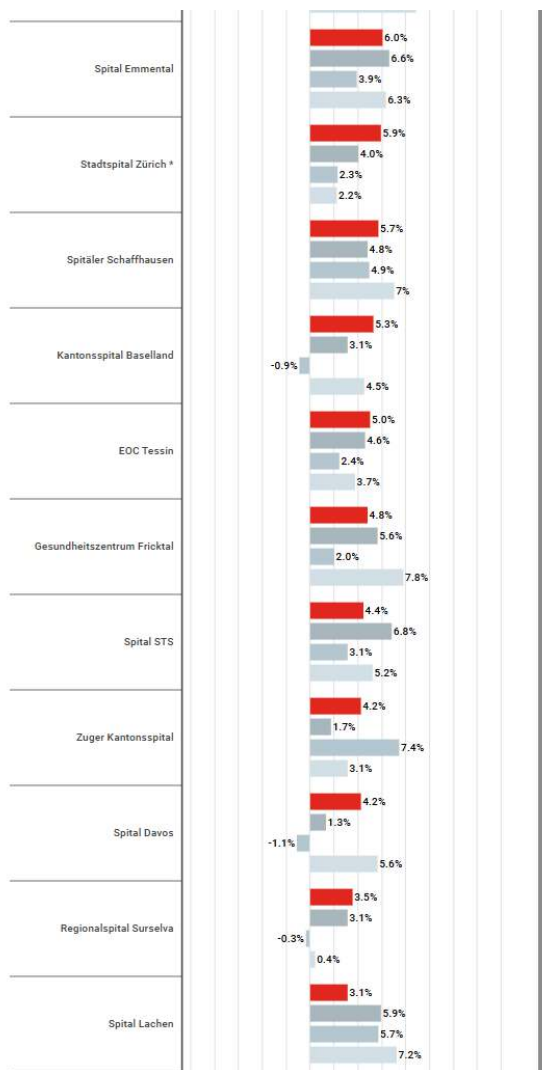
[Spitäler FMI: Geschäftsbericht 2025](#)

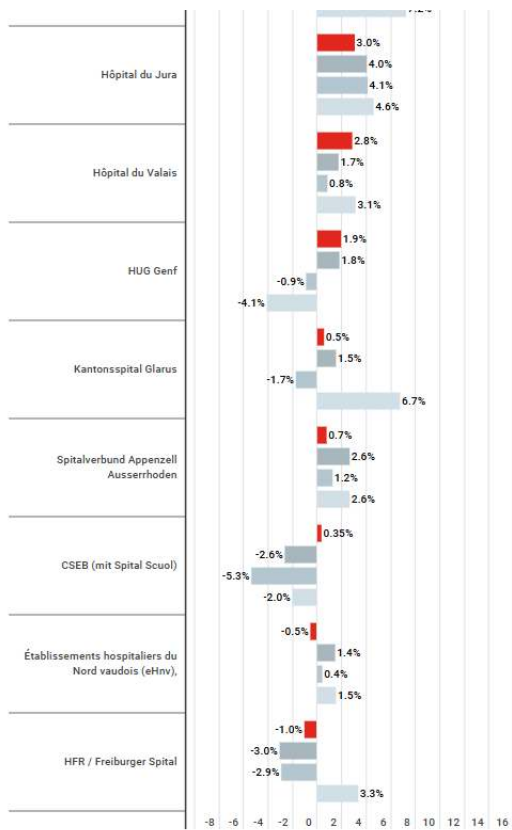
[Ganzer Artikel in pdf-Format](#)

Die Ebitda-Margen Schweizer Spitäler









Download data

* Ebitda-Marge
 ** Positive Einmaleffekte 2025 (FMI) und 2023 (Spital Bülach).
 *** Mit Tarifrückerstattungen: 12%
 + Bis Ende 2024: St. Galler Spitalverbunde – Quelle: Jahresberichte

Teilen

M MEDINSIDE

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

ZH – Klinik Lengg: Ergebnis unter Vorjahr, Wachstum im ambulanten Bereich

 Medinside (de) | 23.06.2026

Die Spezialklinik investierte im vergangenen Jahr in das neue Zentrum für ambulante Rehabilitation und Therapien. Der Gewinn sank auf 128'000 Franken.

Die Klinik Lengg hat das Geschäftsjahr 2025 mit einem Gewinn von 128'000 Franken abgeschlossen. Die betrieblichen Erlöse blieben mit 49,1 Millionen Franken praktisch auf Vorjahresniveau, während sich das operative Ergebnis (EBIT) mit 230'000 Franken gegenüber 428'000 Franken im Jahr 2024 verringerte.

Das Ebitda sank von 899'000 auf 747'000 Franken. Gleichzeitig stieg der Personalaufwand um knapp 2 Prozent auf 30 Millionen Franken. «Die budgetierte Ebitdar-Marge von 6,4 Prozent wurde dennoch übertroffen», schreibt die Klinik in ihrer Mitteilung.

Im Fokus des vergangenen Jahres standen der Ausbau ambulanter Angebote sowie Investitionen in Infrastruktur und Arbeitsbedingungen. Ein wichtiger Meilenstein war die Eröffnung des neuen Zentrums für ambulante Rehabilitation und Therapien (ZaR) in Zürich.

Mit dem Bezug des modernisierten Gebäudes habe die Klinik ihre ambulanten Kapazitäten gezielt erweitert, schreibt sie. Neue Therapieflächen und eine zeitgemässe Infrastruktur sollen die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern und die Attraktivität als Arbeitgeberin stärken.

Medizinische Schwerpunkte

Auch medizinisch setzte die auf Epileptologie, Neurorehabilitation und Schlafmedizin spezialisierte Klinik Schwerpunkte. So wurde das ambulante Angebot für psychosomatische Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen weiter ausgebaut.

Bigna Bölsterli verstärkt als Leitende Ärztin die pädiatrische Epileptologie. Mit ihrer schlafmedizinischen Expertise soll insbesondere die Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie gestärkt werden.

Parallel dazu führte die Klinik für das Pflegepersonal die Arbeitszeitmodelle «Flex» und «Superflex» ein, die mehr zeitliche Gestaltungsmöglichkeiten bieten sollen. Bereits bestehende Modelle wie reine Früh- oder Spätdienste oder Arbeitspläne ohne Nachtschichten bleiben bestehen.

Seit dem 1. Mai 2026 steht die Klinik Lengg unter der Leitung von **Bettina Wapf**. Gemeinsam mit den Mitarbeitenden und Partnern soll sie die Strategieperiode 2026 bis 2028 prägen und die weitere Entwicklung der Klinik vorantreiben.**ab**



Seit dem 1. Mai 2026 steht die Klinik Lengg unter der Leitung von Bettina Wapf (links). Julia Hillebrandt wechselte Anfang Jahr als CEO ans Kinderspital Zürich. Bild: zvg

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SG – Hoch Health Ostschweiz: Spital-Initiative scheitert in Bern

 St. Galler Tagblatt | Hoch Health Ostschweiz | 26.06.2026

Die Spitaltarife müssen besser werden: Dies verlangte eine St. Galler Initiative. Das Parlament sagt Nein.

Adrian Vögele

Die St. Galler Spitäler haben nach einer längeren Phase in den roten Zahlen erstmals wieder ein positives Ergebnis vorgelegt: 34,4 Millionen betrug der Gewinn, den das Spitalunternehmen Hoch Health Ostschweiz im Jahr 2025 erzielte. Die Verantwortlichen gaben bei der Präsentation der Zahlen im März aber zu verstehen: Die Finanzlage bleibt schwierig.

Ein längst bekanntes Problem sind die tiefen Tarife. Hoch-Verwaltungsratspräsident Stefan Kuhn sagte, es sei unverständlich, dass diese in der Ostschweiz deutlich schlechter seien als in der Westschweiz. «Wir sind in intensiven Verhandlungen. Am Ende müssen wir mit den Versicherern einig werden. Das ist ein hartes Geschäft.»

«Teuerung verschärft prekäre Situation»

Der St. Galler Kantonsrat sah bereits zuvor politischen Handlungsbedarf. Ende 2023 schickte er eine Standesinitiative der SP nach Bern, die verlangt, dass die Regeln für die Spitaltarife angepasst werden. Die bisherigen Tarife seien für manche Spezialisten und Kliniken attraktiv, während sich für alle grossen öffentlichen Spitäler, die auch unrentable Leistungen anbieten müssen, die für die Gesundheitsversorgung notwendig sind, Defizite ergäben. Die Initiative fordert, dass sich die Tarifsituation insbesondere für versorgungsrelevante Spitäler verbessert. Eine Anpassung an die Teuerung sei nötig, denn diese werde in den Tarifen nur stark verzögert abgebildet – das verschärfe die «prekäre Situation» zusätzlich.

Nebst SP, Grünen und GLP unterstützten Mitte und EVP die Initiative. Die Befürworterinnen und Befürworter setzten sich knapp durch. FDP und SVP waren dagegen. Sie verwiesen auf die Verhandlungen der Tarifpartner und hängige Gerichtsverfahren, die man abwarten müsse. Mitte-Kantonsrat Thomas Warzinek widersprach: «Das sind Verhandlungen ohne Ende.» Genau deshalb brauche es die Initiative.

Privatkliniken hätten keine Freude

Und in Bundesbern? Dort stiess die St. Galler Initiative auf Skepsis. Die meisten Bürgerlichen im Parlament sind der Meinung, man müsse die Finanzlage der Spitäler in umfassendem Zusammenhang anschauen. Das Anliegen der St. Galler Initiative isoliert zu verfolgen, ergebe keinen Sinn. Auch Befürchtungen der Privatkliniken traten zutage: Der Glarner FDP-Ständerat Benjamin Mühlemann, der auch den Klinikverband Ospita präsidiert, sagte, es sei falsch, «eine Unterscheidung zwischen versorgungsrelevanten und den

übrigen Spitälern zu machen». Den einen Spitälern gelinge effizientes und effektives Wirtschaften besser, den anderen gelinge es schlechter, «und das hat in der Regel nicht primär mit ihrer Versorgungsrelevanz zu tun».

Die Linke widersprach: «Es ist einfach nicht wahr, dass alle Spitäler die gleichen Voraussetzungen haben», sagte Flavia Wasserfallen (SP/BE). Die Endversorgerspitäler mit Notfallstation und 24/7-Betrieb seien besonders belastet. «Wir hören die ganze Zeit von Fällen, in denen Personen in Privatspitälern einen orthopädischen Eingriff vornehmen lassen.» Wenn es dann zu Unzeiten zu Komplikationen komme, dann würden diese Personen ein öffentliches Spital aufsuchen. Trotzdem: Der Ständerat lehnte die St. Galler Initiative ab.

Kantonsspital St. Gallen besonders im Fokus

Nun in der Sommersession war der Nationalrat am Zug. Barbara Gysi (SP/SG) verteidigte die Initiative und wies ausdrücklich auf die Situation in der Ostschweiz hin. Die Region habe ihre Hausaufgaben im Spitalwesen gemacht, mit Effizienzsteigerungen und dem Entscheid zur kantonsübergreifenden Planung. Dennoch sei es für die Spitäler schwierig, kostendeckend zu arbeiten. «Das Kantonsspital St. Gallen ist ein wichtiges Zentrumsspital, aber kein Universitätsspital.» Gerade für solche Spitäler sei es ein Problem, dass die Tarife nicht mit der Teuerung mithalten würden. Es gehe nicht darum, irgendwelche Spitalstrukturen zu erhalten, «sondern es geht um versorgungsrelevante Spitäler». Auch deren Vorhalteleistungen seien relevant, das habe die Coronazeit gezeigt. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterstütze die St. Galler Initiative.

Am Ende lehnte jedoch auch der Nationalrat die Initiative deutlich ab. Ja sagten nur SP, Grüne – sowie die drei Mitte-Nationalräte aus St. Gallen und dem Thurgau.



Die Ostschweiz ist anderen Regionen in der kantonsübergreifenden Spitalplanung voraus, die Spitaltarife bleiben aber ein Problem.
Bild: Benjamin Manser

Gleichentags erschienen in

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

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SG – Spital Altstätten: Ende Monat ist Schluss

 Der Rheintaler | 24.06.2026

Gesundheit - Das Spital Altstätten wird am 30. Juni geschlossen. Mit dem «Ambi» bleibt Health Ostschweiz im Rheintal präsent. Die wichtigsten Antworten zur Zukunft der medizinischen Versorgung im Tal.

Gianni Amstutz

Wie kam es dazu, dass das Spital Altstätten nun geschlossen wird?

Im Jahr 2020 beschloss der Kantonsrat, vier von insgesamt neun St. Galler Spitälern zu schliessen, darunter auch Altstätten. Hintergrund war ein strukturelles Defizit der Spitäler, das sich 2020 auf rund 70 Millionen Franken jährlich belief. Um die finanzielle Situation ins Lot zu bringen, sah es eine Mehrheit des Rats als unausweichlich an, einzelne Spitalstandorte zu schliessen. Dagegen gewehrt hatten sich im Kantonsrat einzig die SP sowie vereinzelte Mitglieder anderer Parteien.

Wann wird das Spital Altstätten geschlossen?

Am 30. Juni ist der offiziell letzte Tag des Spitals Altstätten. Dann endet die Geschichte, die 1868 mit der Gründung des Spitals Altstätten als Gemeindespital mit 24 Betten begann. Die Kosten für den Bau betrugen damals nur 44 000 Franken.

Was bedeutet die Schliessung des Spitals für die medizinische Grundversorgung in Altstätten und im Rheintal?

Da die Schliessung bereits schrittweise erfolgt ist, ändert sich am 1. Juli relativ wenig. So wurde etwa der nächtliche Notfall bereits im April 2025 eingestellt und die Abteilung Innere Medizin Ende Februar dieses Jahres nach Grabs verschoben. Ab 30. Juni werden alle weiteren stationären Angebote in Altstätten eingestellt. Dazu zählt unter anderem die Notfallaufnahme. Die Akutgeriatrie sowie die Palliativmedizin werden an den Standort Grabs verschoben.

Welche medizinischen Angebote bleiben nach der Spitalschliessung verfügbar?

Ein ambulantes Grundangebot bleibt im Spitalgebäude bestehen. Unter dem Namen «Ambi Altstätten» werden auf zwei Stockwerken chirurgische, orthopädische und internistische Sprechstunden sowie Therapie- und Beratungsdienste angeboten. Health Ostschweiz spricht nicht nur von einer Weiterführung des bestehenden ambulanten Angebots, sondern von einem teils gezielten Ausbau. Neu stünden der Bevölkerung beispielsweise onkologische Sprechstunden und Therapien direkt vor Ort zur Verfügung.

Wird die medizinische Versorgung – etwa bei Notfällen – weiterhin sichergestellt?

Health Ostschweiz schreibt in einer Mitteilung, dass die Rettung St. Gallen mit ihrem regionalen Stützpunkt in Kriessern unverändert präsent bleibt und in einem Notfall weiterhin schnell kompetente und zuverlässige Hilfe vor Ort gewährleistet.

Gibt es Zweifel daran, ob trotz Spitalschliessung die Notfallversorgung der Rheintaler Bevölkerung sichergestellt werden kann?

Bereits nach der Schliessung des nächtlichen Notfalls in Altstätten kam in der Politik die Frage auf, ob damit die Zielsetzungen der Notfallversorgung im Kanton St. Gallen noch eingehalten werden können. Diese orientiert sich unter anderem am Richtwert, dass 95 Prozent der Bevölkerung innert 20 Minuten eine Notfallanlaufstelle erreichen sollte. Mit der Schliessung des Notfalls in Altstätten wird diese Zielsetzung für Teile des Rheintals nicht mehr erfüllt, wie die Regierung in ihrer Antwort auf einen Vorstoss eingestand. Der Regierungsrat argumentiert jedoch, dass für die Notfallversorgung der Bevölkerung die beiden anderen Richtwerte entscheidend seien. So soll bei instabilen Patientinnen ein Rettungsfahrzeug in 90 Prozent der Fälle in 15 Minuten vor Ort sein und ein Zugang zu einer Notfallstation eines Mehrspartenspitals für 95 Prozent der Bevölkerung innert 30 Minuten gewährleistet sein. Diese Richtwerte werden für das St. Galler Rheintal mit den Standorten Buchs, Kriessern und Thal der Rettung St. Gallen beziehungsweise mit den Notfallstationen des Spitals Grabs und des Kantonsspitals St. Gallen weiter eingehalten.

Wie lange wird das Ambi Altstätten im bestehenden Spitalgebäude weiterbetrieben?

Das Ambi Altstätten soll bis zum Umzug in das von lokalen Ärzten geplante neue Gesundheitszentrum an der F.-Marolanistrasse in der aktuellen Spitalinfrastruktur bleiben. Künftig sollen die Angebote von Health Ostschweiz das Angebot der niedergelassenen Ärzte im Gesundheitszentrum ergänzen. Dieses umfasst neben Hausarzt Dienstleistungen auch eine Dialysestation sowie eine gastroenterologische Praxis.

Bis wann soll das geplante Gesundheitszentrum fertiggestellt werden?

Wie Health Ostschweiz schreibt, ist der Umzug vom Spitalgebäude ins Gesundheitszentrum im Jahr 2028 geplant. Im März dieses Jahres stellten die hinter der Gesundheitszentrum Rheintal AG stehenden Ärzte einen Baustart bereits in diesem Sommer in Aussicht. Die Baubewilligung fehlte allerdings noch. Wie die Stadt Altstätten auf Anfrage bestätigt, liege die Baubewilligung nun vor, und das Grundstück, auf dem

gebaut werden soll, werde in den kommenden Tagen übertragen. Im Nachgang erfolge die Genehmigung des Stadtrats.



Nach der Schliessung werden am Spital Altstätten im sogenannten Ambi weiterhin ambulante Leistungen angeboten. Bild: Sara Burkhard

ZH – Die Lehren aus dem Fall Maisano - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 24.06.2026

Das Problem des Universitätsspitals Zürich ist nicht eine fehlende Regulierung, sondern die unklare Führungsstruktur. Viele der vermeintlich Verantwortlichen konnten gar nicht so handeln, wie es die Öffentlichkeit von ihnen erwartet. Gastkommentar von Gustav K. von Schulthess

Gustav K. von Schulthess

Wieder einmal steht das Universitätsspital Zürich (USZ) in den Schlagzeilen. Viele Reaktionen folgen einem bekannten Muster: Die Medien personalisieren, die Politik empört sich, die Strafverfolgungsbehörden prüfen, und am Ende werden neue Regeln geschaffen. Was dabei zu kurz kommt, ist die Frage, ob das heutige Führungssystem des USZ überhaupt geeignet ist, solche Eskalationen frühzeitig zu verhindern. Ich bin dem USZ seit 45 Jahren in verschiedenen Funktionen verbunden. Gerade deshalb irritiert mich die derzeitige Debatte: Vieles bleibt faktisch unklar, während Verantwortlichkeiten vorschnell einzelnen Personen zugeschrieben werden. Der Fall Maisano zeigt weniger das Versagen einer einzelnen Führungsperson, als das Versagen einer Struktur, in der Verantwortung, Weisungsbefugnis und politische Kontrolle auseinanderklaffen.

Gefangen im «Korsett»

Als ich Klinikdirektor wurde, war das USZ keineswegs konfliktfrei. Aber es war führbar. Die Zuständigkeiten waren klarer, die Wege kürzer, und politische Verantwortung liess sich konkreter zuordnen. Prominente Chirurgen wie Åke Senning und Gazi Yaşargil waren weltweit bewunderte Grössen, und Andreas Grüntzig hatte am USZ die Koronarangioplastie entwickelt, mit der heute jährlich Millionen von Menschen mit Herzkranzverengungen behandelt werden. Alle drei waren grosse Innovatoren, wie sie ein universitäres Spital braucht, um sich differenzieren zu können. Die zuständigen Regierungsräte Wiederkehr (Jurist) und Gilgen (Mediziner) stimmten sich laufend miteinander ab, um einerseits den medizinischen Betrieb dank kompetenten Klinikdirektoren und weiterem akademischem Kader sicherzustellen und andererseits die Professoren zu wählen, die als Lehrer und Forscher der Universität und damit der Bildungsdirektion unterstellt sind.

Am Samstagmorgen wurden der Verwaltungsdirektor und der ärztliche Direktor des USZ jeweils bei der Gesundheitsdirektion vorstellig. Dort wurde besprochen, wie weiter. Die Verantwortlichkeiten waren klar geregelt. Die Regierung war für das Umsetzen weitreichender Änderungen verantwortlich, aber auch weisungsbefugt. Verwaltungsdirektor und ärztlicher Direktor setzten um.

Heute bestehen ums USZ unauflösbare Widersprüche. Der gesunde Bürger erwartet, dass am USZ Spitzenmedizin betrieben wird. Bei komplexen Gesundheitsproblemen ist das USZ die letzte Anlaufstelle, insbesondere in der Herzmedizin, wo im Kanton Zürich mehrere herzchirurgische Angebote existieren, aber die kritischsten Fälle immer am USZ landen. Dies hat einen Einfluss auf die Statistik. Für Gesunde

erscheinen Spitzenmediziner rasch als übermächtige «Götter in Weiss». Schwer Kranke hingegen erleben dieselben Personen oft als letzte Hoffnung. Gerade deshalb braucht das USZ klare Verantwortlichkeiten. Entsprechend wurde die allseits gewünschte Verselbständigung des USZ ab Ende der 1990er Jahre angedacht und auf Anfang 2007 in die Tat umgesetzt. Die Bilanz ist ernüchternd. Heute besteht ein «Korsett», welches das sogenannte Unternehmen USZ nicht mehr führbar macht.

Ein erstes zentrales Problem ist die Doppelunterstellung einer wichtigen Angestelltengruppe, die akademische Titel trägt. Diese Angestellten sind weiterhin sowohl der Gesundheits- als auch der Bildungsdirektion unterstellt. Es ist trotz dem Wunsch der Kaderärzte nie gelungen, eine «Medizinische Akademie» zu schaffen, die nur einer Regierungsdirektion zugeordnet ist. Welcher Regierungsrat würde seinen Anteil an Einfluss auf die universitären Spitäler in Zürich gerne abgeben?

Ein zweites Problem ist die Führungsstruktur im USZ selbst. Die Klinikdirektoren waren bis vor kurzem nicht etwa dem CEO des Spitals unterstellt, sondern dem Spitalrat. Heute hat hier wenigstens eine Klärung stattgefunden. Die Klinikdirektoren sind heute dem ärztlichen Direktor unterstellt. Der Spitalrat – von der Politik gewählt – ist eher ein politisches Gremium als ein Fachgremium. Erlaubt sich ein Angestellter inakzeptable Dinge, kann das System nur schlecht reagieren: Die Meinungen der Universitäts- und der USZ-Leitung oder des Spitalrats und der exekutiven Führungsebene widersprechen sich oft. In einem echten Unternehmen würde ein solcher Angestellter rasch freigestellt. Aber am USZ verhindern komplexe Abläufe rasches Handeln, wenn dies nötig wird. Sogar bei kleineren Entscheiden muss sich die Führung rückversichern. Die Politik hat in dieser Pseudoverselbständigung die Freiräume zur Gestaltung des USZ behalten und die Verantwortung nach unten delegiert.

Das dritte Problem: Immer wieder werden neue Führungsebenen definiert und neue Kontrollorgane geschaffen. Als Folge des Falls Maisano wird dies sicher wieder der Fall sein. All dies verkompliziert die Abläufe, statt sie zu vereinfachen, Verantwortlichkeiten werden aufgeteilt und der Verwaltungsaufwand steigt. Gleichzeitig erwartet die Politik wirtschaftliche Eigenständigkeit und positive Ergebnisse. Dies führt zu erhöhten Betriebskosten. Die angedachten Konsequenzen aus dem Fall Maisano werden die gegenwärtige Situation also eher weiter verschlimmern. Verantwortlichkeiten werden noch weiter verteilt, und schliesslich ist eben niemand mehr verantwortlich. Politische Erwägungen höhlen die Selbständigkeit des USZ immer wieder aus.

Viele der vermeintlich Verantwortlichen konnten im vorgegebenen Rahmen gar nicht so handeln, wie es die Öffentlichkeit im Nachhinein erwartet. Und solange die Rahmenbedingungen für das USZ unverändert bleiben, wird sich wenig ändern. Ich habe diese strukturelle Ohnmacht selbst erlebt. In meiner Zeit als ärztlicher Direktor hatte sich ein Klinikdirektor gegenüber dem USZ inakzeptabel illoyal verhalten. Alle Vorgesetzten waren sich einig, dass eine Freistellung angezeigt gewesen wäre. Nach sechs Wochen mahlender Regierungsmühlen lautete die Antwort der damals noch zuständigen Regierung: «Man müsste diesen Herrn entlassen, aber es ist politisch nicht umsetzbar.»

Will man künftige Skandale verhindern, genügt es nicht, nach jedem Ereignis neue Regularien zu schaffen. Entweder wird das USZ wieder klar einer politischen Instanz unterstellt, die dann mit der Weisungsbefugnis auch die Verantwortung trägt. Oder das USZ wird wirklich verselbständigt: mit einem starken CEO, einem fachlich kompetenten Spitalrat und klarer operativer Führung. Für politische Sonderwünsche kann das Spital der Regierung dann Rechnung stellen.

Ohne den Fall Maisano im Detail beurteilen zu wollen, scheint eines offensichtlich: Wenn schwerwiegende Vorwürfe im Raum stehen, braucht eine Institution Strukturen, die rasches, geordnetes und rechtssicheres Handeln ermöglichen. Die politische Aufsicht und Verantwortung müssen dort liegen, wo auch die Entscheidungsmacht liegt. Dies schafft schlagkräftige Führungsorgane. Dann funktioniert der Betrieb wieder so wie einst. Letztlich verantwortlich ist die Politik, die bisher zu keiner grundlegenden Strukturreform bereit war.

«Medizinische Akademie»

Die Zukunft verlangt also ein anderes Führungsmodell. In einem ersten Schritt müsste das USZ selbst zur «Medizinischen Akademie» werden. Gemeint ist damit keine neue Parallelorganisation, die neben Universität, Gesundheitsdirektion, Spitalrat und Spitalleitung zusätzlich mitredet. Im Gegenteil: Die «Medizinische Akademie» müsste Verantwortung und Entscheidungsmacht zusammenführen.

Das USZ als «Medizinische Akademie» müsste seine Professorinnen und Professoren selbst bestimmen können – nicht nur nach klinischen Fähigkeiten, sondern ebenso nach wissenschaftlicher Leistung, Lehrbefähigung und akademischer Integrität. Damit würde die heutige Doppelunterstellung aufgelöst, ohne dass Forschung und Lehre geschwächt würden. Der CEO dieser Akademie wäre mit den nötigen Instrumenten ausgestattet, um wirklich führen zu können. Der heutige Spitalrat würde zu einem Akademierat, dessen Fachkompetenzen das ganze Spektrum des Leistungsauftrags des USZ abdecken: Klinik, Spitzenmedizin, Forschung und Lehre. Da der Staat Eigentümer, politischer Gewährleister und letztlich Träger der institutionellen Verantwortung ist, müsste die Politik durch einen Regierungsrat angemessen eingebunden bleiben.

Die Struktur müsste so offen angelegt sein, dass sich später auch die anderen universitären Spitäler Zürichs – Kinderspital, Balgrist und Psychiatrische Universitätsklinik – anschliessen könnten. Zunächst aber müsste das USZ selbst zeigen, dass akademische Exzellenz und operative Führbarkeit keine Gegensätze sind. Das heutige Zwischenmodell vereint die Nachteile beider Systeme: politische Einflussnahme ohne klare operative Verantwortung und operative Verantwortung ohne ausreichende Entscheidungsmacht. Die entscheidende Lehre aus dem Fall Maisano wäre deshalb nicht noch mehr Regulierung, sondern die Rückkehr zu einem einfachen Grundsatz: Wer Verantwortung trägt, muss auch entscheiden können.

Gustav K. von Schulthess war Professor und Direktor der Klinik für Nuklearmedizin sowie 2005 bis 2007 ärztlicher Direktor am Universitätsspital Zürich.

Wenn schwerwiegende Vorwürfe im Raum stehen, braucht eine Institution Strukturen, die rasches, geordnetes und rechtssicheres Handeln ermöglichen.



André Zemp, Präsident des Spitalrats, und Monika Jänicke, Vorsitzende der Direktion des USZ an der Konferenz zur Administrativuntersuchung. Michael Buholzer / Keystone

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

ZH – GZO: Verlust trotz mehr Patienten

 Tages-Anzeiger | 27.06.2026

Spital Wetzikon - Das GZO Spital Wetzikon schliesst die Jahresrechnung 2025 mit einem Verlust von rund 4 Millionen Franken ab. Das Ebitda, also die absolute Ertragskraft, lag bei rund 1,3 Millionen Franken, wie aus dem am Freitag veröffentlichten Geschäftsbericht hervorgeht. Der Umsatz betrug demnach rund 156 Millionen Franken, das Eigenkapital minus 105 Millionen Franken.

Der Umsatz sei um zwei Prozent im Vorjahresvergleich gestiegen. Im stationären Geschäft sei eine Steigerung von 477'000 Franken erzielt worden, im ambulanten Bereich ein Wachstum von 1,3 Millionen Franken. Durch eine Erhöhung der Baserate – die Entschädigung für einen Standardfall, die zwischen Spital und den Versicherern ausgehandelt wird – sei zudem ein Mehrertrag von 1,1 Millionen Franken erzielt worden, heisst es in der Mitteilung des Spitals Wetzikon zum Jahresbericht.

Insgesamt habe das Spital letztes Jahr 9211 stationäre Fälle behandelt, ein Plus von 4,3 Prozent im Vorjahresvergleich.

Nachlassstundung drückt auf Ergebnis

Eigentlich habe das sich in der Nachlassstundung befindliche Spital damit ein gutes Jahr hinter sich, teilte das Unternehmen mit. Aber: «Das betriebliche Ergebnis wird jedoch durch nicht wiederkehrende Kosten, wie etwa Prozess- oder Restrukturisierungskosten, belastet. Ohne diese Einflussfaktoren wäre das Ebitda bei 7,9 Millionen – was einer Ebitda-Marge von 5,0 Prozent entsprechen würde», heisst es in der Mitteilung.

Das Bezirksgericht Hinwil hat die mittlerweile zwei Jahre dauernde Nachlassstundung für das Spital Wetzikon erst im Juni bis zum 19. Dezember verlängert. Ausgelöst wurde die Schieflage primär durch eine Anleihe in der Höhe von 170 Millionen Franken, die im Juni 2024 zur Rückzahlung fällig gewesen wäre. Da das Spital das Geld, das ursprünglich für den Neubau aufgenommen worden war, nicht zurückzahlen konnte, bewilligte das Bezirksgericht Hinwil im Mai 2024 eine provisorische Nachlassstundung. **(flu)**

Gleichentags erschienen in

- Der Landbote
- Zürichsee-Zeitung
- Zürcher Unterländer

AG – «Die Schere ging immer weiter auseinander»: Warum das Spital Menziken schliessen muss

 [Medinside \(de\)](#) | Asana Spital Menziken | 25.06.2026

Innert drei Jahren stieg das Defizit von 2,5 auf rund 6 Millionen Franken. Asana-Vizepräsident Thomas Staub äusserte sich in einem Interview zur Zukunft des Hauses.

«Es ist Zeit, der Realität ins Auge zu schauen»: Dies ist der Titel eines Interviews, das die [«Aargauer Zeitung»](#) mit Thomas Staub führte. Staub ist Vizepräsident der Spitalgruppe Asana – die am Mittwoch die Schliessung des Spitals in Menziken bekannt gab. Die Spital Menziken AG machte letztes Jahr im operativen Betrieb einen Verlust von rund 6 Millionen Franken, erklärte Staub. Ausserdem müssten nun noch Sonderabschreibungen auf dem Anlagevermögen verbucht werden.

[Im Jahr 2024](#) hatte der Jahresverlust in Menziken noch 3,7 Millionen Franken betragen, 2023 war das Minus bei 2,5 Millionen Franken gelegen.

Der Fachkräftemangel, die Inflation, die Investitionen in die Digitalisierung, die regulatorischen Auflagen – all dies seien Gründe für die Finanzprobleme, die nun zum Schliessungsentscheid führten, so Thomas Staub in der **AZ**: «Letztlich ist einfach die Schere von Einnahmen und Ausgaben immer weiter auseinandergegangen.»

Tatsächlich seien die stationären Fallzahlen in Menziken in der Inneren Medizin und der Chirurgie in den letzten acht Jahren um 19 Prozent gesunken. Zuletzt wurden im Asana-Spital rund 2'900 stationäre Fälle behandelt. Die Zahl der ambulanten Konsultationen lag bei gut 17'000.

Vom Spital zum Pflegeheim?

Das Asana-Management erklärte die Schliessung [in seiner Mitteilung](#) letztlich damit, dass die hohen Vorhaltekosten für den 24-Stunden-Spitalbetrieb seit mehreren Jahren nicht durch die Einnahmen aus dem Spitalbetrieb gedeckt werden können. Teile des medizinischen Angebots werden nun von der LUKS-Gruppe oder vom Pflegeheim Falkenstein der Asana übernommen.

Ein Teil der Belegschaft des Spitals Menziken kann zu den Partnern wechseln. Es werde jedoch auch zu zahlreichen Kündigungen kommen: Voraussichtlich ist etwa die Hälfte der 300 Angestellten betroffen.

Die «Aargauer Zeitung» fragte auch nach den Plänen für das Spitalgebäude: «Das ist noch offen», so Thomas Staub: «Vieles wird ja auch bleiben, darunter die Langzeitpflege, die Physiotherapie und die Cafeteria samt Küche.»

Für die frei werdenden Flächen sucht die Asana-Gruppe nach Möglichkeiten mit Drittinteressierten. Er könne sich beispielsweise vorstellen, dass die Flächen für die Langzeitpflege umgenutzt werden – was sinnvoller sei, als auf der grünen Wiese neue Pflegeheime zu bauen.

Die Schweiz braucht einen digitalen Gesundheitsdatenraum - Kommentar

 SonntagsBlick | 28.06.2026

zum elektronischen Patientendossier

Felix Schneuwly

Der Rückzug der Post aus dem elektronischen Patientendossier zeigt die Grenze des bisherigen Ansatzes, das Pferd mit dem elektronischen Patientendossier am Schwanz aufzuzäumen. Er weist auch darauf hin, dass wir mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht vorankommen, wenn Bund und Kantone nicht zuerst die Basisinfrastruktur schaffen. Der Swiss Health Data Space (SwissHDS) muss deshalb als zentrales Vorhaben erste Priorität bekommen, um Gesundheitsdaten in Arztpraxen oder Spitälern und vergleichbaren Einrichtungen sicher zu bearbeiten und ohne technische Hürden untereinander auszutauschen.

Entscheidend für den Erfolg sind klare Verantwortlichkeiten und eine enge Zusammenarbeit von Staat und privaten Akteuren. Wie für das Strassen- und Schienennetz sind Bund und Kantone für den SwissHDS verantwortlich, damit der Verkehr auf den digitalen Datenautobahnen für staatliche und private Nutzer unabhängig vom Geschäftsmodell sicher und reibungslos läuft.

Wenn Bundesbern den SwissHDS jetzt nicht sofort in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen sowie mit den öffentlichen und privaten Akteuren priorisiert, werden wir mit der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens noch mehr Zeit und Geld verlieren.

Der SwissHDS muss innerhalb des Programms DigiSanté nicht allein die Grundlage für eine bessere Zusammenarbeit von Spitälern, Arztpraxen, Laboren, Versicherern, Behörden und Forschungseinrichtungen schaffen, sondern der Bevölkerung auch den Zugang zu ihren Gesundheitsdaten erleichtern – weder durch neue Datensilos noch durch Mikromanagement in Gesetzen und Verordnungen auf Bundes- und Kantonebene, vielmehr durch eine schlanke Regulierung auf Bundesebene, die sicherstellt, dass alle Softwareanbieter die technischen Standards und Regeln für die sichere und reibungslose Datenbearbeitung erfüllen.

Es ist doch nicht zu viel verlangt, wenn Ärzte, Spitäler und andere medizinische Leistungserbringer auch für die digitale Datenbearbeitung verbindliche Anforderungen erfüllen müssen. Das elektronische Patientenbeziehungsweise Gesundheitsdossier wird erst dann funktionieren, wenn der SwissHDS funktioniert – nicht umgekehrt.

Die Schweiz ist stark in den Bereichen Forschung, Medizintechnik und Life Sciences. Doch Innovationen gelangen zu langsam in die Versorgung. Ein Hauptgrund dafür ist der fehlende Zugang zu nutzbaren Gesundheitsdaten. Wer bessere Prävention, koordinierte Versorgung, personalisierte Medizin oder künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen will, braucht zuerst eine gemeinsame Datenbasis: Der SwissHDS erleichtert zudem die Sekundärnutzung der Daten durch Behörden, Forschung und Industrie.

Bund, Kantone und private Akteure müssen nun Tempo machen. Der SwissHDS darf nicht eines von vielen IT-Projekten sein. Er ist vielmehr die Voraussetzung für ein innovatives, effizientes, sicheres und patientenorientiertes Gesundheitswesen.

Felix Schneuwly ist Head of Public Affairs Comparis und Präsident des Bündnisses Freiheitliches Gesundheitswesen

Ambulantisierung – Sinnvolle Reform oder Fleissaufgabe?

 [Medinside \(de\)](#) | 27.06.2026

Ambulantisierung soll Kosten senken und das System entlasten. Doch die Realität ist komplexer. Wie können Leistungserbringer reagieren?

Gastbeitrag von Katrin Schwyter und Patrick Vavken

Ambulantisierung gehört seit Jahren zu den dominierenden Begriffen der Schweizer Gesundheitspolitik. Kaum eine Reform wird mit vergleichbarer Selbstverständlichkeit als notwendig angesehen. Dabei wird oft vergessen, dass ambulante Versorgung an sich nichts Neues ist. Je nach Kanton wird bereits heute knapp die Hälfte aller Gesundheitsleistungen ambulant erbracht.

Ambulantisierung bedeutet aber nicht den organischen Ausbau des bereits bestehenden ambulanten Angebots, sondern ist die gezielte Verlagerung von historisch stationär entwickelten und stationäre erbrachten Leistungen in ein neues, ambulantes Setting. Es ist ein umfassendes Transformationsprojekt, das als einfache Verlagerung missverstanden und unterschätzt wird.

Wieso Ambulantisierung?

Die politische Diskussion, weshalb eine Ambulantisierung überhaupt angestrebt wird, stützt sich häufig auf drei Annahmen, wenn nicht Fehlannahmen.

1 - Ambulantisierung senkt die Gesundheitskosten.

Tatsächlich reichen die Erwartungen bis gegen eine Milliarde Franken Einsparungen pro Jahr. Bei Gesundheitsausgaben von mittlerweile über 97 Milliarden Franken entspricht dies knapp einem Prozent. Sogar der Bund geht in seinen Berechnungen zu «Ambulant vor Stationär» von Einsparungen im Promillebereich aus. Das macht Ambulantisierung nicht falsch. Es relativiert jedoch die Vorstellung, hier liege der entscheidende Hebel zur Lösung der Kostenproblematik.

2 - Ambulantisierung soll die Spitäler und Fachkräfte entlasten.

Auch hier zeigt sich ein differenzierteres Bild. Leistungen verschwinden nicht, sondern wechseln lediglich den Ort. Nachsorge, Komplikationsmanagement, Patienteninformation und Koordination werden durch Ambulantisierung nicht weniger, sondern müssen neu organisiert werden. Häufig entstehen dadurch zusätzliche Schnittstellen und damit potentiell zusätzliche Komplexität.

3 - Stationäre Leistungen lassen sich einfach ambulant erbringen.

Das stimmt nur teilweise. Zwischen einer stationär und einer ambulant durchgeführten Kniearthroskopie bestehen im Operationssaal kaum Unterschiede. Das Versorgungssystem davor und danach unterscheidet sich jedoch erheblich. Schmerztherapie, Erreichbarkeit, Notfallmanagement und Komplikationsbehandlung werden vom Spital auf Patienten, Angehörige, Hausärzte und ambulante

Leistungserbringer übertragen. Ambulantisierung bedeutet deshalb nicht nur die Verlagerung von Leistungen, sondern auch die Verlagerung vom Risiko sowie eine Neuorganisation der Wertschöpfungskette.

Nebenwirkungen und unerwünschte Wirkungen

Da die Ambulantisierung, wie eingangs erwähnt, keine grundsätzlich neue Entwicklung ist, lassen sich bereits heute verschiedene Wirkungen beobachten. Diese Wirkungen, sowohl erwünschte als auch unerwünschte, zu verstehen, ist unerlässlich, um geeigneten Steuerungsmechanismen im Sinne des Performance Managements zu definieren.

Ambulantisierung erzeugt Unsicherheit. Für viele der zu ambulantisierenden Leistungen existieren weder langjährige Erfahrungswerte noch belastbare Referenzmodelle in oder aus der Schweiz. Gleichzeitig treffen mit der neuen Tarifierung nach TARDOC und den ambulanten Fallpauschalen zwei völlig unterschiedliche Steuerungslogiken aufeinander: auf der einen Seite ein hochgranulares, minutengenaues Dokumentationssystem, auf der anderen Seite eine pauschalisierte All-inclusive-Logik. Leistungserbringung und -finanzierung sind entkoppelt und entwurzelt.

Ambulantisierung verschiebt Risiken. Diese Risikoverschiebung erfolgt einerseits finanziell, u.a. bei den Fallpauschalen. Hier sind nicht nur die (kontinuierlich steigenden) Materialkosten nicht gedeckt, zusätzlich werden Vorhalteleistungen und Infrastrukturkosten für die Ambulantisierung selbst im Tarif gar nicht abgebildet. Andererseits ergibt sich eine operative Risikoverschiebung, wenn Leistungen, Komplikationen und Betreuungsaufgaben, die früher innerhalb eines stationären Systems aufgefangen wurden, heute durch einzelne Praxen, ambulante Zentren oder Hausärzte getragen werden müssen. Und zuletzt verschiebt sich auch das organisatorische Risiko: Die Komplexität der Versorgung verschwindet nicht, sondern wird über Netzwerke von Leistungserbringern, Angehörigen und Patienten verteilt.

Ambulantisierung erzeugt zusätzlichen Druck. Die ambulante Versorgung verschiebt nicht nur Leistungen, sondern auch administrativen, logistischen und medizinischen Aufwand und die finanziellen Auswirkungen zu den Leistungserbringern. Minutengenaue Dokumentation, komplexe Tarifsysteme und wachsende regulatorische Anforderungen führen dazu, dass sich Ärzte zunehmend mit Abrechnung, Kostenkontrolle und Prozessmanagement beschäftigen müssen. Aufgaben also, die im stationären Bereich häufig durch eigene Fachabteilungen getragen werden. Gleichzeitig kämpfen viele Praxen mit Fachkräftemangel, Nachfolgeproblemen und den Investitionen in Digitalisierung und Qualitätssicherung. Die Folge ist ein Spannungsfeld, in dem immer mehr Koordination und betriebswirtschaftliches Management betrieben werden muss, um weiterhin medizinische Leistungen anbieten zu können.

Teil 1: [Mehr Kennzahlen, weniger Qualität: Die Steuerungsfalle im Gesundheitswesen](#) Das Gesundheitswesen misst, vergleicht und bewertet wie kaum ein anderer Bereich. Dahinter steht eine Annahme: Messbarkeit führe automatisch zu besserer Steuerung.

Performance Management im ambulanten Bereich ist nicht dasselbe wie im stationären Bereich

Im stationären Bereich hat sich Performance Management in den vergangenen Jahren zunehmend zu einer Schlüsselkompetenz in diesen Fragen entwickelt. Es existieren umfangreiche Literatur, spezialisierte Beratungsangebote sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme, z.B. im Rahmen von CAS. Viele der zugrunde liegenden Konzepte wurden über Jahrzehnte entwickelt, erprobt und kontinuierlich weiter verfeinert.

Aber genau wie die Annahme, stationäre Leistungen liessen sich ohne Anpassungen eins zu eins ambulant erbringen, greift auch die Vorstellung zu kurz, man könne stationäres Performance Management unverändert in den ambulanten Bereich übertragen.

Die Rahmenbedingungen unterscheiden sich fundamental. Stationäre Organisationen arbeiten in etablierten Strukturen, mit eingespielten Prozessen und klar definierten Rollen sowie langjährigen

Erfahrungswerten. Im ambulanten Bereich verändern sich dagegen derzeit nahezu alle Rahmenbedingungen gleichzeitig. Die Herausforderung besteht deshalb nicht darin, bestehende Konzepte zu kopieren, sondern die Grundprinzipien des Performance Managements für ein Umfeld zu entwickeln, das deutlich dynamischer, unsicherer und fragmentierter ist als das stationäre Setting.

Resilienz statt Effizienz

Über viele Jahre wurde im niedrigmargigen ambulanten Bereich vor allem die Auslastung optimiert. Volle Sprechstunden, voll belegte ambulante OP-Säle und knapp kalkulierte Personalbestände waren bzw. sind das Ziel. Ambulante Medizin ist in vieler Hinsicht ein Volumengeschäft, und hohe Auslastung somit der wichtigste Hebel zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit.

Effizienzsteigerung funktioniert jedoch nur dann, wenn Prozesse, Kosten und Rahmenbedingungen ausreichend stabil und vorhersehbar sind. Externe Schocks führen unweigerlich zu finanziellen Verlusten, analog z.B. dem Detailhandel oder der Luftfahrt.

Bereits heute berichten viele Leistungserbringer von Unsicherheiten bei Abrechnung, Interpretation und Vergütung. Hinzu kommen Fachkräftemangel, neue regulatorische Anforderungen, zunehmender Digitalisierungsdruck sowie strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem. Die Liste möglicher Veränderungen ist deutlich länger als die Liste der Dinge, die heute als gesichert gelten können. In einem solchen Umfeld wird Resilienz wichtiger als Effizienz. Die entscheidende Frage lautet nicht mehr, ob eine Organisation heute optimal ausgelastet ist. Die entscheidende Frage lautet, ob sie morgen noch handlungsfähig ist.

Resilienz bedeutet dabei die Fähigkeit, auf kurzfristige externe Störungen, Unsicherheit oder unerwartete Veränderungen zu reagieren und danach wieder in einen funktionierenden Zustand zurückzufinden. Noch interessanter ist das Konzept der Antifragilität, geprägt durch Nassim Taleb. Antifragile Systeme überstehen Veränderungen nicht nur, sondern lernen aus ihnen und werden dadurch stärker. Während Resilienz ein «Zurückfedern» beschreibt, beschreibt Antifragilität die Fähigkeit, aus Unsicherheit einen Vorteil zu ziehen.

Katrin Schwyter leitet seit 2018 als CEO die Adus Klinik in Dielsdorf. Zuvor war sie sechs Jahre bei KPMG in Zürich tätig. Als diplomierte Wirtschaftsprüferin und M.A. HSG interessiert sie sich vor allem für strategische und finanzielle Führung, Unternehmenskultur und Umsetzung von schlanken Prozessen.

Patrick Vavken ist Arzt, Unternehmer und Podcaster, der sich mit den strukturellen Schwächen moderner Gesundheitssysteme auseinandersetzt. Sein Fokus liegt auf Performance, Verantwortung und umsetzbarer Strategie.

Die eigene Wertschöpfungslogik verstehen

Ein überraschend häufiges Problem ist, dass viele Gesundheitsanbieter ihre eigene Wertschöpfungslogik nur unzureichend verstehen.

Der Hausarzt oder Gynäkologe baut über Jahre einen Patientenstamm auf. Die Patienten kommen mit wechselnden Fragestellungen immer wieder zurück, wodurch die Kundenbeziehung selbst zum zentralen Werttreiber wird. Der Gynäkologe kann darüber hinaus auch im stationären Bereich zusätzliche Wertschöpfung durch entsprechende Behandlungen generieren.

Am anderen Ende des Spektrums stehen Orthopäden, HNO-Ärzte oder Chirurgen. Hier suchen Patienten meist wegen eines konkreten Problems Hilfe und sind froh, nach erfolgreicher Behandlung nicht zurückkehren zu müssen. Entsprechend besteht oft ein intensiver Wettbewerb um Patienten und Zuweisungen, inklusive Zweit- und Drittmeinungen. Die eigentliche Wertschöpfung entsteht dabei häufig nicht in der Praxis, sondern im Operations- oder Eingriffsraum.

Dazwischen finden sich Fachgebiete wie die Schmerzmedizin. Diese verfügen oft über eine hohe Patientennachfrage, langfristige Behandlungsbeziehungen und gleichzeitig interventionelle Möglichkeiten.

Wie Patienten in eine Praxis gelangen, ob sie einmalig oder über Jahre betreut werden und an welcher Stelle der Versorgungskette überhaupt Wert geschaffen wird, unterscheidet sich damit fundamental. Wer diese Unterschiede nicht versteht, wird Schwierigkeiten haben, die richtigen Parameter zu steuern.

Der grösste Risikofaktor ist selten medizinisch

Um den beschriebenen Herausforderungen zu begegnen, reicht medizinische Qualität allein nicht mehr aus. Es braucht zunehmend auch Führungsqualitäten. Die Fähigkeit, Unsicherheit auszuhalten, Orientierung zu geben und Menschen sowie Organisationen durch Veränderungen zu führen, wird zu einer zentralen Aufgabe von medizinischem Führungspersonal.

Teams müssen verstehen, warum Veränderungen stattfinden, wohin sich die Organisation entwickeln soll und welchen Beitrag die einzelnen Mitarbeitenden dazu leisten können. Gerade in heterogenen Teams aus Ärzten, MPAs, Pflegefachpersonen, Physician Assistants oder Advanced Practice Nurses wird diese gemeinsame Orientierung zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor.

Das klassische Modell des Chefs, der lediglich aufgrund seiner Funktion oder seines Titels entscheidet und dessen Anweisungen nicht hinterfragt werden dürfen, funktioniert nicht nur nicht mehr – es ist zunehmend schädlich. Gerade in einem Umfeld mit hoher Unsicherheit braucht es Vertrauen, gemeinsame Ziele und die Fähigkeit, unterschiedliche Perspektiven zusammenzuführen. Ebenso muss jede medizinische Fachperson in ihrem jeweiligen Bereich eine gewisse Entscheidungsfreiheit haben, um die Systemeffizienz sicherzustellen.

Digitalisierung wird systematisch unterschätzt

Neben Führung und Organisationsentwicklung wird noch ein weiterer Faktor systematisch unterschätzt.

Die Diskussion konzentriert sich dabei häufig auf regulatorische Grossprojekte wie das elektronische Patientendossier. Die eigentlichen Produktivitätsgewinne entstehen jedoch oft an anderer Stelle: Terminplanung, Dokumentation, Patientenkommunikation, Datenaustausch, Automatisierung und Prozessgestaltung. Gerade im ambulanten Bereich, wo Margen tief und administrative Anforderungen hoch sind, dürfte hier eines der grössten Potenziale überhaupt liegen.

Interessanterweise entstehen viele Innovationen derzeit nicht durch nationale Programme, sondern direkt im Feld. Dies entspricht dem betriebswirtschaftlichen Grundsatz, dass eine Organisation unter Druck zu Effizienz gezwungen wird. Ein Beispiel ist die Praxis Zeppelin in St. Gallen, die mit Hilfe agentischer KI ein eigenes sprachbasiertes Dokumentationssystem entwickelt hat. Praxen entwickeln eigene Lösungen, Ärzte experimentieren mit KI-gestützter Dokumentation und neue Anbieter entstehen an den Schnittstellen zwischen Medizin, Technologie und Service.

Mit der Digitalisierung steigen allerdings nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch die Anforderungen. Je einfacher Informationen fließen, desto wichtiger werden Datenschutz, Datensicherheit und Governance. Das neue Datenschutzgesetz macht deutlich, dass Digitalisierung nicht nur eine technische, sondern auch eine organisatorische Führungsaufgabe ist. Wer Daten effizient nutzen will, muss gleichzeitig sicherstellen, dass Zugriffsrechte, Verantwortlichkeiten und der Schutz sensibler Patientendaten entsprechend geregelt sind.

Die Herausforderung besteht deshalb nicht darin, möglichst viele digitale Werkzeuge einzuführen, sondern vielmehr darin, Produktivität, Nutzerfreundlichkeit und Datenschutz gleichzeitig zu beherrschen.

Gute Medizin allein reicht nicht

Was in der freien Wirtschaft gilt, gilt auch zunehmend im Gesundheitswesen. Unternehmen scheitern selten daran, dass sich ihre Umwelt verändert. Sie scheitern daran, dass sie sich nicht schnell genug an die Veränderung anpassen.

Ambulantisierung ist deshalb weder die grosse Bedrohung noch die Lösung aller Probleme. Sie ist eine Reform mit nachvollziehbaren Vorteilen, aber auch mit erheblichen Fleissaufgaben für Niedergelassene und Grundversorger?. Deswegen braucht es einen Beitrag wie diesen auf einer Medizinplattform, statt in einer Wirtschaftspublikation

Genau darin liegt die Herausforderung. Wir sind in den Beruf eingetreten, um Patienten zu behandeln, nicht um Wechsel in Tarifsystemen zu implementieren, Kosten zu optimieren oder Organisationen durch regulatorische Veränderungen zu führen. Trotzdem werden diese Fähigkeiten zunehmend Teil des Berufsalltags. Performance Management im ambulanten Bereich sollte deshalb nicht als betriebswirtschaftliche Modeerscheinung verstanden werden. Es ist der Versuch, unter veränderten Rahmenbedingungen weiterhin gute Medizin anbieten zu können. Auch wenn diese Aufgaben für Patienten keinen unmittelbaren Mehrwert schaffen und häufig von der eigentlichen medizinischen Tätigkeit ablenken, gehören sie zunehmend zur Realität der ambulanten Versorgung.

Die Frage ist deshalb nicht, ob sich ambulante Leistungserbringer mit diesen Themen beschäftigen müssen. Die Frage ist nur, wie gut sie darauf vorbereitet sind.

Notfallgebühr fällt durch

 CH Media national | 27.06.2026

Spital - Der Nationalrat will eine Gebühr für den Spitalnotfall einführen. Denn die Zahl der Patientinnen und Patienten, die wegen einer Schramme am Bein oder einem verstauchten Handgelenk ins Spital gehen, steigt seit Jahren. Das wirkt sich auf die Kosten aus.

Neu sollte darum jede Person für die Behandlung in der Spitalnotaufnahme einen Zuschlag von 50 Franken zahlen, sofern es sich um eine Bagatelle handelt. Das heisst, Personen, die von einer Ärztin oder über eine kantonale Notfallnummer überwiesen oder vom Rettungsdienst eingeliefert werden, müssten nichts zahlen. Auch Schwangere und Kinder wären von der Gebühr ausgenommen.

Das ist der Plan des Nationalrats. Der Bundesrat hat sich bereits kritisch dazu geäussert. Auch im Ständerat dürfte die Massnahme keine Chance haben. Die zuständige Gesundheitskommission will zwar auch die Notfallaufnahmen entlasten. Doch sie hält die Gebühr für wirkungslos bis kontraproduktiv, wie sie in einer Mitteilung schreibt. Einstimmig hat sie das Vorhaben abgelehnt, auch weil in gewissen ländlichen Regionen schlicht eine Alternative fehlt. Dass sich der Ständerat anders entscheiden wird als die Kommission, ist unwahrscheinlich. Damit ist das Vorhaben wohl gestorben. **(wan)**

Walter Stüdeli von der IG eHealth: «Unter der Federführung von Alain Berset wurde das EPD nicht weiterentwickelt» - Interview

 Medinside (de) | 26.06.2026

Das elektronische Patientendossier soll ersetzt werden – Spitäler und Pflegeheime zahlen dennoch weiter Millionen für das bestehende System. Walter Stüdeli von der IG eHealth fordert eine rasche Revision.

Anna Birkenmeier

Obwohl das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das elektronische Patientendossier (EPD) durch ein neues elektronisches Gesundheitsdossier ersetzen will, sind Spitäler und Pflegeheime weiterhin verpflichtet, Millionen in das bestehende System zu investieren. Wie die [«NZZ»](#) berichtete, regt sich deshalb insbesondere im Kanton Zürich Widerstand gegen die Anschlusspflicht.

Der Grund: Stationäre Gesundheitsinstitutionen müssen sich weiterhin einer sogenannten Stammgemeinschaft anschliessen, welche die technische Plattform für das EPD bereitstellt. Ein mittelgrosses Spital wie jenes in Uster bezahlt laut der Zeitung jährlich rund 80'000 Franken an Anschlussgebühren. Insgesamt belaufen sich die Kosten für die Zürcher Spitäler auf rund zwei Millionen Franken pro Jahr. Weitere rund eine Million Franken entfällt auf Alters- und Pflegeheime, die ebenfalls verpflichtet sind, das EPD anzubieten.

Der Nutzen ist aus Sicht vieler Institutionen bescheiden. Seit der Einführung im Jahr 2020 hätten im Spital Uster lediglich ein Dutzend Patientinnen und Patienten das EPD genutzt, sagte CEO Martin Werthmüller der «NZZ», «Rechnen Sie sich einmal aus, was das pro Patient kostet. Es sind etwa 40 000 Franken.»

Medinside hat bei **Walter Stüdeli, Geschäftsführer der IG eHealth**, nachgefragt.

Herr Stüdeli, mit dem geplanten elektronischen Gesundheitsdossier (E-GD) wird das EPD faktisch neu aufgestellt. Dennoch bezahlen Spitäler und Heime weiterhin Millionen für den Anschluss an das bestehende System. Ist diese Pflicht aus Ihrer Sicht noch zu rechtfertigen?

Walter Stüdeli: Nein, Aufwand und Nutzen stehen in einem offensichtlichen Missverhältnis. Rund ein Prozent der Gesamtbevölkerung hat ein Patientendossier eröffnet – und offenbar werden kaum noch neue Dossiers angelegt. Wie viele davon tatsächlich genutzt werden, ist unbekannt.

Das bestehende elektronische Patientendossiergesetz EPDG kann seinen Nutzen nur dann entfalten, wenn alle Leistungserbringer zum Anschluss verpflichtet sind. Die geltende Anschlusspflicht beschränkt sich jedoch auf stationäre sowie neu ambulant tätige Leistungserbringer. Dieses strukturelle Fehlkonstrukt soll erst mit dem Inkrafttreten des neuen elektronischen Gesundheitsdossiergesetzes (EGDG) behoben werden.

Sie sprechen von einem «strukturellen Fehlkonstrukt». Wie liesse sich dieses korrigieren?

Ich würde dem BAG vorschlagen, die Stakeholder an einen runden Tisch einzuladen und dann zu Handen der Gesundheitskommission einen Verwaltungsauftrag zu stellen. Zu diskutieren sind drei Punkte: die Abschaffung des Obligatoriums für stationäre Leistungserbringer, die Reduktion der Anzahl Stammgemeinschaften und die Abschaffung der Zertifizierung der Stammgemeinschaften sowie der Herausgeber von Identifikationsmitteln. Die Einhaltung der geltenden Gesetze, etwa des Datenschutzrechts, sollte als Vorgabe ausreichen.

Wie schätzen Sie die Chancen für eine Revision des EPD-Gesetzes ein?

Die IG eHealth fordert seit Monaten eine rasche Revision des EPDG, wenn man das EPD retten will. Auch die Gesundheitskommission des Ständerats hat signalisiert, dass eine Gemeinschaft ausreichen würde. Ich rechne deshalb mit einer Teilrevision des EPDG.

Müsste in diesem Fall auch die Anschlusspflicht für Spitäler und Heime überprüft werden?

Ja. Es braucht im EPDG nicht zwingend ein Obligatorium, sehr wohl aber die bestehende Infrastruktur, die weiterentwickelt werden soll. Wird die Anschlusspflicht aufgehoben, fällt die bisherige Finanzierungsgrundlage weg. Das Parlament müsste deshalb ein neues Finanzierungskonstrukt schaffen.

Sie haben in einem Medinside-Beitrag davor gewarnt, dass mit dem neuen Gesundheitsdossier bestehende Investitionen verloren gehen könnten. Was steht konkret auf dem Spiel?

Das Obligatorium kann zwar ausser Kraft gesetzt werden, das EPDG selbst muss jedoch zwingend weiterbestehen. Es bildet die rechtliche und technische Grundlage für den künftigen Gesundheitsdatenraum (Swiss Health Data Space, SwissHDS), in dem zentrale Komponenten des EPDG weiterverwendet werden sollen – namentlich der Master Patient Index und das Health Professional Directory. Eine vollständige Ausserkraftsetzung des EPDG würde die bereits getätigten Investitionen zunichtemachen.

Wo sehen Sie das grösste Potenzial für die bestehende Infrastruktur?

Bei der Kommunikation zwischen Leistungserbringern. Im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes schafft das Parlament ein Obligatorium für elektronische Rezepte und elektronische Medikationspläne. Das BAG hat aus den Erfahrungen mit dem EPD Konsequenzen gezogen: Ein Obligatorium funktioniert nur, wenn sich die öffentliche Hand an den Aufbau- und Betriebskosten beteiligt. Denn die Kosten lassen sich im ambulanten Bereich nicht mit den Tarifen finanzieren.

Gibt es bereits konkrete Pläne?

Geplant ist ein Public-Private-Partnership-Modell, das das BAG inzwischen ausdrücklich unterstützt. Der Ständerat hat bereits einen Artikel für Finanzhilfen an einen Betreiber von eRezepten und eMedikationsplänen geschaffen. Auch diese Lösung stützt sich technisch auf das geltende EPDG.

Warum ist gerade die Medikation ein so wichtiger Anwendungsfall?

Der Handlungsbedarf ist ausgewiesen. Die OECD schätzt die volkswirtschaftlichen Kosten von Medikationsfehlern in der Schweiz auf rund eine Milliarde Franken pro Jahr. Digitale Instrumente bieten hier ein erhebliches Potenzial zur Senkung dieser Fehlerquote.

Der Ständerat hat die Weichen bereits gestellt. Die Kosten für eine Betriebsorganisation werden auf 12 Millionen Franken für vier Jahre geschätzt. Bund und Leistungserbringer sollen je die Hälfte übernehmen. Nun liegt der Ball beim Nationalrat.

Gestern wurde bekannt, dass sich mit der Post die grösste EPD-Anbieterin aus dem bestehenden System zurückzieht. Welche Konsequenzen hat das aus Ihrer Sicht?

Den Entscheid der Post können wir nachvollziehen, so schwierig er auch ist. Er offenbart ein politisches Versagen – namentlich seitens des Gesundheitsdepartements und des BAG. Unter der Federführung von Alain Berset wurde das Patientendossier nicht weiterentwickelt. Das rächt sich nun. Auch den Wechsel vom EPDG zum EGDG, der unter Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider beschlossen wurde, erachten wir nach wie vor als falsch.

Der Wechsel war auch nicht Teil der Vernehmlassung. Ein neues Gesundheitsdossiergesetz EGDG, welches die strukturellen Schwächen des EPDG fortschreibt, löst das Grundproblem nicht. Im Zentrum der digitalen Datenkommunikation müssen die Gesundheitsfachpersonen stehen (B2B). Die Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten (B2C) ist ein wichtiger Zusatznutzen – aber eben ein sekundärer. Solange sowohl im EPDG als auch im EGDG Patienten Daten löschen oder ausblenden können, taugen beide Instrumente nicht als verlässliche Kommunikationsgrundlage unter Fachpersonen.

Su la franchigia minima? Una misura che divide

 Corriere del Ticino | 24.06.2026

Ha suscitato reazioni opposte in consultazione la proposta di portare a 400 franchi la partecipazione obbligatoria ai costi per gli assicurati – Il progetto raccoglie consensi a destra e fra gli assicuratori, mentre a sinistra e fra le Città si mette in guardia contro un onere ritenuto iniquo.

Dall'introduzione della LAMal, nel 1996, la franchigia minima di cassa malati è stata adeguata due volte: la prima nel 1998, quando la partecipazione obbligatoria ai costi era stata portata dagli iniziali 150 a 230 franchi, e poi nel 2004 con l'aumento a 300 franchi, un importo rimasto invariato da allora. Il Consiglio federale intende portare la franchigia minima a 400 franchi e introdurre un meccanismo di adeguamento automatico legato alla quota di partecipazione ai costi. Si prevede di aumentare l'importo della franchigia quando questa partecipazione (franchigia, aliquota percentuale e contributo ai costi di degenza ospedaliera) è inferiore a una determinata soglia, fissata al 13,5% delle prestazioni lorde (a livello svizzero) a carico dell'assicurazione obbligatoria. Questo adeguamento avverrà grazie a una modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie. A spingere in questa direzione è stato il Parlamento. Lo scopo è di incentivare gli assicurati a ricorrere alle prestazioni mediche con maggiore parsimonia, così da contenere l'aumento dei premi. Il progetto, messo in consultazione in marzo, raccoglie consensi a destra e fra gli assicuratori, mentre a sinistra e fra le città si mette in guardia contro un onere sociale iniquo a carico dei malati e delle persone più bisognose. I Cantoni e il Centro si collocano a metà.

Aumento necessario

Dopo oltre 20 anni senza aumenti della franchigia, questo adeguamento è atteso, ritengono il PLR e l'UDC, così come l'associazione degli assicuratori malattia Prio.swiss. A loro avviso, la misura alleggerirebbe in particolare la classe media. Anche per l'UDC è urgente rafforzare la responsabilità individuale. Il partito ritiene tuttavia che la proposta del Consiglio federale sia troppo complessa e poco efficace, motivo per cui la franchigia dovrebbe essere adeguata automaticamente ogni cinque anni all'aumento dei costi sanitari. Per i cittadini stranieri appena arrivati e i frontalieri, 12 l'UDC chiede una franchigia e una quota a carico dell'assicurato legate all'età.

Maggiori disparità

Il PS, l'associazione professionale Avenir social, l'Unione sindacale svizzera e l'Unione delle città respingono categoricamente il progetto. L'aumento colpirebbe le persone anziane, a basso reddito o affette da malattie croniche. Anche le donne ne sarebbero colpite in modo sproporzionato, poiché optano più spesso per la franchigia minima. Queste misure non comporterebbero risparmi, ma trasferirebbero i costi ai Cantoni e ai Comuni. La città di Zurigo, ad esempio, prevede costi aggiuntivi pari a circa 2 milioni

di franchi all'anno. Secondo l'associazione svizzerotedesca per la tutela dei consumatori, nel 2025 quasi una persona su cinque in Svizzera ha rinunciato a consultare un medico per motivi finanziari, il che può comportare un aggravamento del decorso della malattia e costi indotti più elevati. L'organizzazione ha lanciato una petizione per chiedere l'abbandono di questo progetto.

D'accordo a metà

La Conferenza delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità sostiene l'aumento a 400 franchi, che ritiene accettabile dal punto di vista della politica sociale. Si mostra tuttavia critica nei confronti del meccanismo di adeguamento automatico. Lo stesso vale per il Centro. Il partito sostiene un aumento della franchigia, ma desidera osservarne gli effetti prima che venga introdotto un meccanismo di adeguamento. Per ridurre in modo sostenibile gli

Il 77% degli adulti sceglie 300 e 2.500

Secondo un sondaggio del sito comparis.ch, la franchigia più bassa (300 franchi) e la franchigia più alta (2.500 franchi) rappresentano insieme quasi il 77% di tutti i modelli assicurativi scelti. Le franchigie medie (da 500 a 2.000 franchi) vengono scelte molto meno. La franchigia di 300 franchi è l'opzione scelta più di frequente in quasi tutti i modelli assicurativi, in particolare nel modello Medico di famiglia (20,2%) e nel modello Standard (11,3%). La seconda scelta più popolare è la franchigia massima, che è particolarmente diffusa nel modello Medico di famiglia (14,7%) e nel modello Telmed, in crescita (7,9%). Nel modello HMO la franchigia massima viene scelta dal 4,9% degli assicurati.

Franchise minimale à 400 francs: un consensus fragile

 24 heures | 24.06.2026

Coûts de la santé - Le projet du Conseil fédéral d'augmenter la franchise de l'assurance maladie pour réduire les coûts de santé trouve un large soutien au terme de la procédure de consultation mardi. À condition que la hausse reste ponctuelle et que le mécanisme ne soit pas automatique.

Afin de responsabiliser les assurés dans leur consommation de soins, le gouvernement souhaite relever la franchise minimale de 300 à 400 francs et l'ajuster à l'avenir via un mécanisme automatique. Les partis bourgeois et les assureurs y sont favorables, tandis que le PS et les villes s'y opposent. Les cantons et Le Centre se situent entre les deux.

Alors que le PLR, l'UDC et la faïtière des assureurs prio.swiss saluent un projet qui devrait alléger les primes grevant la classe moyenne, le Parti socialiste et l'Union des villes s'inquiètent d'un accroissement des inégalités, du risque de reports de traitements ainsi que d'un transfert des coûts vers les cantons et les communes.

La Conférence des directeurs cantonaux de la Santé et Le Centre soutiennent la hausse si elle reste ponctuelle. Ils se montrent critiques à l'égard du mécanisme automatique. **(ATS)**

Gleichentags erschienen in

- Tribune de Genève

Bund will höhere Mindestfranchise

 Tages-Anzeiger | 24.06.2026

Krankenkassen - Wer die tiefste Franchise wählt, soll künftig mindestens 400 statt 300 Franken selber bezahlen.

Edgar Schuler

Jährlich 100 Franken mehr aus der eigenen Tasche: An dieser Frage entzündet sich der Streit um die Erhöhung der Mindestfranchise. Der Bundesrat will die Mindestfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung von heute 300 auf 400 Franken erhöhen. Gleichzeitig soll künftig ein automatischer Anpassungsmechanismus greifen: Steigen die Gesundheitskosten weiter, würde auch die Mindestfranchise automatisch steigen.

Mit der Reform verfolgt die Regierung ein bekanntes Ziel: Versicherte sollen medizinische Leistungen zurückhaltender in Anspruch nehmen und dadurch die Kostenentwicklung bremsen. Langfristig soll das auch den Prämienanstieg dämpfen. Der Vorschlag geht auf eine Motion von SVP-Nationalrätin Diana Gutjahr zurück.

Bürgerliche sehen Sparpotenzial

Unterstützung erhält die Vorlage von FDP und SVP sowie vom Versichererverband Prio.swiss. Sie argumentieren, eine höhere Mindestfranchise stärke die Eigenverantwortung und setze Anreize, Gesundheitsleistungen nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn sie tatsächlich notwendig seien.

Die Befürworter versprechen sich dadurch Einsparungen im Gesundheitswesen und eine Entlastung der Prämienzahlenden. Besonders der Mittelstand könne von einer Verlangsamung des Prämienwachstums profitieren, argumentieren sie.

SP, Städteverband und Konsumentenschutz lehnen die Vorlage dagegen ab. Sie bestreiten, dass höhere Franchisen die Gesundheitskosten nachhaltig senken.

Aus Sicht des Konsumentenschutzes bedeutet die Reform eine Verlagerung der Kosten von den Krankenkassen auf die Versicherten. Die Organisation verweist darauf, dass die tiefste Franchise vor allem von älteren Menschen sowie von chronisch Kranken gewählt werde. Laut Konsumentenschutz würden dadurch rund 410 Millionen Franken von den Krankenkassen auf die Patientinnen und Patienten verlagert.

Kantone sind gegen Anpassungsmechanismus

Zwischen den Lagern stehen die Gesundheitsdirektorenkonferenz und die Mitte-Partei. Sie unterstützen die einmalige Erhöhung der Mindestfranchise. Dem automatischen Anpassungsmechanismus stehen sie

jedoch skeptisch gegenüber. Sie befürchten, dass damit ein wichtiges gesundheitspolitisches Instrument weitgehend ohne erneute politische Diskussion angepasst würde.

Damit zeichnet sich in der Vernehmlassung ein zentraler Konflikt ab, der die Diskussion wohl weiter begleiten wird: Während die Befürworterinnen und Befürworter auf mehr Eigenverantwortung und tiefere Prämien hoffen, warnen die Gegner vor einer zusätzlichen finanziellen Belastung jener Versicherten, die medizinische Leistungen besonders häufig benötigen.

Mit Material der SDA

Gleichentags erschienen in

- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster
- Der Rheintaler
- Basler Zeitung
- Zürcher Unterländer
- Zürichsee-Zeitung
- Der Bund
- Thuner Tagblatt
- Berner Oberländer
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Der Landbote



Inhaltsart
Bericht

Kanton
LU

Region
Zentralschweiz (LU, UR, SZ,
OW, NW, ZG)

Sendung
Regionaljournal
Zentralschweiz

Topic Dossiers
Bildung im
Gesundheitswesen
Gesundheitswesen -
Zentralschweiz

KANTONAL / REGIONAL

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

LU – Das Bildungszentrum Xund Zentralschweiz für Fachleute in der Pflege will Lehre und Praxis noch enger verknüpfen

 Radio SRF 1 | 23.06.2026

 [Audio starten, Start: 19:58, Ende: 25:57](#)

BE – Réseau de l'Arc will die medizinische Versorgung im Jurabogen verbessern

 Bieler Tagblatt | 24.06.2026

Réseau de l'Arc macht Gewinn, während viele Spitäler rote Zeilen schreiben. Das erlaubt es der Gesundheitsorganisation, ihr Angebot auszubauen. Nun kommt es zu einem Wechsel an der Spitze.

Maeva Pleines /JdJ | Übersetzung: Corinna Klement

Unter dem Namen Réseau de l'Arc haben sich das Swiss Medical Network, der Kanton Bern sowie der Versicherer Visana mit dem Ziel zusammengeschlossen, das Schweizer Gesundheitssystem zu verbessern. Bei der Generalversammlung wurde Patrick Linder aus Saint-Imier zum Präsidenten des Verwaltungsrats ernannt. Er folgt damit auf Anthony Picard, der seine Funktion nach dem Erreichen der Maximaldauer von zehn Jahren abgibt.

Das Geschäftsjahr 2025 hat mit einem Gewinn abgeschlossen. Während viele Spitäler nur schwer über die Runden kommen, übersteigt der konsolidierte Umsatz des Réseau de l'Arc 165 Millionen Franken. Dazu beigetragen haben vor allem der Zuwachs von fünf Prozent bei den ambulanten Behandlungen und der kontinuierliche Ausbau der psychiatrischen Versorgung.

Picard führt die solide Finanzlage vor allem auf das Governance-Modell im Kanton Bern zurück. «Wir sind ein Unternehmen wie jedes andere auch und daher nicht immun gegen einen Konkurs. Der Verwaltungsrat und die Direktion haben zwei Aufgaben: die Versorgung erbringen, aber auch deren Finanzierung sicherstellen.»

Trotz aller Vorsicht wurde auch investiert. Auf die umfangreichen Bauprojekte der letzten Jahre an den Standorten Moutier und Saint-Imier werden weitere, wenn auch kleinere, folgen.

Vor drei Jahren wurde der Gesundheitsplan Viva lanciert. Mittlerweile zählt das Versicherungsmodell 4500 Kunden. Auch das Hospital-at-Home-Angebot – also die medizinische Betreuung zu Hause auf Spitalniveau – wird ausgebaut. Zudem wurden eigene Behandlungsangebote für Patienten mit chronischen Erkrankungen entwickelt.

Für Linder, Verwaltungsrat seit 2016 und nun Präsident, haben die integrierte und die medizinische Versorgung in Wohnortnähe auch künftig Priorität. «Ich bin von den Perspektiven überzeugt, welche die integrierte Versorgung eröffnet, aber auch, dass es weiterhin ein flexibles Versorgungsangebot in unserer Region braucht.»

Das Réseau de l'Arc baut seine regionale Präsenz stetig aus. Nach der Eröffnung des Medicentre Valbirse sind weitere Projekte in Planung, um dem Hausarztmangel und den Pensionierungen zu begegnen. Linder sieht darin eine sinnvolle Antwort auf die Herausforderungen in der Schweizer Allgemeinmedizin.