

HERAUSFORDERUNGEN DER GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN BERGREGIONEN

Positionspapier der «Alpensozis» (SP-Gruppe Bergkantone)¹
(9. Juni 2025)

Einleitung

Trotz wiederkehrender Angriffe neoliberaler Think-Thanks herrscht in der Schweiz traditionellerweise Konsens: Auch die Bergregionen sind wichtige Teile unseres Landes. Bund und Kantone stehen in der Pflicht, damit die Menschen, die dort leben, Zugang zu zahlbaren Wohnungen, guten Arbeitsplätze und einem funktionierenden Service Public haben, der sich nicht am Gewinn, sondern am Bedarf der Bevölkerung orientiert. Teil des Service Public ist der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung inklusive Pflege und Betreuung.

Fachkräftemangel, Kostenexplosion und ineffiziente Strukturen setzen die Gesundheitsversorgung in der Schweiz unter Druck. Durch Abwanderung insbesondere von jungen und gut ausgebildeten Menschen und durch den demografischen Wandel sind die Bergregionen davon umso stärker betroffen. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um eine umfassende Gesundheitsversorgung auch in diesen Gebieten sicherzustellen.

Dieses Positionspapier skizziert die Situation des Schweizer Gesundheitssystems im Allgemeinen sowie die spezifischen Herausforderungen der Bergkantone. Davon ausgehend diskutiert es Chancen und Risiken, stellt bereits laufende Projekte vor und formuliert notwendige Massnahmen.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass auch Biodiversitätsverlust, Umweltverschmutzung und Klimawandel die Gesundheit bedrohen. Die Klimakrise wirkt sich bereits heute direkt und indirekt auf die Gesundheit der Bevölkerung in den Bergregionen aus, beispielsweise durch die Zunahme von Hitzetagen, neue Krankheitsrisiken oder Extremwetterereignisse. Somit ist Klimaschutz immer auch Gesundheitsschutz – gerade im Berggebiet. Die Alpensozis setzen sich für eine Gesundheitspolitik ein, die ökologische, soziale und gesundheitliche Ziele miteinander verbindet – im Sinne eines umfassenden Schutzes von Mensch und Umwelt.

Das Schweizer Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem ist stark föderalistisch organisiert. Die Verantwortung ist zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden aufgeteilt. Der Bund setzt die Rahmenbedingungen. Die Kantone sind für die Umsetzung und Organisation der Gesundheitsversorgung verantwortlich, während die Gemeinden eine unterstützende Rolle spielen. In einzelnen Kantonen bzw. Regionen sind Gemeinden auch Leistungsträger entsprechender Institutionen, weshalb deren finanzielle Lage und Einsatzbereitschaft stark schwanken können und eine gleichbleibende Qualität der Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet ist.

¹ Mitglieder der SP-Gruppe Bergkantone sind die Kantonalparteien Bern, Glarus, Graubünden, Schwyz, Tessin, Uri, Wallis (Oberwallis und Valais Romand) sowie Appenzell-Innerrhoden und Nidwalden. Die Gruppe wurde 2017 neu gegründet, vgl. <https://www.alpensozis.ch/>.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) regelt die obligatorische Krankenversicherung und stellt sicher, dass alle Einwohner:innen Zugang zur Grundversicherung haben.

Es gibt verschiedene Tarfsysteme, nach denen erbrachte medizinische Leistungen abgerechnet werden:

- TARMED: Das aktuelle Tarfsystem für ambulante Leistungen. Es soll durch TARDOC ersetzt werden.
- SwissDRG: Das Fallpauschalensystem für stationäre Behandlungen. Den Krankenhäusern wird ein fester Betrag pro Fall bezahlt, basierend auf der Diagnose und der durchgeführten Behandlung. Ziel ist es, die Effizienz und Kostenkontrolle in den Spitälern zu verbessern.
- TARPSY: Das Tarfsystem für stationäre psychiatrische Behandlungen.
- TARDOC: Ein in der Entwicklung befindliches System zur Modernisierung der ambulanten Tarife (Ersatz für TARMED). Die Meinungen dazu sind geteilt.

Das Gesundheitswesen wird durch die obligatorische Krankenversicherung, durch freiwillige Zusatzversicherungen sowie durch Steuern und weitere Beiträge finanziert. Die Details sind im Folgenden kurz ausgeführt:

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP): Jede:r Einwohner:in der Schweiz muss eine Grundversicherung abschliessen. Diese deckt eine breite Palette an medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen ab, darunter Arztbesuche, Medikamente und Spitalaufenthalte. Neben der monatlichen Prämie für die Grundversicherung bezahlen die Patient:innen im Krankheitsfall einen Selbstbehalt. Betreuungskosten sind nicht versichert. Die Versicherten wählen eine sogenannte Franchise (Selbstbehalt) zwischen 300 und 2'500 Franken. Je höher die Franchise, umso tiefer die Prämien. Gleichzeitig bezahlt man die medizinischen Kosten im Krankheitsfall bis zu diesem Betrag selbst. Die Versicherungsprämien sind nicht einkommensabhängig, werden individuell pro Person erhoben und variieren je nach Kanton und Versicherer (bei gleichbleibendem Leistungskatalog). Prämienverbilligungen sind für Personen mit niedrigem Einkommen möglich und kantonal geregelt.
- Private Zusatzversicherungen: Neben der Grundversicherung können freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Diese decken zusätzliche Leistungen wie Einzelzimmer im Spital, komplementäre Heilmethoden oder Zahnarztkosten. Zusatzversicherungen sind nicht obligatorisch, Personen mit chronischen Krankheiten oder ältere Menschen sind in der Regel davon ausgeschlossen.
- Ausserdem wird die Gesundheitsversorgung durch Steuern und Beiträge der Kantone und Gemeinden finanziert. Die Aufteilung der Kosten variiert von Kanton zu Kanton.

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz erfolgt durch Hausärzt:innen und Spezialist:innen, in Spitälern und Kliniken, mit ambulanten Dienstleistungen sowie im Rahmen der Langzeitpflege.

- Hausärzt:innen und Spezialist:innen: Die medizinische Grundversorgung erfolgt in der Regel durch Hausärzt:innen. Patient:innen können grundsätzlich frei wählen, zu welchen Ärzt:innen sie gehen möchten. Bei bestimmten Versicherungsmodellen wird die freie Arztwahl freiwillig eingeschränkt.
- Spitäler und Kliniken: Die Schweiz verfügt über ein dichtes Netz von öffentlichen und privaten Spitälern. Die Kantone sind für die Planung und Finanzierung der öffentlichen Spitäler zuständig. Jeder Kanton führt eine Liste der Spitäler, die bestimmte Leistungen erbringen und dafür öffentlich finanziert werden.
- Ambulante medizinische Dienstleistungen werden durch niedergelassene Ärzt:innen, Gruppenpraxen und Gesundheitszentren erbracht. Zunehmend werden ambulante Leistungen auch durch Spitäler erbracht, gemäss der Devise: „ambulant vor

stationär“. Damit sollen Kosten gespart werden. Die Pflege älterer Menschen, die Langzeitpflege sowie die Übergangs- und die psychiatrische Pflege werden durch Spitex-Dienste (häusliche Pflege), freiberuflich tätige Pflegefachpersonen sowie durch Pflegeheime abgedeckt. Aufgrund von zunehmend ambulant durchgeführten operativen Eingriffen werden die Aufgaben der Spitex komplexer und erfordern spezialisiertes Wissen und hohe Fachkompetenz.

- Die Notfallversorgung wird durch eine Kombination von Rettungsdiensten, Notfallstationen in Spitälern, spezialisierte Notfallzentren und Pikettdienste der Hausärzt:innen sowie der Spitex gewährleistet. Die Notfallversorgung muss künftig auch auf klimabedingte Extremereignisse vorbereitet sein (direkte und indirekte Folgen von Erdbeben und Überschwemmungen, Hitzebelastungen in Alters- und Pflegeheimen usw.).
- Langzeitpflege und -betreuung sowie Palliativpflege: Bei chronischer Erkrankung und im Alter nimmt der privat zu tragende Anteil der Kosten deutlich zu. Oft genügen Löhne bzw. Renten nicht, um Pflege oder gar Betreuung selber zu finanzieren, weshalb viele Menschen auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind. Betreuungskosten müssen durch die Bezüger:innen selbst finanziert werden. Auch ist zu erwähnen, dass es in der Schweiz weiterhin an palliativen Angeboten mangelt.

Besondere Situation der Bergkantone

Das Gesundheitswesen in den Berggebieten ist durch Besonderheiten der Topografie, der Bevölkerungszusammensetzung und Besiedelung sowie der Ressourcenknappheit geprägt:

- Geografische Gegebenheiten und Erreichbarkeit: Viele Bergregionen sind schwer zugänglich, besonders im Winter, was den Transport von Patient:innen und medizinischem Personal² erschwert. Längere Anfahrtszeiten für Rettungsdienste und schwierige Wetterbedingungen können die Notfallversorgung beeinträchtigen.
- Bevölkerungsstruktur: In vielen Bergkantonen ist die Bevölkerung überaltert, was zu einem erhöhten Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen führt. Die Bereitstellung von altersgerechten Pflegeeinrichtungen, bezahlbaren Betreuungsstrukturen sowie die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung von chronisch Kranken sind wichtige Aufgaben.
- Tourismus: Insbesondere an touristischen Hotspots und in Skigebieten wird das Gesundheitswesen in Spitzenzeiten stark belastet, teilweise sogar überlastet. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss jederzeit sichergestellt werden können. Gleichzeitig können die Einheimischen teilweise auch profitieren, indem der Tourismus die Aufrechterhaltung gewisser Infrastrukturen ermöglicht.
- Ressourcen und Infrastruktur: Die Bergkantone haben noch mehr als andere Regionen mit einem Mangel an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitswesen zu kämpfen. Dies führt zu Engpässen in der Versorgung und kann die Qualität der medizinischen Dienstleistungen beeinträchtigen. In grenznahen Regionen wird die Gesundheitsversorgung zu einem grossen Teil durch Grenzgänger:innen aufrechterhalten. Kleinere Spitäler kämpfen mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten und haben Mühe, ein angemessenes Leistungsspektrum aufrechtzuerhalten. Dies führt zu einem Teufelskreis, weil diese Spitäler als Arbeitsplätze weniger attraktiv werden.
- Finanzielle Belastung: Die Kosten für die Gesundheitsversorgung in den Bergregionen sind aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte höher. Dies führt zu finanziellen Herausforderungen. Die Tarife sollten zwingend denjenigen der anderen Kantone entsprechen, können aber unter diesen Voraussetzungen die Kosten nicht decken. Die Aufrechterhaltung von Bereitschaftsangeboten wie Notfall und Geburtshilfe ist ebenfalls mit hohen Kosten verbunden; Bevölkerung und Tourismus

² Unter „medizinischem Personal“ verstehen wir alle Berufe, die für die Versorgung und Betreuung von Patient:innen verantwortlich sind: Ärzt:innen, Pflegepersonal, Betreuungspersonal, Therapiepersonal, Laborant:innen und weitere technische Berufe, Pharmazieberufe und MPA.

sind aber darauf angewiesen.

Angesichts dieser Herausforderungen müssen in den Bergregionen die Auswirkungen verfehlter Entwicklungen im Gesundheitswesen abgeschwächt und Ansätze zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung gefördert werden. Dazu gehören die flächendeckende Bildung von Gesundheitsversorgungsregionen (wie beispielsweise im Kanton Graubünden) sowie die Prüfung und Implementierung innovativer Versorgungsmodelle. Wichtig sind auch der Einsatz von Telemedizin und anderen digitalen Lösungen, um den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern, sowie die Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit und Anreize für Fachkräfte, in den Bergregionen zu arbeiten.

Krankenversicherung, Tarifsystem und Fallpauschalen: Die Abwärtsspirale der Gesundheitsversorgung im Berggebiet

Das **Tarifsystem** im Schweizer Gesundheitswesen (TARMED für ambulante Leistungen und SwissDRG für stationäre Behandlungen) hat in den Bergkantonen besonders negative Auswirkungen und verschärft die Herausforderungen in diesen Regionen weiter.

So sind zum Beispiel in vielen Bergkantonen die TARMED-Tarife niedriger als in städtischen Gebieten, was zu geringeren Einnahmen für Ärzt:innen führt. Dies trägt zum Personalmangel in diesen Regionen bei. Dadurch erhöhen sich Arbeitsbelastung und Stress des verbleibenden medizinischen Personals, was die Qualität der Versorgung beeinträchtigen kann.

Wie bereits erwähnt, haben Spitäler und Gesundheitseinrichtungen in Bergkantonen oft höhere Betriebskosten. Dies aufgrund der geografischen Gegebenheiten und der Notwendigkeit, eine breite Palette von Dienstleistungen aufrechtzuerhalten, um die Grundversorgung zu gewährleisten. Das Tarifsystem berücksichtigt diese höheren Kosten nicht ausreichend. In den Bergkantonen gibt es aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte ausserdem weniger Patient:innen, was zu höheren Pro-Kopf-Kosten führt. Diese können nicht durch die pauschale Vergütung nach SwissDRG abgedeckt werden. Dies führt dazu, dass kleine Spitäler in Bergkantonen ihre Betriebskosten nicht decken können und ihnen die Schliessung droht.

Aufgrund der finanziellen Belastung, des Fachkräftemangels und der geringeren Dichte an Gesundheitsdienstleistern können bestimmte spezialisierte medizinische Leistungen in den Bergkantonen nicht angeboten werden. Patient:innen müssen oft weite Wege in städtische Zentren auf sich nehmen, um diese Behandlungen zu erhalten. Dies führt zu zusätzlichen Kosten und Belastungen, insbesondere für ältere und weniger mobile Menschen, und somit zu Ungleichbehandlung. Gleichzeitig stehen Privatkliniken und gewinnorientierte Praxisgemeinschaften auch im Berggebiet in unerfreulicher Konkurrenz zu den öffentlichen Spitälern und zu Hausärzt:innen, die die Grundversorgung sicherstellen müssen und nicht nur „Filetstücke“ anbieten können.

Die geringeren finanziellen Ressourcen und die Abhängigkeit von standardisierten Tarifen können die Einführung neuer medizinischer Technologien und Behandlungsformen in den Bergkantonen verzögern. Dies führt zu einer Diskrepanz in der Qualität der medizinischen Versorgung zwischen Randregionen und städtischen Gebieten, und zudem zu einem Attraktivitätsverlust dieser Arbeitsplätze.

Fallpauschalen wurden eingeführt, um den Zugang zu medizinischen Leistungen zu standardisieren und Unterschiede in der Behandlungsqualität zu verringern, da sie einen einheitlichen Rahmen für die Vergütung schaffen. Jedoch bestehen Fehlanreize: Spitäler werden dazu verleitet, lukrative Behandlungen vorzuziehen und notwendige, aber weniger

profitable Behandlungen zu vernachlässigen. Dies führt zu einer Zweiklassenmedizin, bei der finanziell schwächere Patient:innen benachteiligt werden. Hinzu kommt, dass der Kostendruck die Qualität reduziert. Patient:innen werden teilweise vorzeitig entlassen, was zu höheren Rückfallraten, mehr Leiden und letztlich höheren Gesamtkosten führt. Da die Pauschalen auf Durchschnittskosten basieren und der spezifischen Ausgangslage nicht immer gerecht werden, kann diese starre Struktur dazu führen, dass Patient:innen mit komplexen oder seltenen Erkrankungen unzureichend versorgt werden. Der zunehmende Kostendruck und die Effizienzanforderungen verschlechtern ausserdem die Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal. Dies führt zu einem Mangel an qualifizierten Mitarbeitenden und einer geringeren Versorgungsqualität.

Aus sozialdemokratischer Sicht hat das Fallpauschalensystem die Probe nicht bestanden – es ist entweder grundlegend zu reformieren oder durch ein neues Tarifsystem zu ersetzen. Die Reformen müssen so gestaltet sein, dass sie nicht nur wirtschaftliche Effizienz, sondern vor allem eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung aller Patient:innen sicherstellen. Zentral sind Massnahmen zur Unterstützung von unterversorgten Patient:innen und Regionen, für gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal und zur Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Angehörigen. Alle Patient:innen sollen unabhängig von ihrer finanziellen Situation Zugang zu denselben Leistungen haben.

Es ist positiv zu werten, dass die gesamte Bevölkerung durch die **obligatorische Grundversicherung** Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen erhält. Für einen Grossteil der Bevölkerung stellen die Prämien allerdings eine massive finanzielle Belastung dar. Deshalb ist es höchste Zeit, diese einkommensabhängig zu gestalten, wie dies auch bei anderen Sozialversicherungen der Fall ist. Abzusehen ist von einer Erhöhung des Selbstbehalts bei der Grundversicherung sowie von Notfallgebühren. Diese führen zu einer Zweiklassenmedizin und sind aus gesundheitspolitischer Sicht unverantwortlich, da vor allem Menschen mit geringem Einkommen vom Arztbesuch abgehalten werden. Letztendlich werden die Kosten mit solchen Massnahmen nicht gedämpft, sondern sogar erhöht. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen führt zu hohen Verwaltungskosten, da jede Krankenkasse eigene Systeme und Marketingstrategien hat. Eine öffentliche Krankenkasse kann effizienter und kostengünstiger arbeiten. Es ist aus unserer Sicht nur noch eine Frage der Zeit, bis das bisherige ineffiziente und teure System abgelöst wird.

Zusatzversicherungen decken Leistungen ab, die über die Grundversorgung hinausgehen. Menschen mit Vorerkrankungen werden aber von den Zusatzversicherungen ausgeschlossen, und Menschen mit wenig Geld können sie sich nicht leisten. Wenn aus Spargründen Leistungen aus der Grundversicherung gekippt werden, droht eine Zweiklassenmedizin. Die Alpensozis setzen sich darum für eine umfassende und breite Grundversicherung ein und lehnen Streichungen von Leistungen aus dem Grundversicherungs-Katalog ab – im Interesse der Bevölkerung in den Berggebieten.

Entwicklungen, Chancen und Forderungen

- Die Annahme der Pflegeinitiative ist ein grosser Erfolg. Sie verbessert die Ressourcen für die Ausbildung des Pflegenachwuchses. Daneben stärkt sie die Anerkennung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen. Mit einem zweiten Umsetzungs-Paket sollen die Arbeitsbedingungen verbessert und die Sozialpartnerschaft sowie die Position der Mitarbeitenden durch eine Verhandlungspflicht für Gesamtarbeitsverträge gestärkt werden. Die Attraktivität der Gesundheitsberufe kann durch die Umsetzung der Pflegeinitiative gerade in den Berggebieten gesteigert werden, was die künftige Versorgungssicherheit verbessert. Die Alpensozis werden die Umsetzung in allen Bergkantonen genau beobachten und mit politischen Vorstössen flankieren.

- Nach 18jährigen Verhandlungen wurde die EFAS-Vorlage (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen) im November 2024 von der Stimmbevölkerung knapp gutgeheissen, dies nach einem Referendum der Gewerkschaften. EFAS zielt darauf ab, die Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu vereinheitlichen und dadurch die Effizienz und Transparenz des Gesundheitssystems zu verbessern. Besonders die ambulanten Leistungen sind derzeit ungenügend finanziert. Die Pflegekosten im Langzeitbereich sollen nach sieben Jahren integriert werden, dafür ist ein neuer Tarif notwendig. Der Pflegeberufsverband SBK hat gefordert, dass dieser Tarif kostendeckend sein müsse. Ein entsprechender Passus wurde ins Gesetz aufgenommen. Aus unserer Sicht ist eine demokratische Steuerung des Gesundheitssystems zentral. Es wurde erreicht, dass die Kantone durch die Mitfinanzierung zur Hälfte eine solche Steuerungsmöglichkeit erhalten. Auch hier gilt es, die Umsetzung im Sinne der Patient:innen und des Gesundheitspersonals zu beobachten.
- Die vom EDI für 2025 vorgesehene Steuerung der Anzahl von Spezialärzt:innen könnte sich auf die ärztliche Grundversorgung auch in der Peripherie positiv auswirken, kommt aber spät.
- Telemedizinische Angebote können den Zugang zu spezialisierten Gesundheitsdienstleistungen verbessern und Versorgungslücken schliessen.
- Mobile Gesundheitsdienste können in abgelegenen Gebieten eine regelmässige medizinische Grundversorgung sicherstellen.
- Digitale Gesundheitsplattformen und eine funktionierende Lösung für das elektronische Patient:innendossier können die Kommunikation zwischen Patient:innen und Gesundheitsdienstleistern verbessern und die Effizienz der Versorgung steigern.
- Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Kantonen und Gemeinden, gegebenenfalls auch über Landesgrenzen hinweg, kann Ressourcen bündeln und die Effizienz der Gesundheitsversorgung steigern.
- Spezifische Ausbildungsprogramme und Rekrutierungsinitiativen für medizinisches Personal, das in Bergregionen tätig sein möchte, kann den Fachkräftemangel lindern. Es braucht Massnahmen zur Förderung der Niederlassung von Allgemeinmediziner:innen insbesondere in den Bergregionen, zum Beispiel durch Anpassungen der kantonalen Gesetzgebung³ oder durch eine verstärkte Beteiligung der Kantone am Programm der Praxisassistentz⁴ – aber auch durch generell attraktive Wohn- und Lebensumstände im Berggebiet.
- Die Arbeitsbedingungen müssen auch für Ärzt:innen verbessert werden. Aktuell gilt für Assistenz- und Oberärzt:innen eine wöchentliche Soll-Arbeitszeit von 50 Stunden. Diese beinhaltet theoretisch 4 Stunden strukturierte und 4 Stunden individuelle Weiterbildung – in der Praxis sind es aber meist 50 Stunden reine Arbeitszeit. Der VSAO (Verbund schweizerische Assistenz- und Oberärzt:innen) fordert eine Anpassung der Arbeitszeit auf 42 Stunden plus 4 Stunden strukturierte Weiterbildung (Modell „42+4“).
- Die pflegerische und betreuende Grundversorgung wird zu einem grossen Teil von betreuenden Angehörigen gewährleistet. Sie sind auf einen schnellen Zugang zu Informationen in den Bereichen Entlastungsangebote und Koordination angewiesen.⁵
- Die Gesundheitsinfrastruktur im Berggebiet soll klimafreundlich und krisenfest ausgestaltet sein. Dazu gehören nachhaltig gebaute und versorgte Spitäler und Heime, gute Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Verkehr, Förderung nachhaltiger Mobilitätsformen (Elektromobilität, Fahrgemeinschaften), stabile regionale Versorgungsketten und Vorbereitung auf klimabedingte Extremereignisse.

³ <https://www4.ti.ch/user/librerie/php/GC/allegato.php?allid=163617> (Artikel 5b, Seite 18).

⁴ <https://www.siwf.ch/weiterbildung/praxisassistentz.cfm>, <https://www.ksgr.ch/hausarztmedizin>.

⁵ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/aktionsplan_pflug_angehoerige/bericht_des_br_angehoerige.pdf.download.pdf/bericht_des_br_zur_angehoerigenpflege_de.pdf.

2. Verstärkte Nutzung von Generika und Massnahmen zur Senkung der Medikamentenpreise.
3. Erhöhung der Ausbildungsquote, insbesondere im Bereich der Grundversorgung, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Zudem soll die Reglementierung der Advanced Practice Nurses (APN) umgesetzt werden.
4. Regelmässiges Monitoring des Gesundheitswesens, um die Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen zu überwachen.
5. Lösung zur Finanzierung von Betreuungsleistungen, um unnötige Heimeintritte aus finanziellen Gründen zu vermeiden.
6. Erhöhung der Tarife für Leistungen in der Grundversorgung (Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie).
7. Vollständige Umsetzung der Pflegeinitiative.
8. Umsetzung der Strategie „42+4“ für alle Assistenz- und Oberärzt:innen.
9. Schaffung von Rahmenbedingungen für die Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger.
10. Einführung einer öffentlichen Krankenkasse, um eine gerechte und solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens zu gewährleisten.
11. Einkommensabhängige Finanzierung des Gesundheitswesens.

Unsere Forderungen auf Kantonsebene und in den Bezirken bzw. Regionen

1. Förderung und Weiterentwicklung von Gesundheitsversorgungsregionen.
2. Weiterführung und Ausbau von Programmen zur Gewinnung von Psychiater:innen, Haus- und Kinderärzt:innen.
3. Beibehalten und Weiterentwickeln der Unterstützung von Regionen und Gemeinden, insbesondere in den Bereichen Prävention und niederschwellige Angebote.
4. Erleichterte Bewilligung innovativer Versorgungsstrukturen und Abbau von Hemmnissen.
5. Förderung der Zusammenarbeit aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen.
6. Auch die Kantone selber sollen enger kooperieren, um Synergien zu nutzen und die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten.
7. Der Ausbau intermediärer Strukturen und die Finanzierung der Betreuung sind dringend erforderlich, um pflegende und betreuende Angehörige zu unterstützen und ungewollte Heimeintritte zu vermeiden.
8. Aufbau von Palliative-Care-Netzwerken, damit Patient:innen auch in den Bergregionen zu Hause sterben können. Ergänzend braucht es Hospize, deren Finanzierung ebenfalls gesichert sein muss.
9. Gesamtarbeitsverträge fürs Gesundheitswesen in allen Kantonen, um die Arbeitsbedingungen deutlich zu verbessern und die Versorgung mit gut qualifizierten und motivierten Mitarbeitenden sicher zu stellen.
10. Vollständige Umsetzung der Pflegeinitiative.
11. Schaffung von kantonalen Ombudsstellen zur Meldung von Missständen.

Unsere Forderungen auf Gemeindeebene

1. Gemeinden sollen ihre Aufgabe in der Gesundheitsförderung und Prävention wahrnehmen. Die gemeindeübergreifende und regionale Zusammenarbeit muss verbessert und aktiv gepflegt werden.
2. Schaffung zielgruppenspezifischer Angebote, insbesondere für Familien, Jugendliche und ältere Menschen.
3. Sicherstellung einer niederschweligen Gesundheitsversorgung beispielsweise durch Gesundheitszentren und Permanence-Angebote. Verantwortlich sind hierfür sowohl die Kantone also auch die Gemeinden.
4. Schaffung von bezahlbarem Wohnraum und guter Infrastruktur zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität der Ansässigen wie auch der Zugezogenen.