

Sachdokumentation:

Signatur: DS 5787

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5787



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Standards statt Staatsdossier

Was das digitale Gesundheitswesen wirklich braucht

Christoph Eisenring, Diego Taboada, Emilie Dousse

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens gilt es voranzutreiben, denn sie verspricht Patienten, Leistungserbringern und der Forschung Vorteile. Doch der erste Anlauf mit dem **elektronischen Patientendossier ist gescheitert**.

Das eigentliche Problem im Gesundheitswesen ist aber nicht das fehlende Dossier, sondern dass die **verschiedenen Systeme nicht miteinander sprechen**. Die wichtigste Aufgabe des Bundes besteht deshalb darin, die Spielregeln für den **Datenaustausch** zu setzen – und nicht, selbst ein Dossier zu entwickeln.

Denn die konkreten Anwendungen sollten **dezentral, im Wettbewerb** und nah an den **Bedürfnissen** der Nutzerinnen und Nutzer entstehen.

1. Der Bund soll sich auf das Notwendige konzentrieren

Mit dem elektronischen Patientendossier (EPD) wollte der Bund die Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens vorantreiben. Medizinische Informationen sollten einfach zugänglich sein, Doppelspurigkeiten, Informationsverluste und unnötige Kosten abnehmen. Seit der schrittweisen Einführung im Jahr 2021 blieb der erhoffte Durchbruch jedoch aus. Nur gut jede hundertste Person in der Schweiz hat ein EPD eröffnet.

Ernüchterung breitete sich aus. Denn allein der Bund hat für das EPD in den letzten zehn Jahren 80 Mio. Franken ausgegeben; der Aufwand in den Kantonen und bei den Leistungserbringern ist nicht bekannt.⁻¹ Dazu kommt: Die Dossiers waren unvollständig, weil sich nur jeder zehnte Arzt beteiligt hat. Damit blieb das EPD im medizinischen Alltag unbrauchbar.

Dessen ungeachtet ist der Bundesrat weiterhin vom Potenzial des Dossiers überzeugt. Er unternimmt deshalb einen neuen Anlauf: Aus dem elektronischen Patientendossier soll nun das elektronische Gesundheitsdossier (E-GD)

Inhalt

1. Der Bund soll sich auf das Notwendige konzentrieren	1
2. Die grösste Hürde sind Informationssysteme, die nicht miteinander sprechen	2
3. Der Bund soll die Spielregeln setzen	5
4. Dezentrale Anwendungen schaffen den grössten Nutzen	6
5. Fazit: Die Basis schaffen, nicht die Anwendung vorgeben	7

werden. Für die Leistungserbringer soll es eine Anschlusspflicht ans E-GD geben, um sie zum Mitmachen bei der Erarbeitung von Standards zu bewegen. Im November 2025 hat der Bundesrat die Botschaft zum Gesetz ans Parlament überwiesen, wo es derzeit beraten wird.

Initiativen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens sind zwar sehr zu begrüßen. Doch die Stossrichtung gibt Anlass zur Sorge. Der Bund verfolgt zu viele Projekte gleichzeitig, statt sich auf das Wesentliche zu konzentrieren:

- Es gilt das echte Problem zu erkennen,
- die staatliche Rolle auf das Setzen der Spielregeln zu begrenzen und
- digitale Anwendungen nicht selbst zu entwickeln, sondern sie dort in privater Initiative entstehen zu lassen, wo sie einem Bedürfnis entsprechen.⁻²

Wenn der Bund sich auf diese drei Grundsätze beschränkt, kann sichergestellt werden, dass es nicht erneut zu einem Fiasko kommt.

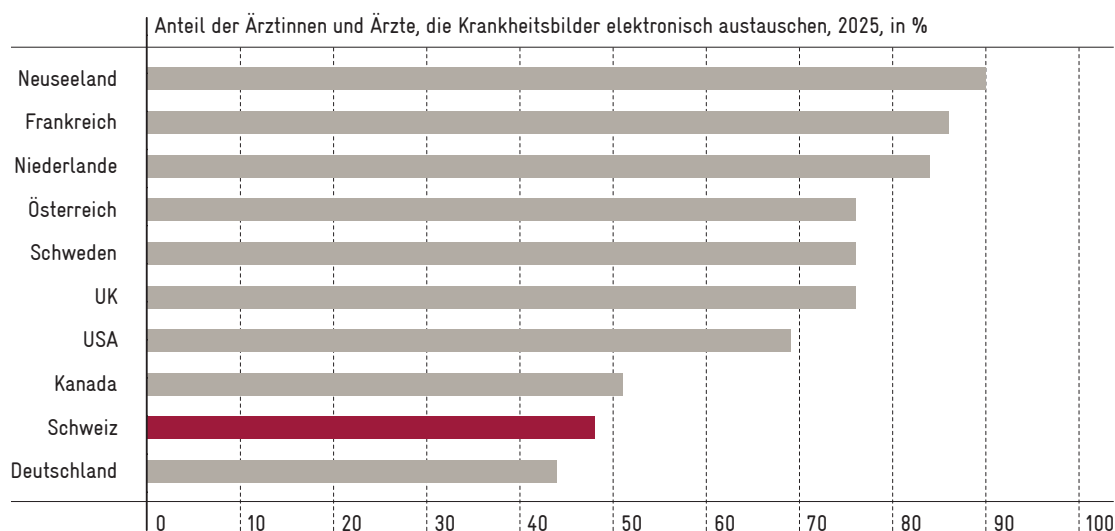
2. Die grösste Hürde sind Informationssysteme, die nicht miteinander sprechen

Die Digitalisierung ist ein abstraktes Konzept. Was sie im Gesundheitswesen bedeutet, zeigt ein konkretes Beispiel: Eine Patientin wird nach einer Operation aus dem Spital entlassen. Eine Woche später sitzt sie beim Hausarzt. Dieser sollte den Austrittsbericht, die aktuelle Medikationsliste und die Laborwerte in seinem System sehen oder zumindest elektronisch abfragen können – ohne mehrmalige telefonische Nachfrage beim Spital.

Damit das gelingt, müssen die Systeme der Gesundheitsdienstleister miteinander kommunizieren können, und dazu bedarf es einer gemeinsamen Sprache. Das heisst, die Praxis- und Klinikinformationssysteme (PIS und KIS) benötigen gemeinsame strukturierte Datenformate und Interoperabilität. Das ist heute oft nicht der Fall. Vielmehr steht die Schweiz hier international schlecht da (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Bei der digitalen Vernetzung harzt es

In der Schweiz können 48% der Ärztinnen und Ärzte Krankheitsbilder ihrer Patientinnen und Patienten mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern wie Spitälern oder Spezialisten elektronisch austauschen. Damit belegt die Schweiz im internationalen Vergleich den zweitniedrigsten Anteil.



Quelle: Obsan, 2026a.

Beim Bund laufen die Anstrengungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens unter dem Programm DigiSanté zusammen, das bis 2034 dauern soll. Es umfasst nicht weniger als 22 Projekte, darunter die Digitalisierung von Behördenprozessen und die Datennutzung für Forschung und Statistik. Das unverzichtbare Herzstück bildet der Swiss Health Data Space (SwissHDS): ein Gesundheitsdatenraum, der mit gemeinsamen Standards, Zugangsregeln

und Registern festlegt, wie Gesundheitsdaten in der Schweiz sicher ausgetauscht werden.

Das E-GD ist nur eine von etlichen Anwendungen, die auf dieser Infrastruktur aufbauen können. In der politischen Debatte steht jedoch häufig nicht die Infrastruktur, sondern das E-GD als Prestigeprojekt im Vordergrund. Das hat einen einfachen Grund: Ein Dossier, das für jeden Bürger und jede Bürgerin zum Speicher seiner bzw. ihrer Patientengeschich-

Box 1: Von den Erfahrungen in den USA und Dänemark lernen

In der Innovation im Gesundheitswesen liegt die Schweiz an der Spitze. Dies geht aus dem World Index of Healthcare Innovation hervor, den die amerikanische Foundation for Research on Equal Opportunity publiziert. In der Digitalisierung, die in den Gesamtindex einfließt, hat die Schweiz aber deutlich Luft nach oben: Hier kommt sie unter 32 untersuchten Ländern nur auf Position 19, die USA und Dänemark dagegen sind in der Spitzengruppe. Was kann die Schweiz von diesen beiden Ländern lernen?

Im «21st Century Cures Act» (2016) mit den zugehörigen Verordnungen (2020) hat die amerikanische Regierung den Datenhaltern offene, standardisierte Schnittstellen (Application Programming Interface, API) vorgeschrieben. Zertifizierte Systeme müssen einen definierten Kerndatensatz über API zugänglich machen. Dies soll die Voraussetzungen dafür schaffen, dass private Entwickler darauf Anwendungen entwickeln können. Auf der API-Schicht soll ein ganzes Ökosystem entstehen – von der Sammlung persönlicher Patientendaten auf dem Smartphone über Medikations- und Präventions-Apps bis hin zu Werkzeugen für die Forschung. Da in der Schweiz das Gesundheitswesen ähnlich dezentral organisiert ist wie in den USA, könnte sie sich von diesem Grundgedanken – offene Schnittstellen für Anwendungswettbewerb – inspirieren lassen.

Noch mehr als die USA gilt Dänemark als Vorreiter in der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Seit über zwanzig Jahren setzt das Land auf einen strukturierten und verbindlichen Umgang mit Daten, um die Interoperabilität der Informationssysteme sicherzustellen. Am Anfang stand der Aufbau eines gemeinsamen und kompatiblen Netzwerks für Gesundheitsdaten. Die Anbieter von Informatiksoftware müssen sich an strenge nationale Standards halten, welche die dänische Gesundheitsdatenbehörde festlegt. Zertifiziert und getestet werden ihre Systeme von MedCom, einer 1994 gegründeten und öffentlich finanzierten gemeinnützigen Organisation. Auf dieser interoperablen Grundlage entstand ein Jahrzehnt später das nationale Datenzugangsportal Sundhed.dk. Jede Person hat mithilfe ihrer bei der Geburt zugewiesenen elektronischen Identität Zugang dazu.

Die Lehre aus beiden Ländern lautet: zuerst Interoperabilität und Standards, dann die Anwendungen. In Dänemark hat man, als die Infrastruktur stand, ein staatliches Gesundheitsdossier ähnlich dem geplanten E-GD aufgebaut, während die USA auf ein privates Ökosystem an Anwendungen setzen. Für die Schweiz mit ihrem dezentral und wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen liegt der amerikanische Weg näher.

te werden soll, ist sichtbar und konkret. Standards und Schnittstellen dagegen bleiben für die meisten Menschen unsichtbar und abstrakt. Gerade deshalb droht die Politik dem sichtbaren Teil des Projekts mehr Aufmerksamkeit – und Geld – zu widmen als der unsichtbaren Infrastruktur. Dazu passt, dass der SwissHDS wegen des Spardrucks stark auf die Arbeiten für das E-GD ausgerichtet werden soll (DigiSanté, 2026).

Ob das E-GD diese Vorrangstellung verdient, ist mehr als fraglich. Vieles spricht dafür, dass eine staatliche Lösung einmal mehr an den Bedürfnissen vorbeizieht. So haben beim gescheiterten Anlauf zum elektronischen Patientendossier über 70 % der Inhaber keiner Gesundheitsfachperson Zugriffsrechte erteilt (Obsan, 2026b). Damit das neue E-GD im medizinischen Alltag einen Wert hätte, müsste sich dieses Verhalten grundlegend ändern. Ein Langzeitspeicher für die eigene Patientengeschichte mag zwar für manche Leute «nice to have» sein, reicht zur Begründung eines solchen Megaprojektes aber nicht aus.

Hinzu kommen die Kosten: Grosse Teile der Ärzteschaft befürchten, auf dem hohen Aufwand für das E-GD sitzenzubleiben, ohne einen entsprechenden Nutzen zu haben.⁻³ Zu Buche schlugen zum Beispiel die notwendigen Ausgaben für Anpassungen der Informationssysteme, für Schulungen und für die Unterstützung der Patientinnen und Patienten.⁻⁴ Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) beziffert den einmaligen Mehraufwand für die 17 500 Arztpraxen auf 9 bis 875 Mio. Franken, die jährlichen Kosten auf 5 bis 350 Mio. Franken (EFK, 2025). Die aussergewöhnlich grosse Spannweite der Schätzung ist Ausdruck der hohen Unsicherheit über die tatsächlichen Umsetzungskosten. Fundierte Schlüsse über den wirklichen Aufwand seien so nicht möglich, kritisierte die EFK den Bundesrat in ihrem Gutachten.⁻⁵ Ein Projekt

von unsicherem Nutzen und unklaren Kosten ist in finanzieller Hinsicht problematisch und zudem anfällig für unangenehme Überraschungen.

Der Fokus des Bundes sollte deshalb nicht dem Motto «Wir *entwickeln* ein elektronisches Gesundheitsdossier» folgen, sondern vielmehr «Wir *ermöglichen* die Digitalisierung des Gesundheitswesens». Und dafür braucht es zuallererst einen interoperablen Datenaustausch. Die Primärdaten sollten dabei bei den ursprünglichen Datenhaltern verbleiben, also bei Spitälern, Arztpraxen und anderen Leistungserbringern. Die Daten würden bei Bedarf («on demand») über standardisierte Schnittstellen in Echtzeit sicher abgefragt – genau dafür braucht es staatliche Vorgaben.

Und ein solches Gesetz befindet sich in Planung: Es heisst Bundesgesetz über den digitalen Datenraum Gesundheit (BDG) und wird die Grundlage für Aufbau, Betrieb und Weiterentwicklung des SwissHDS bilden. Bereits im parlamentarischen Prozess ist das E-GD. Es wird als spezielle Anwendung damit gesetzgeberisch der Basis, nämlich dem Gesundheitsdatenraum, vorgezogen. Das Pferd wird beim Schwanz aufgezäumt. Das E-GD soll sich in einen Rahmen einfügen, der rechtlich noch gar nicht existiert. Dieses Vorgehen überzeugt nicht: Entscheidend ist eine kohärente und zugängliche Datenbasis – und nicht ein darauf aufbauendes Produkt wie das E-GD.

Wenn der Aufbau einer solchen interoperablen Systemarchitektur gelingt, können die Daten unter klaren Regeln für die Behandlung der Patienten, zur Koordination in einer Behandlungskette und in der Forschung genutzt werden. Letzteres wäre für einen innovativen Pharma- und Universitäts-Standort Schweiz essenziell. Denn in einem solchen System liesse sich auch die Wirksamkeit neuer Therapien deutlich einfacher untersuchen.

3. Der Bund soll die Spielregeln setzen

Für den Aufbau einer interoperablen Systemarchitektur bedarf es klarer Vorgaben des Bundes, damit der Privatsektor loslegen kann. Bei den Vorgaben sind zwingend die entsprechenden Partner aus der Privatwirtschaft beizuziehen. Die Datenformate und Schnittstellen gilt es danach verbindlich festzulegen, um das Koordinationsproblem beim Austausch von Gesundheitsdaten zu lösen.

Eine Parallele aus dem Banking verdeutlicht die Rollenteilung: Die International Bank Account Number (IBAN), die jedem Konto eine eindeutige Kennziffer zuordnet, wurde zwar vom Bankensektor entwickelt, ihre flächendeckende Nutzung setzte sich jedoch erst durch staatliche Vorgaben durch. Die einzelnen Banking-Apps und -Portale wurden dagegen nicht vereinheitlicht, sondern entstanden im Wettbewerb.

Damit ähnliches im Gesundheitswesen möglich ist, sind drei Arten von Spielregeln notwendig:

- **Standards:** Der Bund sollte diese in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens erarbeiten, definieren und danach ihre Einhaltung überwachen. Da es sich bei dieser Sicherstellung der Interoperabilität um ein klassisches Koordinationsproblem handelt, sollte dieser Schritt öffentlich finanziert werden – wie das bei DigiSanté auch vorgesehen ist. Die Anwendungen selbst aber und deren Finanzierung würde den Privaten überlassen.
- **Anreize:** Interoperabilität allein genügt nicht. Ein interoperables System entfaltet seinen Nutzen nur, wenn relevante Daten verfügbar sind. Der Datenaustausch zwischen den an einer Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen sollte deshalb der Regelfall sein. Gleichzeitig sollten Patienten aber das Recht haben, einem solchen

Austausch zu widersprechen (Opt-out). Daher sind positive Anreize für die Freigabe von Daten zu prüfen. Denkbar wäre etwa ein Prämienrabatt für Versicherte, die den Datenaustausch zwischen ihren Leistungserbringern nicht einschränken. Für all das braucht es entsprechende rechtliche Grundlagen.

- **Datenschutz:** Die Regeln hierfür bestimmt der Gesetzgeber. Da die Daten dezentral bei den Datenhaltern verbleiben, ist es vor allem wichtig, dass die Zugriffe protokolliert werden. Denn nur so lassen sich unbefugte Abfragen nachträglich erkennen und sanktionieren.

Während der Bund die Regeln setzt, kann er beim Vollzug auf eine gewisse Dezentralisierung setzen. Die Zertifizierung der Informationssysteme könnte etwa privaten Stellen übertragen werden, die diese Dienstleistung gegen Gebühren erbringen. Denkbar wäre es auch, diese Aufgabe wie in Dänemark einer oder mehreren gemeinnützigen Organisationen anzuvertrauen. Eine solche Zertifizierung könnte den Wettbewerb unter den IT-Anbietern beleben: Spitäler, Ärzte und Apotheken wären nicht mehr an einen einzigen Anbieter gebunden, sondern könnten den Anbieter wechseln – unter begrenztem Aufwand. Selbstredend wäre es immer der Staat, der Regelverstösse sanktioniert.

Der entscheidende Hebel, um die Interoperabilität zu beschleunigen, liegt bei den Zulassungsbedingungen: Man könnte sich vorstellen, dass wer Leistungen zulasten der Grundversicherung abrechnen will, Informationssysteme nutzen müsste, die den Datenaustausch über zertifizierte Schnittstellen nach anerkannten Standards ermöglichen oder die an entsprechende Lösungen angeschlossen sind. Dies liesse sich in das bereits erwähnte Bundesgesetz über den digitalen Datenraum Gesundheit (BDG) einfügen.

4. Dezentrale Anwendungen schaffen den grössten Nutzen

Standards und Schnittstellen sind notwendig, aber sie schaffen für sich genommen noch keinen Wert. Ein solcher entsteht erst dort, wo Anwendungen konkrete Probleme lösen: von Patienten und Leistungserbringern sowie in der Forschung und Entwicklung. Ein staatlich vorgegebenes Gesundheitsdossier bildet die unterschiedlichen Ansprüche nicht ab. Der Nutzen entsteht dabei auf drei Ebenen:

01. Patientinnen und Patienten haben unterschiedliche Bedürfnisse. Manche möchten nur ihre Medikationsliste einsehen oder an Impfungen erinnert werden, andere wünschen sich eine umfassendere Dokumentation mit Laborwerten und Fitnessdaten. Eine staatliche Einheitslösung kann diese Vielfalt nicht abdecken. Im Wettbewerb können dagegen verschiedene Anbieter passgenaue Anwendungen entwickeln.

Einiges wird schon umgesetzt. Die von Versicherern und Leistungserbringern getragenen Firmen Well und Compassana etwa erleichtern bereits heute den Zugang zu medizinischen Diensten: Well bietet unter anderem Symptom-Checks, Terminbuchungen, Telemedizin und Medikamentenbestellungen an; Compassana hilft Patienten, Rezepte, Berichte und Kontakte zentral zu organisieren. Kürzlich wurde bekannt, dass die beiden Firmen fusionieren werden (Medinside, 2026).

Schon heute gibt es also Anwendungen, über die Versicherte auf dezentral gespeicherte Daten wie Laborberichte oder Medikationslisten zugreifen, Rezepte verlängern, Termine vereinbaren oder telemedizinische Leistungen nutzen können. Mit interoperablen Informationssystemen liesse sich dieses Angebot künftig schrittweise ausbauen und verbessern. Das würde das Leben für Patienten massgeblich vereinfachen.

02. Für Leistungserbringer wiederum liegt der Nutzen vor allem in effizienteren Abläufen. Kann eine Ärztin zum Beispiel relevante Daten in Echtzeit abfragen oder werden ihr neue Befunde automatisch angezeigt, spart ihr dies wertvolle Zeit, die sie für die Patientin einsetzen kann. Gerade hier gibt es viel Aufholpotenzial. So liegt die Schweiz beim elektronischen Austausch von Krankheitsbildern, Medikationslisten oder Überweisungen an Spezialisten zusammen mit Deutschland am Schluss in einer Gruppe von Vergleichsländern (vgl. Kapitel 2).

Um hier Verbesserungen zu erreichen, bietet sich ein schrittweises Vorgehen an. In einem ersten Schritt könnten sich die Beteiligten eines regionalen Netzwerks zum Beispiel auf wichtige Dokumente konzentrieren, also etwa Entlassungsberichte von Spitälern, Medikationslisten, Laborresultate. Ein Spitalarzt hätte dann Zugriff auf eine strukturierte Krankengeschichte, die beim Hausarzt des Patienten abgelegt ist. In diese Richtung geht das Projekt «Heureka» von mehreren Ärztenetzwerken, das Spitälern oder der Spitex den Zugriff auf Patientendaten ermöglicht, sofern der Patient einwilligt.

03. Für Forschung und Innovation sind hochwertige Gesundheitsdaten ebenfalls entscheidend. Sie ermöglichen es Universitäten sowie privaten Unternehmen, die Wirksamkeit neuer Therapien zu untersuchen, klinische Studien effizienter durchzuführen oder neue digitale Gesundheitsanwendungen zu entwickeln. Das ist gerade für die Schweizer Pharma- und Medizinaltechnikbranche ein wichtiger Standortfaktor. Klare Standards und Schnittstellen sind zentral, um die dezentral abgelegten Daten für Forschung und Entwicklung zu nutzen. Ebenfalls braucht es dazu klare Zugangs- und Datenschutzregeln. Für den Datenzugang könnte eine

Abgeltung verlangt werden, die die Arbeiten des Bundes und der Leistungserbringer mitfinanzieren würde.

All das zeigt: Aufgabe des Staates ist es einzig, die Spielregeln festzulegen (vgl. Kapitel 3). So können Gesundheitsdaten sicher und rechtlich verbindlich verarbeitet und ausgetauscht werden. Das ermöglicht dann individuelle Anwendungen und Auswertungen sowie Informationssysteme, die den grösstmöglichen Nutzen für die verschiedenen Anspruchsgruppen schaffen.

Mit einem solchen Vorgehen wird schliesslich auch sichergestellt, dass nur Projekte in Angriff genommen werden, die den Beteiligten absehbar einen Mehrwert versprechen. Dies mindert die Gefahr, dass Geld verschwendet wird, wie dies beim gescheiterten Patientendossier der Fall war.⁻⁶ Und wo ein solcher Mehrwert besteht, sollte sich auch eine Finanzierung finden: durch Leistungserbringer, Versicherer, Unternehmen und Patienten – und allenfalls den Kantonen (vgl. Box 2).

Box 2: Trial and Error in Baselland

Der Kanton Baselland will mit dem Projekt «OpenHealth BL» die digitalen Grundlagen für ein integriertes Versorgungsmodell schaffen und beteiligt sich auch finanziell daran. Der Kanton übernimmt hier eine Pionierfunktion. Wenn sich die Lösung bewährt, können andere Kantone davon lernen; wenn sie scheitert, bleibt der Schaden lokal begrenzt. Hier kann der Föderalismus seine Stärke ausspielen.

Der Datenaustausch in regionalen Versorgungsmodellen würde sich vereinfachen, wenn er auf den Arbeiten des Bundes zur Interoperabilität aufbauen könnte. Die Koordinationsprobleme würden geringer werden. Auch sonst dürfte die Experimentierfreude in den Kantonen demnächst zunehmen: Die ab 2028 geltende einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Efas) beseitigt falsche Anreize für stationäre Behandlungen und stärkt damit regionale Versorgungsnetze.

Sind also die Grundlagen für einen sicheren Datenaustausch einmal geschaffen, kann ein ganzes Ökosystem von Anwendungen entstehen. Gerade darin unterscheidet sich dieser Ansatz vom E-GD: Die Anwendungen schaffen für unterschiedliche Anspruchsgruppen einen konkreten Nutzen, während der Nutzen eines staatlich vorgegebenen Gesundheitsdossiers vage bleibt.

5. Fazit: Die Basis schaffen, nicht die Anwendung vorgeben

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat grosses Potenzial – für Patienten, Leistungserbringer und die Forschung. In der Schweizer Politik dominiert derzeit aber die Ansicht, dass dieses Potenzial vor allem mit dem elektronischen Gesundheitsdossier, dem E-GD, gehoben werden soll. Diese Folgerung ist falsch.

Die Fixierung der Politik auf das E-GD dürfte auch damit zu tun haben, dass sie die Dutzenden Millionen, die man für das «Vorgängermodell EPD» ausgegeben hat, nicht einfach abschreiben will. Dieses Argument sollte jedoch stutzig machen. Es entspricht jener Logik, die schon das EPD zu lange am Leben gehalten hat, obwohl es unbrauchbar war. Denn schlecht investiertes Geld bleibt schlecht investiert, auch wenn man weiteres Geld nachschiesst. Zählen sollte allein die vorwärts gerichtete Frage, ob der nächste eingesetzte Franken die Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens entscheidend voranbringt. Beim gescheiterten EPD wurde diese Frage nie ehrlich gestellt. Statt die fehlende Interoperabilität als Konstruktionsfehler anzuerkennen, floss weiter Geld.

Was das Potenzial der Digitalisierung derzeit brachliegen lässt, ist somit nicht das fehlende Dossier. Das eigentliche Hindernis ist die mangelnde Fähigkeit der Informationssysteme, miteinander zu kommunizieren, sowie die rechtlichen Unklarheiten und Hürden eines solchen Datenaustauschs. Hier muss der Bund ansetzen: Er sollte verbindliche Stan-

dards festlegen, welche die Interoperabilität ermöglichen, und die entsprechenden rechtlichen Grundlagen für den Austausch erlassen – die Prüfung und Zertifizierung der Datenverarbeitung kann durch private oder gemeinnützige Organisationen erfolgen.

Dies ist die Voraussetzung dafür, dass individuelle Anwendungen entstehen können, die auf den dezentral vorhandenen Daten aufbauen. Solche Anwendungen sollten privat und im Wettbewerb entstehen, damit sie die unterschiedlichsten Bedürfnisse möglichst gut bedienen können. Ein staatlich verordnetes Gesundheitsdossier unterliegt hingegen keinem Marktfeedback, an dem es sich ausrichten kann. Die Folge ist, dass es nicht auf individuelle Bedürfnisse eingehen wird und dass verschiedene Anbieter nicht um die beste Lösung wetteifern können.

Zusammenfassend beruht eine erfolgversprechende Digitalisierung des Gesundheitswesens auf drei Bereichen mit klar zugeteilten Rollen zwischen Staat und Privaten (vgl. Abbildung 2).

Nur wenn der Bund die richtige Basis legt, stehen die Chancen gut, dass die Schweiz ihren Rückstand bei der Digitalisierung ihres Gesundheitswesens aufholt. Ist erst einmal eine solide Grundlage geschaffen, werden Netze aus Leistungserbringern, Versicherern, privaten Dienstleistern und zuweilen Kantonen rasch passende Lösungen entwickeln und auch finanzieren. Der Bund sollte sich auf seine Kernkompetenz besinnen und bei den Anwendungen auf den Wettbewerb vertrauen. Mit seiner Basisarbeit kann er die Pferde zur Tränke führen, aber trinken dürfen sie schon selber.

Abbildung 2: Klare Arbeitsteilung zwischen dem Staat und den Privaten

Der Bund setzt Standards und sorgt für Interoperabilität, die Teilnehmer am Gesundheitsmarkt suchen nach konkreten digitalen Lösungen und Anwendungen. Ein staatliches elektronisches Gesundheitsdossier braucht es nicht.



Quelle: Eigene Darstellung

Endnoten

- 1 Das EPD kostet weiterhin Geld. Allein die Zürcher Spitäler geben jährlich etwa 2 Mio. Franken dafür aus, weil Bundesvorgaben dies verlangen (Hudec, 2026).
- 2 Sich auf das Wesentliche zu konzentrieren, verlangt auch der Spardruck. Für das mehrjährige Projekt DigiSanté hat das Parlament einen Kreditrahmen von 400 Mio. Franken gesprochen. Allein 2027 sollen aber die diesbezüglichen Ausgaben um 27,5 Mio. Franken und damit um fast die Hälfte gekürzt werden (Rostetter, 2026).
- 3 In den USA war das so. Der amerikanische Think-Tank Rand Corporation hatte noch 2005 geschätzt, dass die breite Einführung von elektronischen Patientendossiers in den USA zu Kostensenkungen von jährlich 81 Mrd. Dollar führen würde (Rand Corporation, 2005). Acht Jahre später musste man einräumen, dass sich die Einsparungen nicht materialisiert hatten. Als Hauptgrund wurde mangelnde Interoperabilität angeführt (Kellermann & Jones, 2013).
- 4 Laut Bundesratsvorschlag sollen die Informationssysteme der Leistungserbringer technisch an die Schnittstelle des E-GD angeschlossen werden, um einen automatisierten Datenaustausch zu ermöglichen.
- 5 Die Mehrkosten für die 1750 Spitäler und Heime sowie die restlichen 37 500 ambulanten Einrichtungen (Physiotherapie- und Zahnarztpraxen, Apotheken etc.) kommen noch dazu – und liegen ebenfalls im Dunkeln.
- 6 Die Post wird ihre Plattform für das elektronische Patientendossier Ende 2026 einstellen. Davon betroffen sind etwa 70 000 Dossiers. Die Nachfrage für das EPD sei gesunken, man wolle den Fokus auf das künftige E-GD setzen (Schweizerische Post, 2026).

Quellen

- Basel-Landschaft Regierungsrat (2026): Gesundheit BL 2030, Statusbericht 2026. <https://bl-api.webcloud7.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/organigramme/kanton-bl-statusbericht-gesundheit-2030-1.pdf>
- DigiSanté (2026): Programm DigiSanté aufgrund von Sparvorgaben neu priorisiert. <https://www.digisante.admin.ch/de/programm-digisante-sparvorgaben>
- Eidgenössische Finanzkontrolle (2025): Prüfung der Weiterentwicklung des Elektronischen Patientendossiers. https://www.efk.admin.ch/wp-content/uploads/publikationen/berichte/wirtschaft_und_verwaltung/informatikprojekte/24606/24606_endgueltige_fassung_v04.pdf
- Foundation for Research on Equal Opportunity (2024): World Index on Healthcare Innovation. <https://freopp.org/world-index-of-healthcare-innovation/>
- GfS Bern Swiss (2025): eHealth Barometer 2025: Digitalisierung ja – aber mit Vertrauen, Nutzen und klarer Umsetzung. <https://www.gfsbern.ch/de/news/swiss-ehealth-barometer-2025/>
- Hudec, Jan (2026): Das elektronische Patientendossier ist tot. Trotzdem müssen Spitäler und Heime dafür jedes Jahr Millionen zahlen. Neue Zürcher Zeitung, 20.06.2026. <https://www.nzz.ch/zuerich/das-elektronische-patientendossier-ist-tot-trotzdem-muessen-spitaeler-und-heime-dafuer-jedes-jahr-millionen-zahlen-ld.10011499>
- Kellermann, Arthur, & Jones, Spencer (2013): What it will take to achieve the as-yet-unfulfilled Promises of Health Information Technology. Health Affairs, 32(1). https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.0693?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed
- Medinside (2026): Schulterschluss von Compassana und Well. <https://www.medinside.ch/de/schulterschluss-von-compassana-und-well-ist-fix-20260824>
- Obsan (2026a): Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung. Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2026-01/obsan_01_2026_bericht.pdf
- Obsan (2026b): Das elektronische Patientendossier. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2026-das-elektronische-patientendossier>
- Rand Corporation (2005): Computerizing Medical Records Could Save \$81 Billion Annually and Improve the Quality of Medical Care. <https://www.rand.org/news/press/2005/09/14.html>
- Rostetter, Andri (2026): Noch weniger Geld für die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Neue Zürcher Zeitung, 30.05.2026. <https://www.nzz.ch/schweiz/der-bund-will-das-gesundheitswesen-bis-2034-digital-modernisieren-doch-kaum-ist-das-programm-digisante-gestartet-muss-es-wegen-sparvorgaben-neu-priorisiert-werden-ld.10009033>
- Schweizerische Post (2026): Die Post richtet ihren Fokus auf das elektronische Gesundheitsdossier E-GD. <https://site.post.ch/de/ueber-uns/medien/medienmitteilungen/die-post-richtet-ihren-fokus-auf-das-elektronische-gesundheitsdossier-e-gd>

Dank

Die Autorin und die Autoren danken Prof. Dr. Karen Horn, Mitglied der Programmkommission von Avenir Suisse, für das externe Lektorat. Gespräche mit Fachleuten aus der Branche haben zudem das Verständnis vertieft und die Studie inhaltlich bereichert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Publikation liegt allein bei den Autoren und beim Direktor von Avenir Suisse, Jürg Müller.

Autoren Christoph Eisenring, Diego Taboada, Emilie Dousse
Lektorat Patrick Leisibach
Gestaltung Ernie Ernst
Herausgeber Avenir Suisse, Zürich
ISSN 2813-8473
DOI doi.org/10.5281/zenodo.21470984
Download avenir-suisse.ch/publication/standards-statt-staatsdossier/

avenir suisse



Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Da Avenir Suisse an der Verbreitung der hier präsentierten Ideen interessiert ist, ist die Verwertung der Erkenntnisse, Daten und Abbildungen dieser Publikation durch Dritte ausdrücklich erwünscht, sofern die Quelle exakt und gut sichtbar angegeben wird und die gesetzlichen Urheberrechtsbestimmungen eingehalten werden.

avenir-suisse.ch info@avenir-suisse.ch +41 44 445 90 00

