



## Gastkommentar

Esther Pauchard, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Autorin und Referentin.  
Seite 2



## Politik

Qualität im Gesundheitswesen messen – aber wie?  
Seite 3



## Digitalisierung

«Aus blossen Datensammeln entsteht kein Nutzen»  
Seite 4

# POLITIK+PATIENT

22. Jahrgang  
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG  
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Markus Gubler, Andrea Renggli; forum | pr  
Layout: Claudia Bernet, Bern  
Druck: Stämpfli AG

**VEDAG** Verband  
Deutschschweizer  
Ärztegesellschaften

Gesundheitskosten

## Medikamente aus dem Ausland: kein Rezept für tiefere Prämien

**Bezahlen Krankenkassen schon bald Medikamente, die im Ausland gekauft wurden? Das Territorialitätsprinzip im KVG steht unter Beschuss. Doch die Einsparmöglichkeiten sind wohl geringer als erhofft.**



Die obligatorische Krankenkasse in der Schweiz bezahlt nur Medikamente und Medizinprodukte, die in der Schweiz bezogen werden.

Bild: Keystone

Im Ausland sind Medikamente oder Therapien oftmals billiger als in der Schweiz. Das liegt nicht daran, dass die Qualität der Behandlung schlechter ist, sondern am allgemein niedrigeren Preisniveau. In den Grenzkantonen der Schweiz wäre es deshalb für viele Menschen naheliegend, beispielsweise ihr Medi-

kament in einer Apotheke in Frankreich zu kaufen, oder einen Labortest in Deutschland in Auftrag zu geben. Allerdings bezahlt die Grundversicherung der Krankenkassen solche Leistungen in der Regel nicht. Denn im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist das

*Fortsetzung auf Seite 2*

Politik

## Am runden Tisch

Kostendämpfung ist seit Jahren ein grosses Thema im Departement des Innern. Der vorherige Gesundheitsminister Alain Berset wählte den technokratischen Ansatz und gab einen Expertenbericht in Auftrag. Die darin vorgeschlagenen Sparmassnahmen waren jedoch zu einem guten Teil gesundheitspolitisch fragwürdig. Entsprechend gross war der Widerstand der Verbände der Ärztinnen und Ärzte. Und auch das Parlament zerpflückte die Massnahmenpakete, so dass letztlich nicht mehr viel davon übrigblieb. Betsers Nachfolgerin im Amt, Elisabeth Baume-Schneider, wählte deshalb einen anderen Weg. An einem runden Tisch sollen Vertreter der Gesundheitsberufe direkt mitreden; ebenfalls mit dabei waren die Patientenorganisationen und der Preisüberwacher. So wurden 38 Massnahmen erarbeitet, unter anderem: die Verwaltungskosten der Krankenkassen um 2 Prozent senken, Behandlungen ohne Mehrwert für die Patienten identifizieren (Initiative Smarter Medicine), mehr Behandlungen ambulant statt stationär durchführen und auf digitale Rechnungen umstellen.

Gute Politik lebt vom Dialog und nicht von Anordnungen über die Köpfe derer hinweg, die sie umsetzen müssen. Das hat Elisabeth Baume-Schneider verstanden. Allerdings musste auch sie erkennen: Es ist nicht so einfach, relevante Einsparungen im Gesundheitswesen zu erzielen. Durch die 38 Massnahmen sollen jährlich 300 Millionen Franken eingespart werden – das entspricht rund einem Prozent der Gesundheitskosten. Dadurch allein sinken die Krankenkassenprämien nur wenig. Dennoch hat Elisabeth Baume-Schneider mehr erreicht als ihr Vorgänger. Denn was die Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam mit dem Bundesrat am runden Tisch beschlossen haben, lässt sich allein durch Selbstverpflichtung, Information und Sensibilisierung umsetzen – der Umweg über das Parlament bleibt aus. Und noch viel wichtiger: Es werden keine medizinisch notwendigen und sinnvollen Leistungen gekürzt.

sogenannte Territorialitätsprinzip festgeschrieben. Es besagt, dass die obligatorische Krankenkasse nur Behandlungen bezahlt, die von in der Schweiz zugelassenen Ärzten erbracht werden. Und Medikamente sowie Medizinprodukte müssen in der Schweiz bezogen werden. Ausnahmen gelten etwa bei Notfällen auf Reisen oder wenn eine Therapie in der Schweiz nicht angeboten wird.

### Parlament will Status Quo

Seit einigen Jahren stellen Politikerinnen und Politiker das Territorialitätsprinzip zunehmend in Frage. Mehrere Vorstösse verlangten die Vergütung von im Ausland gekauften Medikamenten sowie Mitteln und Gegenständen, also z.B. Verbandsmaterial oder Inhalationsgeräten. Zuletzt hat das Parlament im Herbst des vergangenen Jahres ausführlich über eine entsprechende Motion diskutiert. Doch die Mehrheit des Ständerats sprach sich dagegen aus, das Territorialitätsprinzip aufzuweichen – trotz gegenteiliger Meinung von Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider.

### Mehr als Wirtschaftsprotektionismus

Die Gegner des Vorstosses befürchten negative Folgen für Apotheken und für den Forschungsstandort Schweiz. Doch es geht um mehr als reinen Wirtschaftsprotektionismus. Für Ärztinnen und Ärzte steht der Patientenschutz im Vordergrund. Denn Einkäufe im Ausland werden nicht in einem Medikationsplan erfasst, schon gar nicht in einem elektronischen Patientendossier. Dies birgt ein Risiko für unerwünschte Wechselwirkungen. Und wie erfährt der Patient bei einem Kauf im Ausland von einem Rückruf des Medikaments? Wer haftet, wenn der Patient beim Kauf falsch beraten wurde?

Das Territorialitätsprinzip betrifft auch die Versorgungssicherheit: Die Schweiz ist ein kleiner Markt. Für Medikamentenhersteller ist die Zulassung neuer Arzneimittel deshalb relativ aufwändig. Dürfen Schweizer Patienten ihre Medikamente im Ausland kaufen, könnten manche Pharmahersteller auf diesen Aufwand verzichten und keine Zulassung mehr beantragen. Neue Medikamente kämen dann in der Schweiz gar nicht mehr auf den Markt.

### Schweizer Anbieter unter Druck setzen

Die Befürworter sehen keine Gefahr für die Patienten oder für die Versorgungssicherheit; zumal voraussichtlich nur wenige Schweizerinnen und Schweizer ihre Medikamente tatsächlich im Ausland kaufen würden. Denn dass die Krankenkassen auch Medikamente aus dem Versandhandel bezahlen müssen, war bisher kein Thema. Hingegen erhofft man sich, dass durch die Aufweichung des Territorialitätsprinzips auch die Schweizer Anbieter unter Druck kommen und ihre Preise senken.

Auf die Gesundheitskosten und somit auf die Krankenkassenprämien hätte die Änderung kaum einen Einfluss. Dies zeigt ein Bericht des Bundesrates aus dem Jahr 2021 über die Lockerung des Territorialitätsprinzips am Beispiel der Hörgeräte. Hörbehinderte können bereits seit 2011 Hörgeräte im Ausland kaufen. Die AHV und IV erstatten einen Pauschalbetrag. Wer also ein günstiges Gerät in Deutschland oder Frankreich kauft, kann den Rest behalten. Allerdings haben nur zwei Prozent diese Möglichkeit genutzt und ihr Hörgerät im Ausland gekauft. Entsprechend blieb auch der Preisdruck auf die Schweizer Anbieter aus.

### Vertrauen ist wichtiger als der Preis

Warum scheiterte der Plan? Hörgeräte sind Vertrauensgüter. So bezeichnet man Produkte, über die der Verkäufer mehr weiss als der Käufer. Anders als bei Lebensmitteln oder Kleidern können die meisten Menschen die Qualität der verschiedenen Hörgeräte nicht selber einschätzen. Die Konsumenten wählen deshalb einen Verkäufer, dem sie vertrauen. Das ist wichtiger als der Preis. Der Bund kommt in seinem Bericht zum Schluss: Wenn man das Territorialitätsprinzip aufhebt, ist das Risiko einer Fehlberatung grösser als das Einsparpotenzial. Doch der Druck, nach Lösungen zu suchen, die sowohl die Kosten im Griff behalten als auch die Versorgungssicherheit und den Patientenschutz gewährleisten, wird nicht nachlassen.

Gastkommentar

## Patient: Gesundheitswesen. Diagnose? Therapie?

Dass unser Gesundheitswesen schwächelt, wissen wir schon lange. Aber woran genau krankt es? Liegt es an der Politik, an der Finanzierung? An der Bevölkerungspyramide, die heute mehr nach Tannenbaum aussieht? Am Fachkräftemangel? Die Diagnose entzieht sich uns. Also behandeln wir off label. Versuchen es mit wohlklingenden Strategien und Werkzeugen: Digitalisierung. Attraktive Weiterbildung. Bessere Tarife. Weniger Bürokratie. Klingt alles sehr gut. Funktionierte aber nicht recht. Je älter ich werde, desto mehr drängt sich mir die Ahnung auf, dass wir am falschen Ort zu behandeln versuchen. Wir schnippeln hektisch am Blattwerk herum, während die Wurzeln faulen.

Wie steht es mit unserer Haltung? Nicht nur im Gesundheitswesen, sondern als ganze Gesellschaft pflegen wir munter Mythen und Illusionen. Dass wir hundertprozentige Sicherheit und Perfektion verlangen dürfen. Dass Unannehmlichkeiten und Anstrengung unzumutbar seien. Dass Gesundheit ein Konsumgut sei, das die Medizin prompt zu liefern habe. Wir haben vergessen, dass der Mensch mehr ist als nur eine Bio-Maschine, eine Ansammlung von Funktionen und Rezeptoren. Wir haben vergessen, dass Gesundheit nichts Absolutes, Perfektes ist, sondern eine weite Fläche – erinnern Sie sich an die Gauss'sche Glockenkurve? Wir haben vergessen, dass Dinge wie Schmerz, Krankheit, Belastungen und Verluste keine Kunstfehler, sondern Teil unseres menschlichen Daseins sind. Und wir haben vergessen, dass wir alle sterben werden.

Solange wir davon ausgehen, dass alles machbar ist, solange wir die Fäulnis an der Wurzel nicht angehen und den scharfkantigen Fragen ins Auge sehen, wird, so fürchte ich, der Patient Gesundheitswesen sich nicht erholen.

*Der Gastkommentar gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder, die von der Haltung der Ärzteschaft und der Redaktion abweichen kann.*



**Dr. med. Esther Pauchard**  
Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie,  
Autorin und Referentin  
Foto: Bea Lanz

# Qualität im Gesundheitswesen messen – aber wie?

**Ein gutes Gesundheitswesen ist wichtig, da sind sich in der Schweiz alle einig. Die Frage, wie man Qualität messen und gewährleisten kann, ist jedoch etwas komplizierter.**



Wenn die Qualitätsmessung zu viel Zeit oder Geld kostet, muss bei den Behandlungen am Patienten gespart werden. Diesen Widerspruch gilt es zu vermeiden.

Bild: Keystone

«Die Qualität ist ein gemeinsames Ziel», sagt Matthias Schindler, Projektleiter Qualität beim Krankenversichererverband «Prio.Swiss». Versicherer, Leistungserbringer und natürlich auch die Patienten haben Interesse an einem gut funktionierenden Gesundheitssystem. Ein besonders vielversprechendes Instrument sind Schindlers Ansicht nach Qualitätsverträge. Denn sie bringen eine gewisse Verbindlichkeit. Die Qualitätsverträge sind Teil des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Das Prinzip: Der Verband der Krankenversicherer handelt mit den Verbänden der Leistungserbringer Verträge aus. Geregelt werden Messungen, Massnahmen zur Verbesserung der Qualität sowie Sanktionen bei einer Verletzung des Vertrags. Wie genau die Punkte aussehen, hängt von den einzelnen Verträgen ab. Bei den Sanktionen ist beispielsweise eine Meldung an die Kantone möglich. Auch das KVG selbst sieht Sanktionen vor, im Extremfall einen Ausschluss von der Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung.

Mehr Qualität dank Verbindlichkeit – das klingt gut. Allerdings bleiben Fragen offen: Kann man die Qualität im Gesundheitswesen überhaupt messen? Verursachen die Verträge für Ärzte, Spitäler oder Versicherer nicht noch mehr Regulierung?

## Zahlreiche Messungen möglich – zu viele?

Zur Messung der Qualität im Gesundheitswesen gibt es verschiedene Ansätze. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) führt diverse Indikatoren an. Standardisierte Fragebögen können den Fokus auf die Patienten legen. Dabei wird erfasst, wie zufrieden sie mit der Behandlung und dem Ergebnis sind. Vorteil: Das Wohlbefinden des Patienten steht im Vordergrund. Nachteil: Subjektive Verzerrungen sind möglich. Denn Patienten können die Qualität einer Behandlung meistens nicht einschätzen. Daneben gibt es «trockenere» Daten zur Qualitätsmessung: postoperative Wundinfektionen, ungeplante Wiedereintritte oder die Anzahl durchgeführter Operationen eines Spitals.

Ein auffälliges Beispiel ist Norwegen: Um die Qualität des Gesundheitswesens zu verbessern, hat man dort fast 200 Messgrössen definiert, die mit finanziellen Anreizen für die Spitäler verknüpft werden. Dazu gehören Überlebensraten, Wartezeiten oder Patientenumfragen. Eine signifikante Verbesserung der Qualität konnte seither nicht festgestellt werden. Da die Massnahme aber im ganzen Land gleichzeitig umgesetzt wurde, fehlt eine direkte Vergleichsgruppe. Eine neutrale Auswertung ist somit nicht möglich. Sind so viele Messungen und Kriterien nötig? Und führt das nicht zum Fehlreiz, dass die Spitäler vor allem jene Fälle annehmen, die gute Qualitätsindikatoren ergeben?

Wichtig ist, dass die Qualitätsmessungen nicht übermässig Ressourcen binden. Wenn sie zu viel Zeit oder Geld kosten, muss bei den Behandlungen selbst gespart werden. Um dem entgegenzuwirken, werden die eingangs erwähnten Qualitätsverträge von den Verbänden selbst ausgearbeitet. Das potenzielle Eingreifen des Bundes ist ein Druckmittel. Dennoch haben die Akteure Spielraum.

Bisher ist erst ein Qualitätsvertrag in Kraft, derjenige zwischen «Prio.Swiss» und H+, dem Spitalverband. Zu wenig, monierte die Geschäftsprüfungskommission des Ständerats im Sommer. Inzwischen wurden weitere Verträge eingereicht – jene mit den Verbänden der Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Ernährungsberaterinnen und der Ergotherapeuten – die der Bundesrat aber noch genehmigen muss.

## Qualität als Daueraufgabe

Eine Herausforderung bei der Qualitätsmessung ist die Vielzahl an (staatlichen) Akteuren – die Aufgabenteilung scheint unklar. Zusätzlich zum Bund, zu den Verbänden sowie zum ANQ spielt auch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) eine Rolle, die die Qualitätsentwicklung überwacht. Im Januar 2026 hat zudem die Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) ihre Arbeit aufgenommen. Sie wurde im Rahmen des Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative kreiert und soll die Kostenentwicklung überwachen.

Klar ist: Es ist ein Trugschluss zu glauben, dass mehr Regulierung automatisch mehr Qualität bringt. Vorgaben sollen die Behandlung unterstützen, nicht kontraproduktiv sein.

# «Aus blossem Datensammeln entsteht kein Nutzen»

**Digital Health wird oft als Zaubерlösung verkauft, endet aber nicht selten als teurer Selbstzweck, wie das gescheiterte elektronische Patientendossier zeigt. Im Interview zeigt Leander Muheim, Geschäftsführer von mediX zürich und Vizepräsident von mediX schweiz, was besser werden muss.**



Leander Muheim, Vizepräsident von mediX Schweiz, sieht wenig Spielraum bei der Kostenoptimierung durch das E-GD: «Bei IT-Projekten werden Effizienzgewinne oft überschätzt.» Bild: zVg

**Leander Muheim, in den Schweizer Praxen und Spitälern sind rund 100 verschiedene Praxisinformationssysteme (PIS) im Einsatz. Das erschwert den Austausch von strukturierten Gesundheitsdaten. Warum setzt die Schweiz nicht auf ein nationales, einheitliches PIS?**

Vor knapp zehn Jahren haben wir bei mediX diesen Ansatz verfolgt. Viele Gründe sprechen allerdings dagegen: Die Wechselkosten für die Praxen sind hoch, die betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Bedürfnisse sind zu unterschiedlich und der Schweizer Markt ist zu klein. Dann kamen wir zur entscheidenden Einsicht: Die einzig sinnvolle Lösung ist, die Heterogenität zu akzeptieren – und die verschiedenen Systeme so zu verbinden, dass sie strukturiert miteinander kommunizieren. Es werden nie alle Praxen mit derselben Software arbeiten – und es ist auch nicht erstrebenswert. Die Erkenntnis war der entscheidende Auslöser für die Entwicklung von Heureka Health, einer Schnittstellenlösung, die mediX gemeinsam mit Mitbewerbern entwickelt hat. Sie ermöglicht den einheitlich strukturierten Austausch der Daten, auch ausserhalb unseres Netzwerks.

**Das Problem des strukturierten Austausches von Daten ist auch eine Herausforderung beim elektronischen Patientendossier (EPD). mediX-Präsident Felix Huber hat sich zum EPD kritisch geäussert: Im Wesentlichen sei es eine nutzlose Ansammlung von PDF. Teilen Sie diese Sicht?**

**Die Nutzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) blieb unter den Erwartungen. Der Bundesrat hat daher im November 2025 eine andere Richtung eingeschlagen: Aus dem EPD wird das elektronische Gesundheitsdossier (E-GD). Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz erhält automatisch ein Dossier. Wer keines will, kann es löschen lassen. Neben Spitälern und Pflegeeinrichtungen werden neu auch Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und weitere ambulante Leistungserbringer verpflichtet, das E-GD zu nutzen. Der Bund wird das schweizweit einheitliche Informationssystem verantworten. Das E-GD soll auf das Jahr 2030 hin eingeführt werden.**

Ja. Die Kernkritik war, dass es im klinischen Alltag keinen Nutzen bringt. Solange ein System den Gesundheitsfachpersonen an der Front keine konkreten Probleme löst, wird es auch nicht angewendet.

**Nun soll alles anders werden: Löst das neue elektronische Gesundheitsdossier (E-GD) die Probleme?**

Eine Neuaufsetzung kann sinnvoll sein – wenn der Bundesrat diese nutzt, um verbindliche Standards und günstige Rahmenbedingungen zu schaffen. In der Rolle des IT-Unternehmers sehe ich den Bund jedoch nicht. Entscheidend wird am Ende sein, ob das E-GD im Alltag einen spürbaren Nutzen bringt. Viele Digitalprojekte stellen den Patienten ins Zentrum. Das klingt zwar gut, funktioniert in der Praxis jedoch nur begrenzt: Solange Menschen gesund sind, pflegen sie ihre Gesundheitsdaten selten aktiv. Systeme, die darauf angewiesen sind, scheitern. Im Zentrum müssen vielmehr die Nutzer stehen, die damit täglich arbeiten – die Gesundheitsfachpersonen. Ihnen muss das E-GD bei bestehenden Abläufen einen konkreten Mehrwert liefern. Strukturierte und aktuelle Daten wären ein grosser Schritt nach vorn. Entscheidend bleibt jedoch, ob diese Informationen so verfügbar sind, dass sie im klinischen Alltag wirklich genutzt werden können – ohne zusätzlichen administrativen Aufwand.

**Wie blicken Sie auf die Einführung des E-GD?**

Es hängt stark von der Umsetzung ab – und auch davon, wie DigiSanté und deren geplante Standards

vorankommen. Die Zeitpläne scheinen mir extrem ambitioniert; es wird länger als 2030 dauern, denn regulatorische Prozesse sind oft langwierig. Entscheidend ist, wie viel Mitgestaltung «von unten» zugelassen wird. Setzt der Regulator klare Leitplanken, Standards und Rechtssicherheit, und überlässt die konkrete Umsetzung den Akteuren im Feld, entstehen nutzerorientierte Lösungen mit echtem Mehrwert. Dominieren hingegen autoritäre Vorgaben im Sinn einer Einheitslösung, drohen teure Anwendungen ohne Praxisnutzen.

Zentral ist die Finanzierung – sowohl beim Aufbau der Infrastruktur als auch später im laufenden Betrieb und in der Nutzung. Es muss klar sein, wer Einführung, Betrieb und Weiterentwicklung bezahlt, bis ein effektiver Mehrwert entsteht. Sonst baut man ein Tool und hofft, dass es sich «irgendwie» trägt – das funktioniert in der Praxis nicht. Und selbst wenn die Finanzierung steht: Aus blossem Datensammeln entsteht noch kein Nutzen. Daten müssen orchestriert, gefiltert und so aufbereitet werden, dass sie im Alltag wirklich verwendbar sind.

**Und wer sollte diese Rolle einnehmen?**

In der Praxis ist die koordinierende Rolle häufig bei den Hausärzten, weil sie Informationen einholen, bündeln und einordnen. Es ist aber eine Kapazitätsfrage. Wir müssen aufpassen, durch das E-GD keine zusätzliche Last zu erzeugen, indem man die gesunden Patienten ins System holt, die aktuell zwar keine Betreuung brauchen, indirekt aber mehr Verwaltungsaufwand auslösen. Der Fokus muss darauf liegen, dass man die Ressourcen, die man im Gesundheitswesen hat, wirklich für die Patientenversorgung nutzen kann. Ausserdem stellt sich die Frage, wie und von wem der Zusatzaufwand entschädigt wird.

**Könnten die Gesundheitskosten durch das E-GD insgesamt sinken?**

Bei IT-Projekten werden Effizienzgewinne oft überschätzt. Ich sehe Potenzial für eine Qualitätsverbesserung – dass Kosten eingespart werden, erachte ich aber eher als unwahrscheinlich.