



**Ergebnisse der Fachtagung 2025:  
Anreize für eine bessere Datennutzung  
im Schweizer Gesundheitswesen**



## Management Summary

Die Fachtagung an der Hochschule Luzern (HSLU) vom 23. Mai 2025 widmete sich der Frage, wie Anreizsysteme gestaltet werden können, um die sektorenübergreifende und verantwortungsvolle Nutzung von Patientendaten im Schweizer Gesundheitswesen zu fördern. Ausgangspunkt war der kritische Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) zum DigiSanté-Programm, der auf strukturelle Defizite und fehlende Durchsetzungskraft des Bundes hinwies.

Im Zentrum der Tagung stand der Austausch zwischen Expert:innen aus Versorgung, Forschung, Industrie, Verwaltung und Patientenvertretungen. In einem kollaborativen Workshop-Format wurden praxisnahe Hürden und Zielkonflikte identifiziert sowie konkrete Impulse für wirksame Anreizmodelle erarbeitet.

### ZENTRALE ERKENNTNISSE

Im Gesundheitswesen wirken Marktmechanismen nur bedingt. Vergütungsmodelle in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bieten keinen Ansporn für Effizienz- oder Qualitätsverbesserungen oder Innovationsförderung. Zentrale Steuerungsimpulse wie Vergleichbarkeit, Wettbewerb oder Ergebnisorientierung fehlen weitgehend, wodurch auch datenbasierte Verbesserung im Alltag strukturell ausgebremst wird.

Eine wirksame Data Governance ist zentrale Voraussetzung dafür, dass Anreizmechanismen ihre volle Wirkung entfalten können. Erst wenn Zuständigkeiten, Prozesse und Rahmenbedingungen verlässlich geklärt und organisationsintern verankert sind, werden Daten auch systemweit fließen und wirksam zum Einsatz kommen.

Digitale Leistungen wie strukturierte Datenerfassung, Registerpflege oder elektronische Medikationspläne bleiben häufig unsichtbar. Sie werden im aktuellen System weder systematisch anerkannt noch finanziell abgebildet – trotz ihres Nutzens für Versorgung, Forschung und Steuerung. Das mindert ihre Attraktivität und erschwert ihre nachhaltige Etablierung.

Monetäre Anreize allein greifen jedoch zu kurz; entscheidend sind ergänzende nicht-monetäre Hebel wie zum Beispiel verbindliche Austauschformate, praxisnahe Unterstützungsstrukturen für Arztpraxen, transparente Rückmeldeschleifen sowie strukturell verankerte Patientenbeteiligung. Erst die Kombination mit solchen Voraussetzungen schafft die Grundlage für kooperatives Handeln und datenbasierte Weiterentwicklung.

Entsprechend sind viele Arztpraxen bislang kaum in datenbasierte Zusammenarbeit eingebunden, obwohl dort wichtige Versorgungsdaten entstehen. Während gezielte Vergütung digitaler Leistungen punktuelle Anreize setzen kann, braucht es besonders hier koordinierende Strukturen, um Praxen systematisch an strukturierte Datenerfassung und -nutzung heranzuführen.

Besonders in der Grundversorgung entstehen durch die Digitalisierung an einer Stelle (z.B. in Spitälern) zusätzliche Koordinations- und Dokumentationspflichten, ohne dass an anderer Stelle (z.B. für Arztpraxen) daraus ein unmittelbarer Nutzen resultiert. Diese strukturelle Asymmetrie zwischen Aufwand und Nutzen hemmt die Datennutzung.

Patient:innen folgen nicht klassischen Anreizlogiken – ihre Beteiligung lässt sich nicht durch individuelle Motivation allein erreichen. Strukturelle Ermöglichung, etwa durch institutionalisierte Vertretung, ist entscheidend. Wo dies gelingt, kann Beteiligung nicht nur Datenverfügbarkeit und -qualität verbessern, sondern auch den Druck auf Institutionen erhöhen, ihre Datennutzung verantwortungsvoll und transparent zu gestalten.

Das Fehlen von Bewertungsmodellen und Zulassungsverfahren nimmt innovativen digitalen Versorgungsmodellen die Aussicht auf Aufnahme und Vergütung in die Regelversorgung – und damit einen zentralen Anreiz für ihre Entwicklung, Erprobung und nachhaltige Etablierung. So bleiben auch wertvolle Datenquellen ungenutzt und Potenziale für strukturierte Datennutzung in der Versorgung unerschlossen.

## **FAZIT**

Die Fachtagung hat verdeutlicht: Besonders im Gesundheitswesen kommt es auf gezielte Anreizmodelle an, die sich an den tatsächlichen Bedingungen orientieren. Ihre Wirkung entfalten solche Modelle dort, wo Governance verlässlich verankert ist, digitale Leistungen sichtbar und finanziell abgebildet werden und strukturelle Asymmetrien – etwa beim Verhältnis von Aufwand und Nutzen – gezielt adressiert sind. Sowohl der Faktor «Patient:innen» als auch neue Versorgungsmodelle bleiben unter ihren Möglichkeiten, solange entsprechende Voraussetzungen fehlen. Besonderer Handlungsbedarf besteht in der Grundversorgung: Die hohe Fragmentierung der Ärzteschaft erschwert eine koordinierte Datennutzung – ohne gezielte Unterstützung bleiben viele Praxen strukturell ausgeschlossen.



Veronika Ludwig ist Juristin und Vorstandsmitglied der Swiss Data Alliance, die sie im Branchengremium des Programms DigiSanté vertritt. Mit ihrer Beratungsfirma data stewards GmbH unterstützt Veronika Ludwig Institutionen beim Umgang mit Daten – etwa bei der Umsetzung datenschutzrechtlicher Anforderungen, der Gestaltung von IT-Verträgen, sowie rechtlicher Fragen rund um die Anwendung neuer Softwarelösungen und KI-Anwendungen. Ihr besonderes Interesse gilt der strategischen Gestaltung von Data Governance Modellen zur Unterstützung eines ausgewogenen Zusammenspiels von Datenschutz und Datennutzung im Gesundheitswesen.

## **DANKSAGUNG**

Mein Dank gilt allen Teilnehmenden der Fachtagung vom 23. Mai 2025 an der Hochschule Luzern für ihre engagierte Mitwirkung, die offenen Diskussionen und die Bereitschaft, ihre Erfahrungen und Perspektiven einzubringen. Besonders wertvoll war die interdisziplinäre Vielfalt: Vertretungen aus Versorgung, Forschung, Verwaltung, Industrie und Patient:innenorganisationen brachten praxisnahe, visionäre und kritische Sichtweisen ein. Ganz besonders danke ich zudem den Expert:innen, die sich im Vorfeld der Tagung in bilateralen Gesprächen eingebracht und damit wesentlich zur Schärfung der Fragestellungen beigetragen haben.

Die gewonnenen Erkenntnisse und Impulse bilden eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung von Anreizsystemen zur sinn- und verantwortungsvollen Nutzung von Patient:innendaten im Schweizer Gesundheitswesen.

Veronika Ludwig

# Inhalt

1. Ausgangslage und Zielsetzung.....	6
2. Format.....	7
3. Ergebnisse .....	8
3.1 Fehlende Marktmechanismen als Anreize.....	8
3.2 Wirksame Data Governance als Schlüssel .....	9
3.3 Aufwand und Nutzen sind asymmetrisch verteilt.....	10
3.4 Gründe für die institutionelle Beteiligung der Industrie am System.....	11
3.5 Die Rolle der Patient:innen .....	12
3.6 Zulassungsbarrieren für datenbasierte Versorgungsmodelle .....	13
3.7 Datenkompetenz als strategischer Hebel.....	14
3.8 Koordination und guidance als unsichtbare Systemvoraussetzung .....	15
4. Schlussfolgerungen .....	17
5. Empfohlene nächste Schritte .....	18

# 1. Ausgangslage und Zielsetzung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens in der Schweiz ist seit Jahren erklärtes Ziel von Politik und Verwaltung. Programme wie DigiSanté setzen wichtige Impulse – doch im Alltag bleibt der strukturierte, sektorenübergreifende Einsatz von Patientendaten eine Herausforderung. Digitale Tools entstehen, Schnittstellen werden aufgebaut, doch vielfach fehlen verbindliche Voraussetzungen, damit Daten in der Versorgung, Forschung und Steuerung tatsächlich wirksam genutzt werden können.

Der Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) zum Schlüsselprogramm DigiSanté hat diesen Befund im Oktober 2024 untermauert: Sie bestätigt die strategische Bedeutung des Programms, sieht aber das grösste Risiko in der fehlenden Durchsetzungsfähigkeit des Bundes. Standards, Schnittstellen und Prozesse bleiben vielerorts optional – mit der Folge, dass zentrale Prinzipien wie einheitliche Datendefinitionen, durchgängige End-to-End-Prozesse oder das Once-Only-Prinzip bisher kaum umgesetzt werden konnten. Ohne ausreichende Durchsetzungskompetenzen des Bundes und verbindliche Rahmenbedingungen droht DigiSanté hinter seinem Potenzial zurückzubleiben – so die Einschätzung der EFK.

Diese Diagnose bildete den Ausgangspunkt für die Fachtagung am 23. Mai 2025 an der HSLU, die sie in Kooperation mit data stewards GmbH sowie Swiss Data Alliance veranstaltete.

Im Mittelpunkt der Fachtagung stand die Frage, unter welchen Voraussetzungen Patientendaten sektorenübergreifend, strukturiert und verantwortungsvoll genutzt werden können – zum Nutzen von Versorgung, Forschung, Steuerung, Qualitätssicherung und Public Health.

Ausgehend von dieser Zielsetzung wurden unter anderem folgende Fragen diskutiert:

- Was hindert Akteure im Gesundheitswesen daran, Patientendaten systematisch zu bewirtschaften?
- Welche Anreize oder Fehlanreize gibt es?
- Welche rechtlichen, organisatorischen oder ethischen Hürden stehen der Nutzung im Weg?
- Welche systemischen Voraussetzungen braucht es, um Patientendaten nicht nur zu erheben, sondern strukturiert verfügbar, anschlussfähig und in verschiedenen Kontexten wirksam nutzbar zu machen?

## 2. Format

Die Fachtagung war als geschlossene Arbeitsveranstaltung konzipiert. Im Vorfeld fanden zahlreiche bilaterale Gespräche mit Akteur:innen aus Versorgung, Forschung, Industrie, Verwaltung und Patientenvertretungen statt. Diese Vorarbeit diente dazu, zentrale Fragestellungen zu schärfen und ein partizipatives Tagungsdesign zu entwickeln, das gezielt auf die Erfahrung und Perspektive der Teilnehmenden setzte.

Zur Tagung eingeladen waren Expert:innen aus dem Gesundheitssystem: Vertreter:innen von Universitäts- und Kantonsspitalern, aus der Hausarztmedizin, Patientenorganisationen, wissenschaftliche Einrichtungen, der Pharmaindustrie, der Bundesverwaltung, Fachverbände sowie technische Systemanbieter. Die Zusammensetzung ermöglichte einen differenzierten und praxisnahen Blick auf bestehende Herausforderungen und Potenziale im Umgang mit Patientendaten.

Die Teilnehmenden arbeiteten in vier interdisziplinär zusammengesetzten Gruppen, die jeweils eine typische Konstellation im Gesundheitssystem beleuchteten. Ziel war es, die strukturellen Realitäten der Akteure besser zu verstehen und daraus Ableitungen für funktionierende Anreizmodelle zu entwickeln:

- Gruppe 1 fokussierte auf die ärztliche Grundversorgung und diskutierte die Rahmenbedingungen für digitale Datennutzung im Praxisalltag.
- Gruppe 2 nahm die Perspektive der Spitäler ein, mit Blick auf Datenverfügbarkeit, Verantwortung und Koordination innerhalb komplexer Organisationen.
- Gruppe 3 befasste sich mit dem Versorgungs- und Forschungsmodell „NeuroTransData“ aus Deutschland und der Frage, welche Elemente eines solchen datenbasierten Geschäftsmodells auf das Schweizer Gesundheitssystem übertragbar wären.
- Gruppe 4 widmete sich der Sekundärnutzung von Patientendaten, insbesondere durch Forschung und Industrie, und den Bedingungen für legitime, faire und gesellschaftlich akzeptierte Datenzugänge.

Allen Gruppen gemeinsam war der Auftrag, praxisnahe Hürden, Zielkonflikte und potenzielle Lösungsansätze für eine bessere Datennutzung zu identifizieren – ausgehend von konkreten Versorgungssituationen und realen Systembedingungen.

### 3. Ergebnisse

Die folgenden Abschnitte fassen Kernelemente der Diskussionen der Fachtagung zusammen und werden durch Einordnungen und Schlussfolgerungen der Verfasserin ergänzt.

#### 3.1 FEHLENDE MARKTMECHANISMEN ALS ANREIZE

In den Diskussionen der Tagung wurde ein grundlegender struktureller Befund deutlich: Im Schweizer Gesundheitssystem entfalten marktwirtschaftlich geprägte Anreizmechanismen nur begrenzt Wirkung. Gemeint ist damit die Fähigkeit eines Systems, Leistung sichtbar zu machen, Unterschiede zu erkennen und gezielt zu honorieren. Genau hier fehlen zentrale Steuerungselemente: Effizienz, Qualität und Innovation werden im bestehenden System häufig weder gemessen noch belohnt.

Ein zentrales Hindernis ist dabei das heutige Vergütungsmodell, das sich an abrechenbaren Leistungen orientiert – nicht aber an Ergebnisqualität oder Effizienz. Wer Leistungen zweckmässig und formal korrekt erbringt, hat Anspruch auf Vergütung – unabhängig davon, ob sie effizient, nachhaltig oder qualitätsgesichert erfolgt. Ein besonders anschauliches Beispiel hierfür ist der gesetzlich verankerte Vertragszwang in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Leistungserbringer mit entsprechender Zulassung haben Anspruch auf Bezahlung. Wettbewerb und Differenzierung finden kaum statt. Mehr noch - wirtschaftlich schwache Einrichtungen können vielfach auf staatliche Unterstützung zählen, etwa durch kantonale Trägerschaften.

Daraus ergibt sich – nach Einschätzung vieler Teilnehmender – ein Versorgungsumfeld, das nur in geringem Masse Anreize bietet, durch datenbasierte Effizienzsteigerung und Ergebnisorientierung gezielte Verbesserungen anzustossen und nachhaltig zu verankern. Investitionen in interne Dateninfrastruktur und deren systematische Nutzung beruhen deshalb häufig auf der Eigeninitiative einzelner Akteure oder lokaler Führung – nicht auf systemischen Vorgaben oder marktinduzierten Impulsen.

Im Ergebnis fehlt es an einem lernenden System, das aus der realen Versorgungsqualität Konsequenzen zieht – etwa indem besonders gute Ergebnisse sichtbar gemacht und honoriert, ineffiziente Strukturen hingegen konsequent hinterfragt werden. Entsprechende Rückmeldestrukturen oder Rückkopplungsschleifen, in denen sich Daten über Ergebnisqualität direkt auf Anerkennung, Steuerung und Weiterentwicklung auswirken, sind bislang kaum vorhanden. Damit fehlen nicht nur ökonomische Anreize, sondern auch die strukturelle Grundlage, um datengetriebene Qualität sichtbar und vergleichbar zu machen.

Vor diesem Hintergrund wurde die Notwendigkeit betont, ein zukunftsfähiges Anreizsystem auf Transparenz zu gründen. Nur wo Daten systematisch erhoben und ausgewertet werden, können Versorgungsqualität und Wirksamkeit sichtbar gemacht werden – etwa durch Indikatoren-basierte Auswertungen, strukturierte Messdaten oder organisationsübergreifende Vergleiche.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Ohne funktionierende Marktmechanismen fehlt dem Gesundheitssystem ein wirksamer Anreiz zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung, insbesondere im Kontext der digitalen Transformation. Genau hier braucht es Veränderung: Vergütungsmodelle müssen so angepasst werden, dass sie Ergebnisqualität, Effizienz und damit datenbasierte Verbesserungen systematisch berücksichtigen. Das setzt Transparenz als Grundlage für gezielte Steuerung und Anerkennung voraus. Wo sichtbar wird, was Versorgung leistet, kann sie auch honoriert werden. Anreizmodelle können so einen Perspektivwechsel einleiten: Transparenz wird dann zum Vorteil – etwa durch bessere Vergütung. Auch wenn dies gewohnte Routinen infrage stellt, führt an der Einführung marktähnlicher Steuerungsimpulse kein Weg vorbei – wenn Digitalisierung, Qualität und Innovation wirklich vorankommen sollen.

### 3.2 WIRKSAME DATA GOVERNANCE ALS SCHLÜSSEL

Tagtäglich werden im Gesundheitswesen grosse Mengen an Patientendaten dokumentiert, gespeichert und archiviert. Ob diese Daten später auch für die Versorgung, Forschung oder Prozessoptimierung nutzbar gemacht werden, ist jedoch nicht selbstverständlich.

Gerade in Spitälern zeigt sich ein vielschichtiges Bild: Technische Kompetenzen und moderne IT-Systeme sind häufig vorhanden, auch das Bewusstsein für datenbasierte Qualitätssicherung nimmt zu. Doch die tatsächliche Nutzung von Daten hängt vielerorts noch vom Engagement einzelner Personen ab – weniger von klaren Strukturen, verbindlichen Prozessen oder verankerten Zuständigkeiten.

Governance bleibt damit oft eine Frage von Rollenverständnissen, Ressourcenlage und institutionellen Prioritäten. In komplexen Organisationen mit historisch gewachsenen Strukturen und fragmentierten IT-Landschaften führt dies dazu, dass Daten zwar punktuell verwendet werden, jedoch selten als integrierte Ressource übergreifend zur Wirkung kommen.

Damit Data Governance wirksam ist, muss sie bestimmte Anforderungen erfüllen: Sie darf nicht durch Interessenkonflikte geprägt sein, sondern braucht klare Verantwortlichkeiten, organisatorische Verankerung und eine Ausrichtung auf das Gesamtinteresse. Entscheidend ist, dass diese Governance-Strukturen innerhalb der einzelnen Organisationen tragfähig etabliert werden – erst dann können sie auch im übergreifenden Zusammenspiel zwischen Institutionen ihre Wirkung entfalten.

Anreizmodelle, die auf eine bessere Datennutzung zielen, sollten deshalb darauf ausgerichtet sein, solche Governance-Strukturen zu fördern. Denkbar sind etwa gezielte Sichtbarmachung guter Praxisbeispiele aus der Versorgung. Gerade in Spitälern braucht es ein stärkeres Augenmerk auf wirksame interne Steuerungsmechanismen – denn dort beginnt die strukturelle Grundlage für organisationsübergreifende Zusammenarbeit.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Ohne klare Governance wird jede Datenstrategie zur Verhandlungssache: Datennutzung wird nur dort wirksam, wo Governance innerhalb der Organisation klar geregelt, strategisch verankert und frei von Interessenkonflikten ist. Erst wenn Zuständigkeiten, Prozesse und Prioritäten auf Organisationsebene systematisch geklärt sind, kann auch Zusammenarbeit über Institutionsgrenzen hinweg gelingen. Anreize sollten deshalb gezielt auf strukturelle Steuerung in den Organisationen zielen – nicht auf individuelle Entscheidungsspielräume einzelner Führungspersonen. Dies kann etwa durch die Sichtbarmachung wirksamer Praxisbeispiele, durch die Förderung verbindlicher Rollenprofile, durch gezielte Unterstützung beim Aufbau interner Steuerungskompetenz oder durch die Integration von Governance-Kriterien in Förderprogramme erfolgen.

### 3.3 AUFWAND UND NUTZEN SIND ASYMMETRISCH VERTEILT

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen verspricht Effizienz, Qualität und bessere Versorgung. Doch diese Potenziale sind bislang ungleich verteilt. Besonders deutlich wurde dies in der Diskussion zur hausärztlichen Grundversorgung.

Ein prägnantes Beispiel: Die Terminvereinbarung für radiologische Abklärungen erfolgt heute vielerorts über digitale Spitalplattformen. Für Hausarztpraxen bedeutet dies zusätzlichen Aufwand – Registrierung, Einbuchung, Nachverfolgung – ohne direkte Entlastung oder Vergütung. Auch das elektronische Rezept zeigt ähnliche Muster: Seine Ausstellung ist derzeit zeitintensiver als die analoge Variante.

Diese Erfahrungen zeigen, dass digitale Qualität strukturelle Voraussetzungen erfordert – nicht nur auf technischer, sondern auch auf organisatorischer Ebene. Konkret wurde die Einführung eines sogenannten „digitalen Taxpunktes“ vorgeschlagen: einer eigenen Abrechnungsziffer für digitale Leistungen, die den tatsächlichen Aufwand sichtbar macht und gezielt jene unterstützt, die Digitalisierung im Versorgungsalltag ermöglichen.

Daraus lässt sich schliessen, dass Digitalisierung in der Grundversorgung nicht am fehlenden Willen scheitert, sondern u.a. auch an asymmetrisch verteilten Lasten. Wenn Aufwand und Nutzen strukturell auseinanderfallen, braucht es gezielte Anreizsysteme – nicht nur finanzieller, sondern vor allem prozessualer, unterstützender und koordinierender Art. Nur so kann Digitalisierung als gemeinschaftliche Aufgabe gelingen – und nicht zur Einzelverantwortung derjenigen werden, die ohnehin unter hohem Druck stehen.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Die Diskussionen legen nahe, dass digitale Prozesse ihr Potenzial dort am ehesten entfalten, wo die Voraussetzungen entlang der Versorgungskette stimmen. Anreizsysteme sollten gezielt dort ansetzen, wo zusätzlicher Aufwand entsteht, digitale Leistungen bislang unsichtbar geblieben und die Entlastung derjenigen notwendig ist, die diese Prozesse im Alltag mittragen – insbesondere ohne unmittelbaren Nutzen zu erfahren.

### 3.4 GRÜNDE FÜR DIE INSTITUTIONELLE BETEILIGUNG DER INDUSTRIE AM SYSTEM

Ausgangspunkt der Diskussion in der Arbeitsgruppe zur Sekundärnutzung von Patientendaten war die Beobachtung, dass für forschende Unternehmen ein entsprechender Datenzugang bislang kaum formalisiert ist. Viele Kooperationen basieren auf gewachsenen Einzelbeziehungen, institutionellen Partnerschaften oder Einzelfallregelungen – ein geregelter, strukturierter Zugang fehlt. Zugleich wurde deutlich, dass die Industrie ein ausgeprägtes Interesse an hochwertigen Patientendaten hat – etwa für Forschung zu seltenen Erkrankungen, zur Entwicklung neuer Therapien oder für die Evaluation von Versorgungsmodellen. Für viele dieser Fragestellungen sind grosse, strukturierte Datenpools essenziell.

Die zentrale Frage lautete daher: Unter welchen Bedingungen könnte ein solcher Zugang gesellschaftlich akzeptiert, rechtlich legitim und systemisch sinnvoll ausgestaltet werden? Und könnte ein solches Modell – bei entsprechend gestalteten Rahmenbedingungen – sogar als Anreizsystem wirken, das die Datennutzung und damit auch die Digitalisierung des Gesundheitssystems voranbringt?

Die Grundidee: Wer strukturiert und wiederholt auf Patientendaten zugreift – insbesondere im kommerziellen Kontext –, sollte einen angemessenen Beitrag zur Finanzierung jener Grundlagen leisten, die sichere, ethisch vertretbare und qualitativ hochwertige Datennutzung überhaupt erst ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um Kostendeckung, sondern um die gerechte Verteilung von Aufwand, Nutzen und Verantwortung. Denn die strukturierte Bereitstellung von Daten erfordert erheblichen Aufwand – etwa für Dokumentation, Sicherstellung der Datenqualität und interne Koordination.

Ein breiter Konsens bestand darin, dass die Industrie ein berechtigtes Interesse am Zugang zu strukturierten, qualitativ hochwertigen Patientendaten hat. Gleichzeitig wurde betont, dass ein solcher Zugang nicht beliebig erfolgen darf: Er muss an klare Anforderungen geknüpft sein – etwa an Datensicherheit, Zweckbindung, Transparenz, Rechenschaft und Rückkopplung gegenüber dem System.

Ein solches Modell könnte auf mehreren Ebenen als Anreiz wirken: für Spitäler und andere datenhaltende Institutionen, sich an der Datennutzung zu beteiligen; für Unternehmen, sich durch Rückkopplung und Transparenz als vertrauenswürdige Akteure zu positionieren; und für das System als Ganzes, durch neue Finanzierungsquellen digitale Infrastruktur langfristig zu sichern.

Voraussetzung dafür wären jedoch klare Regeln, die u.a. folgende Fragen adressieren: Wie wird der Datenschutz der Patient:innen sichergestellt? Wer erhält unter welchen Voraussetzungen Zugang zu welchen Daten? Wie werden Nutzung und Gegenleistung definiert und gesteuert? Wie gelangen finanzielle Mittel oder Erkenntnisse gezielt zurück ins System – sei es über technische Infrastruktur, neue Versorgungslösungen oder reinvestierte Erträge?

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Der geregelte Zugang der Industrie zu Patientendaten – gekoppelt an eine faire Beteiligung an der digitalen Infrastruktur – kann als Anreizmodell wirken; für datenhaltende Institutionen, sich strukturiert einzubringen; für Unternehmen, ihr Verantwortungsbewusstsein im System sichtbar zu machen; und für das Gesundheitswesen, durch gezielten Rückfluss gemeinsam mit der Industrie die Digitalisierung voranzubringen. Voraussetzung dafür wären jedoch transparente, gerechte und gesellschaftlich akzeptierte Regeln für Zugang, Nutzung und Transparenz.

### 3.5 DIE ROLLE DER PATIENT:INNEN

In der Diskussion wurde deutlich, dass Patient:innen eine wichtige Rolle bei der Gestaltung einer datengestützten Gesundheitsversorgung spielen können. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass heute vielerorts keine stabilen Strukturen existieren, um die Stimme der Betroffenen systematisch einzubeziehen. Patient:innen verfügen zwar über gesetzlich verankerte Rechte in Bezug auf ihre Daten, doch deren Wahrnehmung ist komplex und mit hohen Hürden verbunden – die Informationen sind schwer verständlich, die technischen Abläufe kompliziert und es fehlt häufig an integrativen und unterstützenden Strukturen.

Vor diesem Hintergrund wurde diskutiert, ob und wie Patient:innen selbst Druck auf das System ausüben könnten, etwa indem sie datengestützte Versorgung aktiv nachfragen oder durch ihr Wahlverhalten Anreize setzen könnten. Die Diskussion zeigte, dass das Potenzial für Beteiligung durchaus vorhanden ist, jedoch der damit verbundene Anspruch nicht zur Überforderung führen darf. Beteiligung dürfe nicht vorausgesetzt werden, sondern müsse ermöglicht werden – etwa durch leicht verständliche, zugängliche und transparente digitale Lösungen sowie durch eine strukturell verankerte und effektive Patientenvertretung.

Als eines der wenigen langfristig funktionierenden, datengestützten Versorgungs- und Forschungsnetzwerke in der Schweiz wurde in der Diskussion mehrfach die Schweizer HIV-Kohortenstudie hervorgehoben. Seit über 30 Jahren begleitet sie rund 19.000 Personen mit HIV und bildet damit die Grundlage für über 950 wissenschaftliche Publikationen. Das Netzwerk gilt als weltweit einzigartig – nicht nur durch seinen Beitrag zur internationalen Forschung, sondern auch durch ein integriertes Modell von Betreuung und Datenarbeit, das in enger Kooperation zwischen Betroffenen, Versorgern und Forschenden entstanden ist.

Diese Besonderheit unterscheidet die HIV-Kohorte von vielen anderen Dateninitiativen: Sie ist nicht primär Ausdruck klassischer Patientenvertretung im politischen Sinne, sondern ein Beispiel dafür, wie durch strukturierte, kontinuierliche Begleitung und gemeinsame Zielsetzung ein vertrauensvoller Rahmen für die langfristige Datennutzung entstehen kann – mit hoher Akzeptanz und aktivem Beitrag der Patient:innen selbst. Daraus lässt sich ableiten, dass Betroffene unter bestimmten Bedingungen – etwa bei hoher persönlicher Betroffenheit, einem starken Bedürfnis nach Sichtbarkeit und Selbstbestimmung sowie kontinuierlicher Begleitung – eine treibende Kraft in der Forschung und Registerentwicklung sein können.

Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass dieses Modell nicht ohne Weiteres auf andere Kontexte übertragbar ist. Viele Patient:innen befinden sich in akuten oder belastenden Situationen, verfügen nicht über die nötigen Ressourcen oder stossen auf ein System, das ihre Mitwirkung weder strukturell vorsieht noch aktiv fördert. Es brauche daher tragfähige Formen strukturell verankerter Patientenbegleitung, niederschwellige Informationsangebote für Betroffene und eine Governance, die individuelle Beteiligung systematisch einbettet.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Ein funktionierendes System muss die Beteiligung der Patient:innen ermöglichen – darf sie jedoch nicht voraussetzen. Diese Schlussfolgerung ergibt sich aus zahlreichen Hinweisen in der Diskussion und den geschilderten Beispielen. Im Kontext von Anreizsystemen zeigte sich zudem ein bemerkenswerter Perspektivenwechsel: Patient:innen sind keine klassischen Adressaten von Anreizen. Ihre Beteiligung an der Datennutzung lässt sich nur schwerlich mit klassischen Incentivierungslogiken erzielen. Vielmehr wurde deutlich, dass dort, wo Patientenvertretungen systematisch eingebunden werden würden, der Druck auf Institutionen wachsen könnte, ihre Datenverarbeitung zu verbessern. Beteiligung könnte so zur treibenden Kraft für eine wirksame Datenentwicklung werden.

### 3.6 ZULASSUNGSBARRIEREN FÜR DATENBASIERTE VERSORGUNGSMODELLE

Datenbasierte Versorgungsmodelle wie NeuroTransData gelten als vielversprechender Ansatz für eine kontinuierliche, personalisierte Betreuung insbesondere bei chronischen Erkrankungen. In den Diskussionen der Fachtagung wurden sie als effizient und wirksam beschrieben – gerade im Vergleich zu klassischen, episodisch organisierten Behandlungswegen.

Zugleich wurde deutlich, dass der Einzug solcher Modelle in die Regelversorgung nicht primär an ihrer medizinischen Qualität oder technischen Machbarkeit scheitert, sondern an strukturellen Hürden innerhalb bestehender Zulassungsverfahren. Die Erfahrungen zeigten: Selbst klinisch erprobte und digital unterstützte Versorgungskonzepte stossen auf intransparente, schwer planbare Bewertungsprozesse.

Am Beispiel von NeuroTransData wurde aufgezeigt, wie strukturierte Gesundheitsdaten systematisch sowohl für die Versorgung als auch für die Forschung genutzt werden können – unter klaren Rahmenbedingungen. In der Schweiz hingegen fehle es bislang an passenden Kategorien, definierten Bewertungskriterien und zuständigen Stellen, um digitale Versorgungsmodelle systematisch zu prüfen. Bestehende Systeme – wie etwa die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) – sind für solche Konzepte oft ungeeignet.

Anbietende sehen sich deshalb mit aufwändigen Einzelverfahren konfrontiert, deren Erfolg nur schwer kalkulierbar ist. Zuständigkeiten sind nicht immer klar, Entscheidungswege langwierig. In der Praxis bedeutet das: Auch dann, wenn Versorgungspotenziale nachgewiesen sind, gelingt der Transfer in die Regelversorgung oft nicht – aus Mangel an regulatorischer Anschlussfähigkeit.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Die geschilderten strukturellen Hürden wirken innovationshemmend – insbesondere für kleinere Anbieter mit begrenzten Ressourcen. Für ein innovationsfreundliches Umfeld braucht es nicht nur technische Infrastruktur und Pilotierungsfreude, sondern auch verlässliche regulatorische Mechanismen: Transparente Kriterien, klare Zuständigkeiten und standardisierte Verfahren zur Integration digitaler Versorgungslösungen. Fehlende Bewertungs- und Zulassungsverfahren blockieren den Transfer neuer datenbasierter Versorgungsmodelle in die Regelversorgung. Damit digitale Innovationen wirksam werden können, braucht es transparente Standards, planbare Verfahren und institutionelle Anschlussfähigkeit – als integralen Bestandteil einer modernen Versorgungsarchitektur.

### 3.7 DATENKOMPETENZ ALS STRATEGISCHER HEBEL

In nahezu allen Arbeitsgruppen wurde ein wiederkehrendes Muster deutlich: Die Digitalisierung im Gesundheitswesen scheitert nicht vorrangig an technischen Hürden – sondern u.a. auch am fehlenden Verständnis für Daten als strategische Ressource.

Die Diskussionen machten deutlich, dass viele Gesundheitsfachpersonen – ob in der Pflege, der ärztlichen Versorgung oder im Management – täglich mit Patientendaten arbeiten, jedoch oft nicht über das nötige Wissen verfügen, um diese strukturiert, qualitätsgesichert und rechtskonform zu erfassen und weiterzugeben. Besonders ausgeprägt zeigt sich dies in der Grundversorgung, wo digitale Prozesse häufig als zusätzliche Belastung erlebt werden – unter anderem aufgrund fehlender Standardisierung, unzureichender technischer Unterstützung und mangelnder Qualifizierung.

Diese Eindrücke verdeutlichen, dass Datenkompetenz nicht als Spezialwissen Einzelner verstanden werden darf, sondern als systemische Querschnittskompetenz. Wiederholt wurde der Wunsch nach einer praxisnahen, breiten Förderung dieser Kompetenzen geäußert – von der Grundausbildung über die kontinuierliche Weiterbildung bis hin zur Verankerung in der institutionellen Kultur. Nur so könne ein gemeinsames Verständnis darüber entstehen, wie Daten entstehen, wofür sie genutzt werden, wer Verantwortung trägt – und welchen Beitrag sie zur Versorgungsqualität leisten können.

Zugleich wurde betont, dass Datenkompetenz in vielen Organisationen bislang nicht strategisch verankert ist. Es fehle an klaren Rollen, strukturellen Verantwortlichkeiten und einem übergeordneten Bewusstsein für die Bedeutung guter Daten. Auch dieser Mangel wurde als Hindernis für datenbasierte Innovation benannt.

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen lässt sich schlussfolgern: Bildung ist ein strategischer Hebel für funktionierende Anreizsysteme. In einem fragmentierten System mit hohem Alltagsdruck steigt die Bereitschaft zur Mitwirkung dort, wo Fachpersonen verstehen, wozu Daten dienen – und welchen konkreten Nutzen sie selbst daraus ziehen können.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Datenkompetenz ist keine optionale Zusatzqualifikation, sondern eine grundlegende Voraussetzung für die wirksame Nutzung von Patientendaten. Sie muss verbindlich und strukturiert gefördert werden – über alle Bildungsstufen hinweg. Wenn Daten als gemeinsame Aufgabe verstanden und professionell vermittelt werden, kann sich eine nachhaltige Datenkultur entwickeln, die als Fundament für eine qualitätsgesicherte digitale Versorgung dient.

### 3.8 KOORDINATION UND GUIDANCE ALS UNSICHTBARE SYSTEMVORAUSSETZUNG

Kaum ein Thema wurde in den Diskussionen so häufig – und doch so beiläufig – gestreift wie jenes der Koordination. Es war selten explizit Gegenstand der Fragestellung, doch in nahezu jeder Arbeitsgruppe zeigte sich, wie zentral koordinierende Funktionen für das Gelingen sektorenübergreifender Datennutzung sind – und wie sehr sie im heutigen System fehlen.

Koordination ist weder klar institutionell verankert noch als explizite Aufgabe systematisch vorgesehen. Sie ist häufig das Ergebnis individueller Initiative, punktueller Kooperation oder zufälliger Gelegenheiten – nicht aber strukturell abgesichert. Dennoch ist sie unverzichtbar: Sie verbindet Perspektiven, verhindert Reibungsverluste, sorgt für Anschlussfähigkeit und trägt dazu bei, dass Prozesse ineinandergreifen können.

Gerade in der Spitallandschaft zeigte sich: Der Austausch zwischen Häusern erfolgt meist informell – wenn überhaupt. Dabei besteht grosses Potenzial für gegenseitiges Lernen und die Wiederverwendung bereits entwickelter Lösungen, etwa zur Datenstrukturierung, Qualitätssicherung oder technischen Umsetzung. Doch bislang fehlen verbindliche Formate oder Plattformen, über die solche Lösungen geteilt, diskutiert und angepasst werden könnten. Was funktioniert, bleibt isoliert – das Rad wird vielerorts neu erfunden.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der ambulanten Versorgung: Die Ärzteschaft ist stark fragmentiert. Verbände übernehmen wichtige koordinierende Aufgaben, stossen aber angesichts der Vielzahl an Praxen und begrenzter Ressourcen an ihre Grenzen. Während Spitäler über IT-Abteilungen, Chief Digital Officers und Projektmittel verfügen, sind Hausärzt:innen mit der technischen Umstellung komplett auf sich allein gestellt. Viele kämpfen noch mit Grundfunktionen – teils mit Software, die als „digitales Steinzeitprodukt“ beschrieben wurde. Ergänzend wurden deshalb konkrete Unterstützungsformate diskutiert – etwa durch eine koordinierte IT-Strategie, sowie zentrale Rollen wie technische Ansprechpersonen oder Case Manager:innen, die Praxen im Transformationsprozess begleiten. Ziel solcher Strukturen ist es, Ärzt:innen zu entlasten, die Akzeptanz digitaler Lösungen zu erhöhen und die Konzentration auf die medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Ein Beispiel für die konkrete Ausgestaltung wirksamer koordinierender Strukturen findet sich – losgelöst von der Tagung, aber anschaulich als Zielbild – in einem regionalen Versorgungsnetzwerk in der Westschweiz<sup>1</sup>. Dort wurde im Zusammenspiel mehrerer Spitäler, Spitex-Organisationen, Pflegeeinrichtungen und eines Krankenversicherers ein integriertes Modell etabliert, in dem sogenannte Navigator:innen Patient:innen gezielt durch das Versorgungssystem begleiten – von der Erstabklärung bis zur Nachsorge. Eine einheitliche digitale Plattform ermöglicht die strukturierte Zusammenarbeit aller Beteiligten und verhindert Informationsverluste sowie Doppelspurigkeiten. Die Koordination ist hier nicht das Nebenprodukt einzelner Projekte, sondern ein systematisch verankerter Bestandteil des Versorgungsmodells<sup>2</sup>.

Gerade weil die technische Infrastruktur und kooperativen Beziehungen bereits bestanden, konnte Koordination ihre Wirkung gezielt entfalten. Dieses Beispiel zeigt: Wo digitale Schnittstellen, einheitliche Arbeitsweisen und gemeinsame Verantwortung vorhanden sind, kann Koordination zum wirksamen Steuerungsinstrument werden. Die Erfahrung verweist damit auf ein lohnendes Ziel: Koordinierende Strukturen sollten nicht informelle Ausnahme, sondern verlässlich organisierter Regelfall sein. Sie ermöglichen eine sektorenübergreifende Versorgung, bei der am Ende vor allem die Patient:innen

---

<sup>1</sup> Das Beispiel wurde nicht im Rahmen der Fachtagung präsentiert, sondern dient als ergänzende Illustration eines von zahlreichen, funktionierenden Koordinationsmodelle. Es wurde von der Verfasserin aufgrund seiner Zielbildfunktion eingefügt.

<sup>2</sup> Das hier beschriebene Projekt wurde im Rahmen eines Gesundheitspolitik-Podcasts von CSS-CEO Philomena Colatrella vorgestellt. Es handelt sich um eine Kooperation zwischen der CSS und dem Ensemble Hospitalier de la Côte in der Westschweiz. Quelle: Podcast „Gesundheitspolitik“, Episode mit Michaela Tschurr und Philomena Colatrella, Mai 2025.

profitieren – durch bessere Betreuung, klarere Abläufe und langfristig auch durch ein effizienteres Gesamtsystem.

Zugleich ist Koordination mehr als technische oder organisatorische Abstimmung. Sie schafft Räume für Verständigung, macht Probleme sichtbar, ermöglicht gegenseitiges Lernen – etwa über Spital- und Arztpraxis-Grenzen hinweg – und trägt so zu gemeinsam getragenen Lösungen bei. Im besten Fall sorgt sie für ein einheitliches, abgestimmtes Voranschreiten in Richtung eines gemeinsamen Zieles.

#### **ZENTRALE ERKENNTNIS**

Solange koordinierende Strukturen informell bleiben, fehlt dem System der „systemische Kitt“, der aus parallelen Bemühungen eine gemeinsame Bewegung macht. Förderung von Datennutzung gelingt dann am besten, wenn Koordination institutionalisiert ist – nicht als Kontrollinstrument, sondern als verbindendes, strukturgebendes Element.

Es gibt zahlreiche Beispiele wie das regional organisierte Versorgungsmodell in der Westschweiz. Sie alle zeigen, wie solche Modelle sichtbar und wirksam werden können – wenn sie als eigenständige Aufgabe gedacht, personell unterlegt und technisch unterstützt werden. Solche Modelle bieten wertvolle Ansatzpunkte, um Koordination und Unterstützung auch auf nationaler Ebene strukturell zu verankern – als dauerhafte Querschnittsfunktion, die sektorenübergreifende Datennutzung systematisch und nachhaltig ermöglicht.

## 4. Schlussfolgerungen

Die Diskussionen der Fachtagung haben eindrücklich gezeigt: Eine sektorenübergreifende, qualitätsorientierte Nutzung von Gesundheitsdaten gelingt nicht allein durch Technik, finanzielle Mittel oder rechtliche Rahmenbedingungen. Entscheidend ist vielmehr, wie Verantwortung für Datenverfügbarkeit und -qualität im System organisiert, wahrgenommen und unterstützt wird.

Immer wieder wurde deutlich: Daten können ihr Potential dort entfalten, wo ihre Nutzung institutionell abgesichert ist. Das erfordert klare Zuständigkeiten, nachvollziehbare Prozesse und eine Kultur, in der Datenarbeit als strategische Aufgabe verstanden und anerkannt wird. Qualität und Struktur entstehen nicht nebenbei – sie sind Ergebnis gezielter organisatorischer und fachlicher Steuerung.

Die Frage nach wirksamen Anreizen ist dabei zentral. Viele Akteure, etwa in Arztpraxen oder Spitälern, leisten bereits heute erhebliche Beiträge zur Datenerhebung und -pflege – oft ohne entsprechende Anerkennung oder Unterstützung. Die Diskussion machte deutlich, dass gezielte Vergütungsmodelle notwendig sind, um diese Leistung sichtbar und finanziell abzubilden – etwa durch spezifische Abrechnungsziffern für strukturierte Datenarbeit.

Doch auch jenseits finanzieller Anreize bedarf es tragfähiger Grundlagen: Dazu zählen einheitliche Standards, verlässliche Schnittstellen, transparente Regelungen für Datenzugriffe und klare Steuerungsmechanismen. Ebenso braucht es Formate und Strukturen für Koordination – sowohl innerhalb von Institutionen als auch zwischen ihnen. Ohne diese Elemente bleibt Datennutzung fragmentiert und schwer skalierbar.

Insgesamt lässt sich darauf schliessen, dass ein effektiver Umgang mit Gesundheitsdaten systemische Ansätze statt punktueller Initiativen erfordert. Dazu zählen etwa eine konsistente, nachvollziehbare Vergütungslogik für digitale Datenarbeit, klare, einheitlich geltende Regeln folgende Rollen und Strukturen in den Organisationen, um Daten systematisch nutzbar zu machen und deren Austausch über Systemgrenzen hinweg zu ermöglichen, sowie der gezielte Aufbau koordinierter, sektorübergreifender Zusammenarbeitsstrukturen.

Verbindlich etablierte Governance, systemisch gedachte Koordination und die strukturierte Anerkennung digitaler Leistungen bilden somit das Fundament für nachhaltige und wirksame Anreizsysteme und die datenbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

## 5. Empfohlene nächste Schritte

Die Fachtagung hat vielfältige Perspektiven und Praxiserfahrungen zusammengeführt, die deutlich machen, wo konkrete Hebel für eine wirksamere Datennutzung im Schweizer Gesundheitssystem liegen könnten. Aufbauend auf den Diskussionen lassen sich folgende Schritte als besonders zielführend hervorheben:

**Anreize strukturell und prozessorientiert gestalten.** Anreizsysteme müssen nicht allein auf monetäre Belohnung setzen. Entscheidend sind vielmehr strukturelle Erleichterungen und Hilfestellungen im Alltag: durch standardisierte Schnittstellen, bessere Koordination und gezielte Unterstützung. Neben spezifischen Abrechnungsmodellen für strukturierte Datenarbeit könnten auch andere Formen der Anerkennung eine Rolle spielen und sollten dort greifen, wo strukturelle Verantwortung liegt - auf Ebene der Organisation, nicht individueller Akteure.

**Transparenz als Grundlage für Qualitätssicherung schaffen.** Ohne strukturierte Daten keine Vergleichbarkeit – und ohne Vergleichbarkeit keine gezielte Anerkennung von Qualität. Transparenz ist deshalb kein technisches Nebenprodukt, sondern eine zentrale Voraussetzung für effektive Anreizsysteme. Um die verbreitete Zurückhaltung gegenüber Vergleichbarkeit abzubauen, braucht es Ansätze, die Vertrauen stärken, auf Verständigung zielen und lernorientierte Verbesserungsprozesse ermöglichen.

**Governance verankern.** Eine sektorenübergreifende Nutzung von Gesundheitsdaten setzt bereits klare Zuständigkeiten, institutionalisierte Steuerung und verbindliche Verantwortungsstrukturen auf Organisationsebene voraus. Dies erfordert einen besonderen Fokus auf den Aufbau wirksamer datenspezifischer Governance-Strukturen – insbesondere in komplexen Organisationen wie Spitälern.

**Vergütungslogik für digitale Datenarbeit schaffen.** Strukturierte Datenerfassung, elektronische Rezepte oder die Aufbereitung von Registerdaten verursachen Zeit- und Ressourcenaufwand – bislang oft ohne finanziellen Ausgleich. Eine spezifische Vergütung digitaler Leistungen – etwa durch eigene Abrechnungsziffern – sollte daher geprüft werden. So kann sichtbar gemacht werden, wo digitale Datenarbeit stattfindet, und gezielt gefördert werden, wo sie dem Gesamtsystem nützt.

**Beteiligung von Patient:innen ermöglichen, nicht voraussetzen.** Dort, wo Betroffene gezielt eingebunden sind, kann ein systemischer Druck zur besseren Datennutzung entstehen: Voraussetzung dafür sind jedoch verlässliche Strukturen für Beteiligung – etwa durch koordinierte Patientenvertretungen, verständliche Information und kontinuierliche Begleitung.

**Bedingungen für faire Beteiligung der Industrie klären.** Wenn Industrieakteure systematisch auf Patientendaten zugreifen können sollen, kann die Frage nach einer angemessenen Beteiligung an den dafür nötigen Infrastrukturen gestellt werden. Um Vertrauen, Transparenz und Fairness zu sichern, braucht es klare, nachvollziehbare Regeln für eine angemessene Verteilung von Aufwand, Nutzen und Verantwortung.

**Koordination als Querschnittsaufgabe verankern.** Koordinierende Funktionen sollten systematisch etabliert und mit Ressourcen hinterlegt werden – etwa durch sektorübergreifende Austauschformate, projektbegleitende Rollen oder Plattformen für Austausch und Guidance. Ohne institutionalisierte Koordination bleiben Skalierung und Anschlussfähigkeit datenbasierter Lösungen begrenzt.

**Regulatorische Anschlussfähigkeit für datenbasierte Innovationen schaffen.** Digitale Versorgungsmodelle bleiben häufig ausserhalb der Regelversorgung, weil ihnen der Zugang zu etablierten Zulassungs- und Vergütungssystemen fehlt. Um datenbasierte Innovationen skalierbar zu machen, braucht es gezielte Anpassungen in den regulatorischen Rahmenbedingungen – insbesondere hinsichtlich Kategorienbildung, Bewertungsverfahren und Finanzierung.

**Bildung als strategischen Hebel nutzen.** Datenkompetenz ist kein IT-Thema, sondern eine Querschnittskompetenz. Die Tagung machte deutlich, dass alle Berufsgruppen – von Pflege bis Spitalleitung – praktische, berufsbezogene und kontinuierliche Weiterbildungsangebote brauchen. Nur so kann Datenqualität im Versorgungsalltag entstehen.

## HERAUSGEBERIN

Swiss Data Alliance  
[www.swissdataalliance.ch](http://www.swissdataalliance.ch)

Bericht zur Fachtagung an der Hochschule Luzern vom 23. Mai 2025  
Erstellt im Juni 2025  
Kontakt: [veronika.ludwig@swissdataalliance.ch](mailto:veronika.ludwig@swissdataalliance.ch)

Bitte zitieren als:

Ludwig, V. (2025). Anreizsysteme für die sektorenübergreifende Datennutzung im Schweizer Gesundheitswesen – Erkenntnisse, Impulse und Empfehlungen. Zusammenfassender Ergebnisbericht zur Fachtagung an der Hochschule Luzern vom 23. Mai 2025. Erstellt durch Swiss Data Alliance.