



---

Version vom 18.05.2026

---

# Synthesebericht zu den Initialkosten und Betriebskosten des EPD für stationäre Leistungserbringer

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

# Impressum

## Empfohlene Zitierweise

Autor: Ecoplan / BFH / FHNW / Infras  
Titel: Synthesebericht zu den Initialkosten und Betriebskosten des EPD für stationäre Leistungserbringer  
Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Ort: Bern  
Datum: 18.05.2026

## Steuergruppe

BAG: Nassima Wyss-Mehira (Vorsitz), Lorena Kegel (Stv. Vorsitz)

GDK: Kosta Shatrov

H+: Pascal Besson

CURAVIVA: Anna Jörgler

## Begleitgruppe

eHealth Suisse: Julia Müllner

IGGH CH: Heinz Wyler

FMH: Esther Kraft

VLSS: Michaela Petre (STGAG)

unimedsuisse: Stéphane Spahni (HUG), Alexander Kappes (USB)

Kantons-/Zentrumsspitäler: Carlos Garcia (EOC), Manuela Kasecker (Spitalzentrum Biel),

Rehabilitationskliniken: Christian Madoery (Rehaklinik Bellikon)

Psychiatrische Kliniken: Annette Gretler (PUKZH)

Alters- und Pflegeheime: Yvan Margelisch (IT SLD Solutions), Sonja Hanrdmeier (Pflegeheim St. Othmar SG)

## Projektteam

ECOPLAN: Eliane Kraft, Renata Josi

BFH, Institut für Medizininformatik: Sang-II Kim

FHNW, Hochschule für Wirtschaft, Institut ICC: Tobias Schoch, Roman Müller

INFRAS: Anna Vettori

Der Bericht gibt die Auffassung des Projektteams wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin oder der Begleitorgane übereinstimmen muss.

## ECOPLAN AG

Forschung und Beratung  
in Wirtschaft und Politik

[www.ecoplan.ch](http://www.ecoplan.ch)

Monbijoustrasse 14

CH - 3011 Bern

Tel +41 31 356 61 61

[bern@ecoplan.ch](mailto:bern@ecoplan.ch)

Höfligasse 3

CH - 6460 Altdorf

Tel. +41 41 872 10 60

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Das Wichtigste auf zwei Seiten.....</b>	<b>2</b>
	<b>Glossar .....</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>5</b>
1.1	Ausgangslage und Kontext .....	5
1.2	Ziele und Fragestellungen der beiden Studien .....	6
1.3	Methodisches Vorgehen .....	6
1.4	Limitationen .....	7
<b>2</b>	<b>Wichtigste Ergebnisse der beiden Studien .....</b>	<b>8</b>
2.1	Gewählte Anbindungsvarianten und Gründe dafür .....	8
2.2	Anbindungskosten der stationären Leistungserbringer .....	9
2.3	Betriebskosten der stationären Leistungserbringer .....	11
2.4	Nutzung des EPD im Alltag .....	13
<b>3</b>	<b>Mögliche Auswirkungen der aktuellen Vorlage zum EGDG auf die Kosten der Leistungserbringer .....</b>	<b>17</b>
3.1	Einordnung .....	17
3.2	Mögliche Kostenauswirkungen im Überblick .....	18
<b>4</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>20</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>21</b>

## Das Wichtigste auf zwei Seiten

Der vorliegende Synthesebericht fasst die Ergebnisse zweier retrospektiver Erhebungen zu den Anbindungs- und Betriebskosten des elektronischen Patientendossiers (EPD) bei stationären Leistungserbringern zusammen und enthält Einschätzungen der Autorenschaft zu den möglichen Kostenauswirkungen des neuen Bundesgesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) für die Leistungserbringer.

### Anbindung

Die Spitäler der Schweiz sind seit April 2020 verpflichtet, sich dem EPD anzuschliessen. Pflegeheime und Geburtshäuser unterliegen dieser Verpflichtung seit April 2022. Heute sind 95 % der Spitäler und 76 % der Pflegeheime an das EPD angeschlossen.

Mehr als 90 % der stationären Leistungserbringer sind dabei über eine Portallösung an das EPD angebunden, bei der ein manueller Up-/Download von Dokumenten in das bzw. aus dem EPD erforderlich ist. Die aufwändigere Tiefenintegration, bei der dieser Up-/Download automatisch erfolgen kann, ist vorwiegend unter Spitälern verbreitet – konkret bei gut einem Fünftel der Spitäler.

### Kosten des EPD

Für die Spitäler belaufen sich die **Anbindungskosten** für Beschaffungen und externe Beratung im Median auf CHF 1'177 pro Bett (Portallösung) bzw. CHF 2'318 pro Bett (Tiefenintegration). Für die Pflegeheime (Portallösung) sind die Anbindungskosten pro Platz mit CHF 354 deutlich geringer, was u. a. mit weniger komplexen Primärsystemen und kostengünstigeren Beratungsleistungen zusammenhängt. Bei den Anbindungskosten bilden IT-Beschaffungskosten den grössten Kostenblock, an zweiter Stelle stehen Aufwände für externe Beratungsleistungen (im Bereich IT, aber auch Prozesse).

Bei den **Betriebskosten** des EPD bilden die Gebühren (hauptsächlich Jahresgebühren für die Mitgliedschaft in einer (Stamm-)Gemeinschaft) den grössten Kostenblock, gefolgt vom internen Personalaufwand für den technischen und organisatorischen Betrieb des EPD. Auch bei den Betriebskosten sind die Kosten der Pflegeheime klar tiefer als die Kosten der Spitäler. Zudem zeigen sich bei den Betriebskosten deutliche Skaleneffekte: Grössere Einrichtungen weisen geringere Kosten pro Bett bzw. Platz auf als kleine Einrichtungen. Der Median der Betriebskosten sinkt von CHF 1'619 pro Bett bei kleinen Spitälern auf CHF 665 bei mittleren und CHF 505 bei grossen Spitälern. Bei den Pflegeheimen zeigt sich dasselbe Muster auf tieferem Kostenniveau.

### Nutzung des EPD

Die aktive Nutzung des EPD im klinischen Alltag ist heute trotz hoher formaler Anbindung sehr gering: Nur knapp ein Fünftel der Spitäler nutzt das EPD aktiv, bei den Pflegeheimen sind es nur gut 1 %. Einrichtungen mit Tiefenintegration nutzen das EPD zwar klar häufiger als Einrichtungen mit einer Portallösung, aber auch dieser Anteil ist gering (18 % vs. 4.4 %). Als Haupthindernisse werden die geringe Anzahl EPD in der Bevölkerung, fehlende

Interoperabilität mit bestehenden Primärsystemen sowie ein ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis genannt.

### **Mögliche Kostenauswirkungen des neuen EGDG für die Leistungserbringer**

Die Autorinnen und Autoren der Anbindungs- und Betriebskostenstudien haben vor dem Hintergrund ihrer Studienergebnisse mögliche Auswirkungen der aktuellen Vorlage zum EGDG auf die Kosten der Leistungserbringer abgeleitet. Dabei ist zu betonen, dass die vorliegenden Ausführungen einer **sehr eingeschränkten Perspektive** entsprechen: Sie beziehen sich ausschliesslich auf die Kostenfolgen für die Leistungserbringer, während die Kostenauswirkungen für Bund, Kantone und andere betroffene Akteure ebenso wie die Nutzenaspekte des Gesetzesentwurfs ausser Betracht bleiben. Dabei ist klar, dass die Vorlage durchaus mehrere kritische Punkte des bisherigen EPD adressiert, die sich auch in den Studienergebnissen widerspiegeln (u.a. die geringe Verbreitung des EPD in der Bevölkerung und die fehlende Teilnahme der ambulanten Leistungserbringer am EPD).

Der Entwurf des EGDG vom 5. November 2025 dürfte für die Leistungserbringer sowohl potenzielle Mehr- wie auch Minderkosten bringen:

- Für ambulante Leistungserbringer, die neu zum Anschluss ans E-GD verpflichtet sind, bringt diese Anschlusspflicht die entsprechenden Anbindungskosten mit sich.
- Auch für Leistungserbringer, die bereits ans EPD angeschlossen sind, dürften aufgrund der neuen nationalen E-GD-Infrastruktur vermutlich zusätzliche Investitionskosten für Schnittstellen anfallen.
- Verschiedene weitere Aspekte der Vorlage führen aber dazu, dass sich die Betriebskosten für die Leistungserbringer tendenziell reduzieren dürften, insbesondere dank voraussichtlich tieferer Gebühren für die Mitgliedschaft in einer Gemeinschaft.

### **Fazit**

Die Anbindungs- und derzeitigen Betriebskosten des EPD für die Spitäler und Pflegeheime sind gemessen an ihren Gesamtausgaben vergleichsweise gering. Diesen Kosten stehen bislang jedoch kaum Nutzen gegenüber: Das EPD wird im Alltag wenig genutzt und wurde in erster Linie aufgrund der gesetzlichen Pflicht eingeführt. Entsprechend ungünstig fällt das Kosten-Nutzen-Verhältnis des EPD aus Sicht der Leistungserbringer aus.

Das künftige E-GD dürfte für die Leistungserbringer zusätzliche Investitionen mit sich bringen, während unklar bleibt, ob sich die Betriebskosten spürbar reduzieren. Da auch das neue E-GD in erster Linie den Patientinnen und Patienten dienen wird und die Kosten-Nutzen-Betrachtung aus Sicht der Leistungserbringer – die primär am B2B-Austausch interessiert sind – auch künftig kritisch ausfallen dürfte, wird die Frage der Finanzierung weiterhin für Diskussion sorgen.

## Glossar

<b>Elektronische Identität</b>	Mit einer elektronischen Identität lassen sich Personen im Internet sicher und eindeutig identifizieren. Laut dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier müssen alle Personen, die am elektronischen Patientendossier (EPD) teilnehmen, über eine elektronische Identität verfügen, die gemäss EPDG zertifiziert ist – das gilt für Patientinnen und Patienten, Gesundheitsfachpersonen, Hilfspersonen oder Stellvertreter.
<b>Portallösung</b>	Die Gesundheitsfachpersonen melden sich mit einem Endgerät (z.B. einem PC/Laptop) auf dem Web-Portal der (Stamm-)Gemeinschaft an, um Dokumente im EPD der Patientinnen und Patienten resp. Bewohnenden zu konsultieren oder hochzuladen. Der Up-/Download von Dokumenten erfolgt manuell. Diese Anbindungslösung erfordert keine resp. nur eine minimale technische Integration.
<b>Primärsysteme</b>	Als Primärsysteme werden die internen IT-Systeme bezeichnet, in denen im Spital die interne elektronische Krankengeschichte resp. im Heim die interne elektronische Pflegedokumentation geführt wird. Diese internen IT-Systeme sind die primäre Basis für alle behandlungsrelevanten Entscheidungen. Im Gegensatz dazu wird das elektronische Patientendossier als 'Sekundärsystem' positioniert, welches lediglich als Quelle und Ablage für weitere medizinische Daten dienen soll.
<b>(Stamm-)Gemeinschaften</b>	<p>Stammgemeinschaften sind die zertifizierten EPD-Anbieter. Die EPD-Anbieter sind technisch-organisatorische Verbünde von Gesundheitsfachpersonen und ihren Einrichtungen. Sie bieten das EPD über ihre Plattform an.</p> <p>Gemeinschaften sind ebenfalls zertifizierte EPD-Anbieter. Im Vergleich zu den EPD-Stammgemeinschaften kann die Bevölkerung hier kein EPD eröffnen oder verwalten (z.B. Zugriffsrechte steuern). Lediglich die angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen und ihre Einrichtungen können medizinische Daten in bestehende EPD hochladen oder auch einsehen, sofern die entsprechende Zugriffsberechtigung vorliegt.</p> <p>In der aktuellen Vorlage des neuen Bundesgesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) gibt es nur noch Gemeinschaften. Die bisherige Unterscheidung zwischen Stammgemeinschaften und Gemeinschaften fällt weg.</p>
<b>SwissHDS<sup>1</sup></b>	Der sich im Aufbau befindende Gesundheitsdatenraum Swiss Health Data Space (SwissHDS) ist ein Projekt des Programms DigiSanté, das die digitale Transformation im Gesundheitswesen fördert. Der Swiss Health Data Space (SwissHDS) dient als strukturierter, sicherer und gemeinwohlorientierter Raum für den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten in der Schweiz.
<b>Tiefenintegration</b>	Die Gesundheitsfachpersonen können direkt und automatisch behandlungsrelevante Informationen resp. Dokumente aus dem eigenen Primärsystem in das EPD hochladen oder umgekehrt aus dem EPD ins eigene IT-System herunterladen. Diese Anbindungslösung erfordert eine technische Integration mit Schnittstellen zwischen der EPD-Plattform der (Stamm-)Gemeinschaft und dem eigenen Primärsystem.

<sup>1</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG (2026)

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Kontext

Die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) stellte einen bedeutenden Schritt in der Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens dar. Laut dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) sind alle Spitäler der Schweiz seit April 2020 verpflichtet, sich dem EPD anzuschliessen. Pflegeheime und Geburtshäuser unterliegen dieser Verpflichtung seit April 2022. Ziel des EPD ist es, einen wesentlichen Beitrag zur koordinierten Versorgung und einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen zu leisten. So sollen die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit erhöht und gleichzeitig durch Effizienzgewinne indirekt Kosteneinsparungen erreicht werden.<sup>2</sup>

Heute sind 95 % der Spitäler und 76 % der Pflegeheime ans EPD angeschlossen.<sup>3</sup> Die Umsetzung der EPD-Anbindungs-Pflicht erfolgt also mit einiger Verzögerung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Neben technischen und organisatorischen Herausforderungen führen insbesondere Unsicherheiten in Bezug auf die Kosten und die Finanzierung der Aufwendungen im Zusammenhang mit der Anbindung an das EPD zu Verzögerungen. Verlässliche Kostendaten zu den Aufwendungen im Zusammenhang mit der Anbindung und des Betriebs des EPD bei den stationären Leistungserbringern fehlen jedoch bisher.

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat 2020 eine Prüfung der Einführung des elektronischen Patientendossiers durchgeführt und im betreffenden Bericht dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfohlen, die **einmaligen** und **wiederkehrenden Kosten** durch die Einführung des EPD bei den betroffenen Einrichtungen systematisch zu erheben.<sup>4</sup> Um diese Informationslücke zu schliessen, beauftragte der Programmausschuss EPD eigenständige Resortforschung in zwei separaten Mandaten: Die Arbeitsgemeinschaft Ecoplan/BFH/FHNW erhob die Initialkosten der EPD-Anbindung und INFRAS untersuchte die wiederkehrenden Betriebskosten bei den stationären Leistungserbringern. Der vorliegende Synthesebericht kontextualisiert und fasst die Ergebnisse beider Studien zusammen und dient als Informationsgrundlage für die Politik, Leistungserbringer, Verbände sowie Behörden auf Bundes- und Kantonebene.

Die gewonnenen Erkenntnisse sind zudem von Bedeutung für die geplante Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Mit dem Bundesgesetz über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG), das der Bundesrat dem Parlament am 5. November 2025 überwiesen hat, soll das bestehende EPD durch ein elektronisches Gesundheitsdossier (E-GD) ersetzt werden.<sup>5</sup> Dieses ist Teil des Programms DigiSanté, welches die digitale Transformation des Schweizer Gesundheitswesens vorantreiben soll.

---

<sup>2</sup> McKinsey & Company (2021)

<sup>3</sup> OBSAN (2026)

<sup>4</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2020)

<sup>5</sup> Der Bundesrat (2025)

## 1.2 Ziele und Fragestellungen der beiden Studien

Die Studie zu den Anbindungskosten hatte zum Ziel, die Initialkosten der EPD-Anbindung für verschiedene Arten von stationären Leistungserbringern zu erheben. Die zentralen Fragestellungen der Studie befassten sich mit der Wahl und der technischen Ausgestaltung der Anbindungsvarianten, den externen und internen Kosten in Abhängigkeit von Anbindungsvariante und Leistungserbringertyp, der bisherigen Nutzung des EPD im Versorgungsalltag sowie den Erfahrungen und „Lessons Learned“ der beteiligten Einrichtungen. Konkret sollte ermittelt werden, welche technischen Anbindungsvarianten gewählt wurden, wie hoch der damit verbundene personelle und finanzielle Aufwand war und welche Faktoren die Umsetzung der EPD-Anbindungsprojekte entweder hemmten oder förderten.

Ziel der Betriebskostenstudie war es, die bei verpflichteten Leistungserbringern anfallenden wiederkehrenden Betriebskosten des EPD systematisch zu erfassen, zu analysieren und vergleichbar darzustellen. Untersucht wurden insbesondere die Kosten des technischen und organisatorischen Betriebs, die Finanzierung dieser Kosten, die Nutzung und der Nutzen sowie fördernde und hemmende Einflussfaktoren. Zudem analysierte die Studie die Gebühren der (Stamm-)Gemeinschaften für die von ihnen angebotenen Leistungen.

## 1.3 Methodisches Vorgehen

Beide Studien basierten auf einer **Online-Befragung** bei den stationären **Leistungserbringern** sowie auf qualitativen **Interviews** mit den **(Stamm-)Gemeinschaften**. Im Rahmen der Betriebskostenstudie wurden zusätzlich **Fokusgruppen** und **Interviews** mit **Leistungserbringern** durchgeführt. Für eine detaillierte Beschreibung der Methodik der beiden Online-Befragungen verweisen wir auf die jeweiligen Schlussberichte der beiden Studien.

Die Anbindungskostenstudie folgte bei der Online-Erhebung einem zweistufigen Erhebungsdesign: In einer Vorerhebung wurden zunächst alle Spitäler sowie eine Zufallsstichprobe von Pflegeheimen kontaktiert, die Ende Juni 2024 an das EPD angeschlossen waren. Die ausgewählten Einrichtungen wurden auf diesem Weg um eine Teilnahme an der Haupterhebung angefragt. Die anschliessende Haupterhebung fand zwischen Oktober 2024 und Januar 2025 statt und umfasste insgesamt 130 stationäre Einrichtungen (55 Spitäler, 75 Pflegeheime). Aufgrund selektiver Teilnahme und geringer Rücklaufquoten wurden die Resultate kalibriert, um sicherzustellen, dass die Schätzungen die Grundgesamtheit hinsichtlich Sprachregion, Einrichtungsgrösse und Leistungserbringertyp repräsentativ abbilden.

Darüber hinaus wurde eine Befragung der (Stamm-)Gemeinschaften durchgeführt, um ihr Dienstleistungsangebot zu erfassen und ihre Sicht auf bestehende Hemmnisse sowie mögliche Lösungsansätze zu gewinnen. Auch wurden die Befragungsergebnisse mit ihnen gespiegelt und ihnen die Möglichkeit zur Offenlegung der tatsächlichen Gebühren geboten.

Die Betriebskostenstudie knüpfte methodisch an dieses Vorgehen an und richtete sich an alle 1'055 stationären Gesundheitseinrichtungen, die Ende März 2025 an das EPD angebunden

waren. Die Befragung wurde knapp sechs Monate später zwischen Mai und Juli 2025 durchgeführt und umfasste 419 teilnehmende Einrichtungen (102 Spitäler, 317 Pflegeheime).

In beiden Studien bildete das einzelne Spital bzw. das Pflegeheim die statistische Einheit für die Analysen der Anbindungs- respektive Betriebskosten. Bei Spitälern erfolgte die Normierung der Kosten anhand der Anzahl Betten, bei Pflegeheimen anhand der Anzahl Langzeitpflegeplätze (Kosten in CHF pro Bett / Platz). Entsprechend wurden die Angaben zu den Anbindungs- und Betriebskosten durch die Anzahl der Betten bzw. Langzeitpflegeplätze dividiert. Dies entspricht einer Normierung der Kosten und Stundenaufwände. Eine Normierung ermöglicht die gemeinsame statistische Auswertung der Kosten sowohl von einzelnen Spitälern sowie ganzen Spitalgruppen.

## 1.4 Limitationen

Die Teilnahmebereitschaft der stationären Leistungserbringer an den beiden Online-Befragungen fiel unterschiedlich aus: Während die Rücklaufquote in der Anbindungskostenstudie mit 14.2% tief war, lag sie in der Betriebskostenstudie bei 40%. Aufgrund der dennoch vergleichsweise kleinen Stichprobenumfänge waren differenzierte Auswertungen (z. B. nach Sprachregion, Betriebsgrösse oder Krankenhaustyp) jedoch nicht oder nur eingeschränkt möglich, da bei geringen Fallzahlen die Präzision der Schätzer eingeschränkt bzw. gering ist.

Da es sich bei den erhobenen Kostendaten nicht um Routedaten, sondern um Kennzahlen handelt, die von den Befragten speziell für diese Befragung ermittelt oder geschätzt werden mussten, sind die Resultate der beiden Studien nicht mit einer standardisierten Kostenstudie vergleichbar. In mehreren Antworten haben die Befragungsteilnehmenden sogar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um Schätzungen handelt. Zudem geht aus der Befragung hervor, dass eine saubere Trennung von Anbindungs- und Betriebskosten für viele Teilnehmenden schwierig war. Somit sind Doppelnennungen nicht auszuschliessen. Aufgrund dieser Einschränkungen sind die ausgewiesenen Anbindungs- und Betriebskosten für die Leistungserbringer höchstens als Grössenordnungen für die Budgetierung verwendbar.

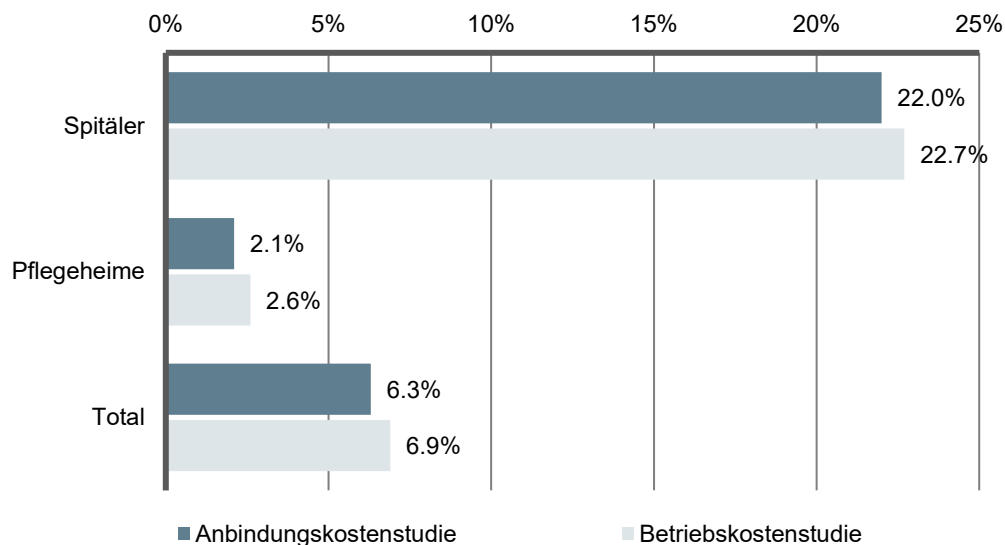
## 2 Wichtigste Ergebnisse der beiden Studien

Der besseren Lesbarkeit halber verzichten wir in diesem Kapitel darauf, die einzelnen Erkenntnisse aus den beiden Berichten zu den Anbindungs- und Betriebskosten detailliert zu referenzieren.

### 2.1 Gewählte Anbindungsvarianten und Gründe dafür

Die Ergebnisse beider Studien zeigen übereinstimmend, dass bislang nur wenige stationäre Leistungserbringer eine [Tiefenintegration](#) implementiert haben. Mehr als **90 %** von ihnen sind heute **über eine [Portallösung ans EPD angebunden](#)**. Abbildung 1 zeigt, dass die Tiefenintegration in Spitälern deutlich stärker verbreitet ist als in Pflegeheimen (Anbindungskostenstudie: 22 % vs. 2.1 %, Betriebskostenstudie: 22.7 % vs. 2.6 %). Aufgrund der geringen Stichprobengrösse konnten jedoch keine weitergehenden Auswertungen nach der Grösse der Einrichtungen vorgenommen werden. Die vorhandenen Daten bestätigen jedoch die Vermutung, dass die Tiefenintegration bei grösseren Einrichtungen stärker verbreitet ist.

**Abbildung 1: Anteil der Leistungserbringer mit Tiefenintegration**



Quellen: Anbindungskostenstudie: Ecoplan/BFH/FHNW 2025; Betriebskostenstudie: Infrac 2026.

In der Anbindungskostenstudie wurden die **Entscheidungsgründe** für die gewählten Anbindungsvarianten erfragt. Die meistgenannten Gründe für die Portallösung sind, dass die Portallösung als ausreichend erachtet wird, weil nicht mit einer grossen Nutzung des EPD gerechnet wird und weil damit gleichwohl die gesetzlichen Anforderungen erfüllt sind. Auch die geringeren Kosten einer Portallösung sind ein entscheidender Faktor. Weitere genannte Gründe, die für die Wahl der Portallösung sprechen, sind:

- Geringere finanzielle Risiken und schnellere Umsetzung
- Hohe technische Komplexität der Tiefenintegration und fehlender Wille der Anbieter von Primärsystemen zur Implementierung einer Tiefenintegration

Diejenigen, die eine **Tiefenintegration** implementiert haben, nennen als Grund dafür am häufigsten die **vereinfachte Nutzung des EPD**. Am zweithäufigsten wurde als Grund der **geringere Betriebsaufwand** angegeben. Weitere Vorteile einer Tiefenintegration, die genannt wurden, sind:

- Wegfall des separaten EPD-Logins
- Automatischer Upload von Dokumenten sowie automatische Abfrage, ob ein/e Patient/-in ein EPD hat
- Vermeidung von Fehlern (z.B. falsche Dokumente beim falschen Patienten)
- Höhere Datensicherheit beim Datenaustausch

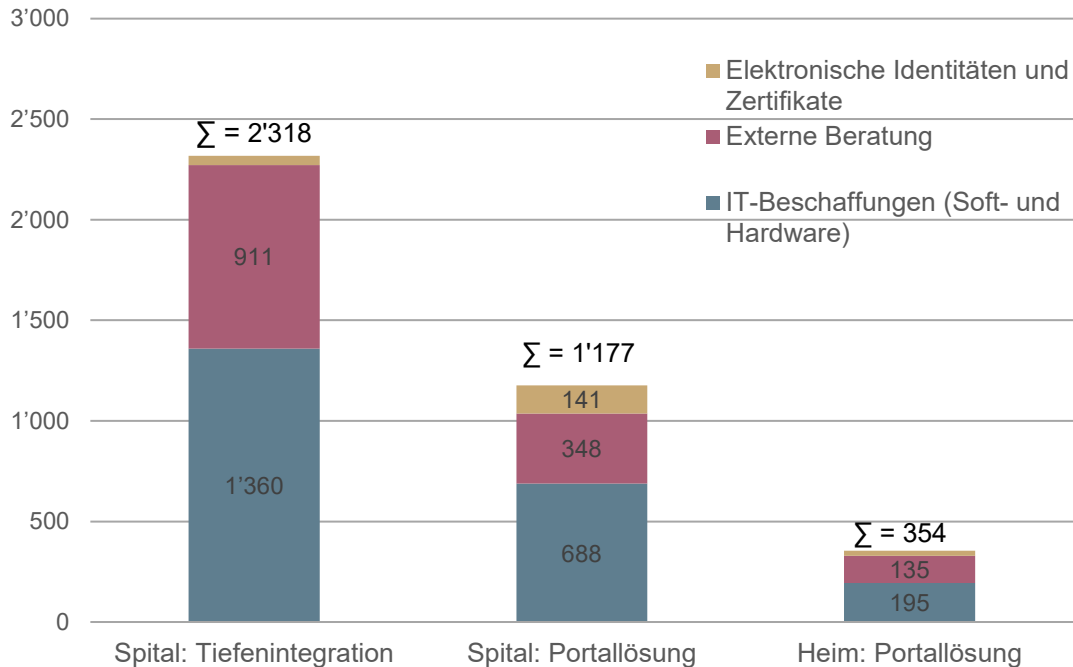
## 2.2 Anbindungskosten der stationären Leistungserbringer

Die Gesamtkosten der EPD-Anbindung (normiert pro Bett/Platz ausgewiesen) unterscheiden sich deutlich nach Anbindungsvariante, aber auch nach Leistungserbringertyp wie aus der Abbildung 2 hervorgeht:

- Spitäler mit **Tiefenintegration** verzeichnen erwartungsgemäss höhere Anbindungskosten als Spitäler mit einer **Portallösung**: Die Kosten sind fast doppelt so hoch in Spitälern mit Tiefenintegration als in Spitälern mit Portallösung (CHF 2'318 vs. CHF 1'177 pro Bett). Aufgrund der geringen Anzahl an verwertbaren Antworten von Pflegeheimen mit Tiefenintegration können bei den Pflegeheimen nur die Kosten für die Portallösung ausgewiesen werden.
- Die Anbindungskosten von **Pflegeheimen** mit einer Portallösung wiederum sind deutlich geringer als jene von **Spitälern** mit einer Portallösung: Sie betragen nur gut einen Drittel (CHF 354 vs. CHF 1'177 pro Bett). Die deutliche Kostendifferenz zwischen Pflegeheimen und Spitälern mit einer Portallösung lässt sich dadurch erklären, dass Pflegeheime oftmals weniger komplexe Primärsysteme mit einfacheren Organisationsstrukturen betreiben. Diese Systeme sind häufig mit tieferen Kosten verbunden. Hinzu kommt, dass Pflegeheime von günstigeren IT-Beratungsangeboten profitieren als Spitäler, da die Anbieter ihre Preise den geringeren finanziellen Mitteln der Pflegeheime anpassen.

Für eine verlässliche Auswertung der Anbindungskosten nach Einrichtungsgrösse lagen leider zu wenig Antworten vor.

**Abbildung 2: Gesamtkosten für externe Beratung und Beschaffungen im Kontext der EPD-Anbindung nach Leistungserbringertyp und Anbindungsvariante, Median in CHF, normiert pro Bett bzw. Platz**



Quelle: Ecoplan/BFH/FHNW 2025

**Lesebeispiel:** Ein Pflegeheim mit einer Portallösung verzeichnet im Median Gesamtkosten von 354 CHF pro Platz für externe Beratung und Beschaffungen im Rahmen der EPD-Anbindung. Da es sich um Median-Kosten handelt sowie aufgrund der in Kap. 1.4 aufgeführten Limitationen, können die hier ausgewiesenen Gesamtkosten von den Einrichtungen nicht für eine Budgetierung verwendet werden.

Abbildung 2 zeigt auch, dass die **IT-Beschaffungskosten** unabhängig vom Leistungserbringertyp den **grössten Kostenblock** ausmachen. An zweiter Stelle stehen Aufwände für externe Beratungsleistungen (im Bereich IT, aber auch Prozesse). Vergleichsweise gering fallen hingegen die Kosten für elektronische Identitäten und Zertifikate aus. Werden die beiden grossen Kostenblöcke aus Abbildung 2 weiter aufgeschlüsselt, zeigt sich Folgendes:

- Bei den Kosten für IT-Beschaffungen überwiegen die Softwarekosten (z.B. für EPD-Schnittstellen oder EPD-Adapter) gegenüber den Hardwarekosten (z.B. für Server, Laptops, Tablets oder neue Cloud-Services).
- Bei den externen Beratungsleistungen fallen IT-Beratungskosten am stärksten ins Gewicht – besonders bei Spitälern mit Tiefenintegration, gefolgt von Prozessberatungskosten. Pflegeheime verzeichnen generell tiefere Beratungskosten. Für eine detailliertere zur Aufschlüsselung der Kosten für IT-Beschaffungen sowie für externe Beratung verweisen wir auf den Schlussbericht zur Anbindungskostenstudie.



### Grosser Kostenunterschied zwischen Spitälern und Pflegeheimen

Sowohl bei den Anbindungs- wie auch bei den Betriebskosten (vgl. Kapitel 2.3) zeigen sich trotz Normierung pro Bett/Platz deutliche Unterschiede zwischen Spitälern und Pflegeheimen. Die Kosten für die Pflegeheime sind klar geringer. Dies lässt sich mit den weniger komplexen Primärsystemen der Pflegeheime erklären, aber auch mit dem Umstand, dass die Preise von Beratungsangeboten sowie die Gebühren der (Stamm-)Gemeinschaften der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegeheime angepasst sind.

**Einordnung der Anbindungskosten:** Wie die beschriebenen Kosten einzuordnen sind, dürfte unterschiedlich beurteilt werden. Ein Vergleich mit den Gesamtkosten der Spitäler pro Bett resp. der Gesamtkosten der Pflegeheime pro Platz gemäss den Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2022<sup>6</sup> resp. der Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2022<sup>7</sup> zeigt Folgendes: Die Initialkosten der EPD-Anbindungen entsprechen für Spitäler mit einer Tiefenintegration knapp 0.6 % der Gesamtkosten pro Bett und für Spitäler mit einer Portallösung knapp 0.3 % der Gesamtkosten pro Bett (Median 2022: CHF 402'851). Bei den Pflegeheimen machen die Initialkosten der EPD-Anbindung gut 0.3 % der Gesamtkosten pro Platz aus (Median 2022: CHF 110'737).

## 2.3 Betriebskosten der stationären Leistungserbringer

Der Betrieb des EPD generiert für die stationären Leistungserbringer verschiedene wiederkehrende Kosten. Wie Abbildung 3 zeigt, bilden die **Gebühren** für Spitäler und Pflegeheime unabhängig von der Grösse der Einrichtung den **grössten Kostenblock** innerhalb der Betriebskosten, wobei die Jahresgebühren für die Mitgliedschaft in einer (Stamm-)Gemeinschaft den grössten Teil der Gebühren ausmachen.<sup>8</sup> An zweiter Stelle der Betriebskosten steht der **Personalaufwand** für den technischen und organisatorischen Betrieb des EPD, gefolgt von IT-Kosten für Wartung und Weiterentwicklung der Schnittstellen.

Aus Abbildung 3 geht zudem hervor, dass sich die Betriebskosten des EPD bei der Portallösung deutlich nach dem Leistungserbringertyp sowie nach Grösse der Einrichtung unterscheiden:

- Die Betriebskosten der Pflegeheime sind auf einem deutlich tieferen Kostenniveau als diejenigen der Spitäler, was vor allem auf die tieferen Jahresgebühren für die Mitgliedschaft in einer (Stamm-)Gemeinschaft zurückzuführen ist.

<sup>6</sup> BAG (2022b).

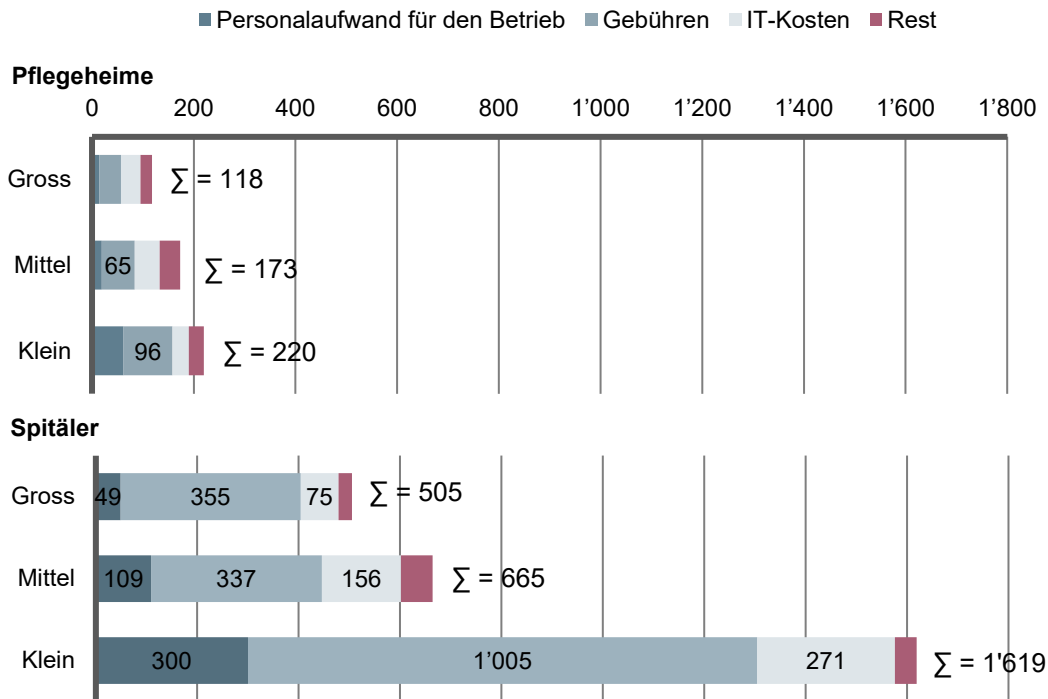
<sup>7</sup> BAG (2022a).

<sup>8</sup> Zu den Gebühren zählen Jahresgebühren für die Mitgliedschaft in einer (Stamm-)Gemeinschaft, Kosten für elektronischen Identifikationsmittel und Jahresgebühren für elektronische Zertifikate und «Andere Gebühren». Die Zusammensetzung der Gebühren sieht bspw. in der Gruppe der grossen Spitäler wie folgt aus (Medianwerte): 328 CHF für die Mitgliedschaft in einer (Stamm-)Gemeinschaft (n = 26), 31 CHF für die elektronischen Identifikationsmittel (n = 13), 8 CHF für elektronische Zertifikate (n = 11) und 78 CHF für andere Gebühren (n = 5).

- Sowohl bei den Pflegeheimen wie bei den Spitälern weisen grössere Einrichtungen dank Skaleneffekten geringere Kosten pro Bett bzw. Platz auf als kleine. Der Median der Betriebskosten sinkt von CHF 1'619 pro Bett bei kleinen Spitälern auf CHF 665 bei mittleren und CHF 505 bei grossen Spitälern. Grosse Spitäler zahlen damit pro Bett weniger als ein Drittel dessen, was kleine Spitäler aufwenden. Bei den Pflegeheimen zeigt sich dasselbe Muster.

Für die Anbindungsvariante der Tiefenintegration wird hier auf eine Ergebnisdarstellung verzichtet. Diese Auswertung konnte aufgrund der geringen Fallzahlen nur für grosse Spitäler erstellt werden: Bei den grossen Spitälern mit Tiefenintegration liegt der Median der Betriebskosten bei 567 CHF pro Bett.

**Abbildung 3: Betriebskosten des EPD bei einer Portallösung nach Leistungserbringertyp und Einrichtungsgrösse, Median in CHF, normiert pro Bett bzw. Platz**



Quelle: Infrac 2026, eigene Darstellung.

Anmerkungen:

Klein: <50 Betten/Plätze, Mittel: 50-125 Betten/Plätze, Gross: >125 Betten/Plätze

Rest = Kosten für EPD-nahe Zusatzdienstleistungen, Sach- und Dienstleistungskosten, Kapitalkosten, Personalaufwand für die Nutzung und andere Kosten.

Weitere Medianwerte:

Grosse Pflegeheime: Personalaufwand für den Betrieb = 14 CHF, Rest = 23 CHF

Mittlere Pflegeheime: Personalaufwand für den Betrieb = 19 CHF

Kleine Pflegeheime: IT-Kosten = 32 CHF, Rest = 30 CHF

Grosse Spitäler: Rest = 26 CHF



### Kostenvorteile für grosse Einrichtungen

Grosse Einrichtungen profitieren bei den Betriebskosten des EPD von Skaleneffekten und bezahlen pro Bett bzw. Platz deutlich weniger als kleine Einrichtungen. Für die Anbindungskosten konnte aufgrund der geringen Anzahl verwertbarer Antworten keine Auswertung nach Grösse der Einrichtungen vorgenommen werden, weshalb Skaleneffekte dort nicht belegt werden können. Es besteht aber die naheliegende Vermutung, dass grössere Einrichtungen insbesondere Fixkosten für die IT-Hardware auf eine grössere Anzahl Betten bzw. Plätze verteilen können und so auch bei den Anbindungskosten von Grössenvorteilen profitieren.

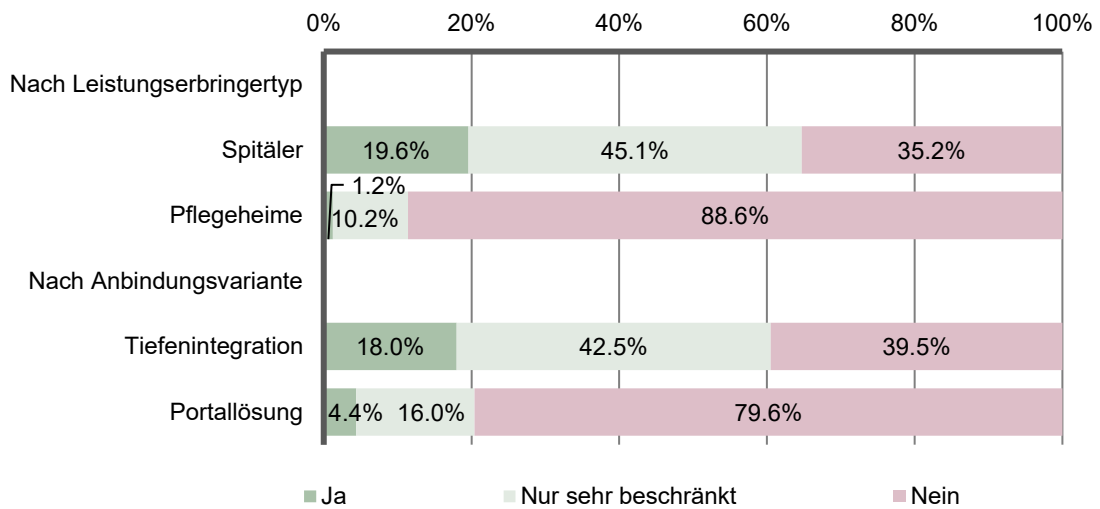
**Einordnung der Betriebskosten:** Ein Vergleich mit den Gesamtkosten pro Bett bzw. pro Platz gemäss den Kennzahlen der Schweizer Spitäler und Pflegeheime 2022 zeigt Folgendes: Bei den Spitätern mit einer Portallösung entsprechen die Betriebskosten des EPD abhängig von der Grösse der Einrichtung knapp 0.1 % bis 0.4 % der Gesamtkosten pro Bett (Median 2022: CHF 402'851). Bei Spitätern mit Tiefenintegration belaufen sich die Betriebskosten des EPD auf knapp 0.2 % der Gesamtkosten pro Bett. Bei den Pflegeheimen mit Portallösung machen die Betriebskosten des EPD je nach Grösse der Einrichtung 0.1 % bis 0.2 % der Gesamtkosten pro Platz aus (Median 2022: CHF 110'737).

## 2.4 Nutzung des EPD im Alltag

Beide Studien zeichnen ein konsistentes Bild: Die aktive **Nutzung** des EPD im klinischen Alltag ist derzeit **gering**.

Abbildung 4 zeigt, dass nur knapp ein Fünftel der Spitäler das EPD aktiv nutzt, während dies lediglich auf 1 % der Pflegeheime zutrifft. Rund 35 % der Spitäler und knapp 90 % der Pflegeheime nutzen das EPD nicht. Die Nutzung **unterscheidet** sich aber nicht nur nach **Leistungserbringertyp**, sondern auch nach **Anbindungsvariante**: Leistungserbringer mit einer Tiefenintegration nutzen das EPD klar häufiger als Leistungserbringer mit einer Portallösung. Aber auch von den Leistungserbringern mit implementierter Tiefenintegration nutzt nur knapp ein Fünftel (18 %) das EPD im Alltag aktiv.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Der Anteil der stationären Leistungserbringer mit Tiefenintegration, die das EPD im Alltag bereits nutzen, fällt gemäss Abbildung 4 tiefer aus als der Anteil der Spitäler, die das EPD im Alltag nutzen. Dies liegt daran, dass in der Auswertung nach Anbindungsvariante Spitäler und Pflegeheime gemeinsam betrachtet wurden und in den Pflegeheimen die Nutzung im Alltag auch bei vorhandener Tiefenintegration gering ist.

**Abbildung 4: Nutzung des EPD im Alltag nach Leistungserbringertyp und nach Anbindungsvariante**

Quelle: Ecoplan/BFH/FHNW 2025

Die beiden Studien liefern zur Nutzung des EPD noch weitere Informationen:

- **Anzahl Mitarbeitende mit Zugriff aufs EPD:** In Spitälern haben mehr Mitarbeitende Zugriff auf das EPD als in Pflegeheimen. Tendenziell haben in grösseren Einrichtungen mehr Mitarbeitende Zugriff auf das EPD. Dies bestätigen sowohl die Anbindungs- wie die Betriebskostenstudie.
- **Anzahl Patient/-innen bzw. Bewohnende mit EPD:** Gemäss der Betriebskostenstudie beläuft sich die Anzahl Patient/-innen mit EPD in kleinen und mittleren Spitälern sowie die Anzahl Bewohnende mit EPD in Pflegeheimen im Median auf Null, d.h. die Hälfte dieser Leistungserbringer hatte keine Personen mit EPD als Patient/-innen oder Bewohnende. In grossen Spitälern liegt der Medianwert bei 20 Patientinnen und Patienten mit EPD, d.h. die eine Hälfte der grossen Spitäler hatte weniger, die andere Hälfte mehr als 20 Patientinnen und Patienten mit EPD.
- **Anzahl konsultierter EPD:** Die Betriebskostenstudie schätzt gestützt auf die Befragungsergebnisse, dass 95 % der Spitäler und Pflegeheime noch nie ein EPD konsultiert haben, um Informationen einzusehen (nicht nur um Dokumente zu aktualisieren oder hochzuladen). Auch aus dem Fürstentum Lichtenstein wird Ähnliches berichtet: Die Leistungserbringer füllen das elektronische Gesundheitsdossier zwar mit Dokumenten, nutzen dieses aber für die Behandlung nicht.<sup>10</sup>

Die geringe aktive Nutzung korrespondiert mit der Wahrnehmung im Versorgungsalltag: Laut Swiss eHealth Barometer 2026 – Gesundheitsfachpersonen werden 71 % der Ärzteschaft nie von Patientinnen und Patienten nach dem EPD gefragt. Als Hauptgründe für die Nicht-Nutzung identifizieren die Gesundheitsfachpersonen primär den fehlenden nachweisbaren Mehrwert

<sup>10</sup> Lichtensteiner Vaterland (2026)

(33 %), die aktive Ablehnung durch Patientinnen und Patienten (21 %) sowie als zu hoch empfundene zeitliche Aufwände (19 %).<sup>11</sup>

#### 2.4.1 Enabler der EPD-Nutzung

Als wichtigster Treiber der Nutzung erweist sich gemäss der Anbindungskostenstudie die **gesetzliche Verpflichtung** nach EPDG. Das Swiss eHealth Barometer 2026 – Gesundheitsfachpersonen bestätigt, dass Gesundheitsfachpersonen, die das EPD aktiv nutzen, die gesetzlichen Vorgaben (50 %) als mit Abstand stärksten Motivator für die Nutzung nennen. Dies noch vor der besseren Patientenversorgung (38 %).<sup>12</sup> Andere Faktoren wie ein wahrgenommener Alltagsnutzen oder die Motivation der Mitarbeitenden spielen bislang eine untergeordnete Rolle. Aus den Fokusgruppen und Interviews der Betriebskostenstudie geht zudem hervor, dass das EPD dort als nützlich wahrgenommen wird, wo ein konkreter klinischer Mehrwert erkennbar ist: bei Patientenwechseln zwischen Einrichtungen, in Notfallsituationen mit Bedarf an schnellem Zugriff auf Medikationspläne und Kerndaten sowie bei der Übermittlung strukturierter Daten wie Laborwerte, Röntgenbilder oder Impfdaten. Auch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Reduktion des Informationsverlustes entlang des Behandlungspaths werden als potenzielle Vorteile genannt.

#### 2.4.2 Disabler der EPD-Nutzung

Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse aus der Online-Befragung der Anbindungskostenstudie sowie die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Interviews mit Leistungserbringern im Rahmen der Betriebskostenstudie zusammen. Dabei geben wir die Einschätzungen und Erklärungsansätze der Leistungserbringer ungefiltert wieder.

Beide Studien identifizieren übereinstimmend diverse Hindernisse für die Nutzung des EPD:

- *Geringe Verbreitung bei Patientinnen und Patienten:* Der mit Abstand am häufigsten genannte Grund für die Nicht-Nutzung ist das Fehlen von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden mit EPD (92 % der nicht nutzenden Einrichtungen). Gerade in Pflegeheimen verfügen beinahe keine Bewohnenden über ein EPD. Hinzu kommt die aufwändige Eröffnung eines EPD, die u.a. den Besitz einer elektronischen Identität voraussetzt. Die geringe Verbreitung bei Patientinnen und Patienten wird durch aktuelle Betriebsdaten des Bundes bestätigt: Nur gerade 1.3 % der Schweizer Bevölkerung verfügen über ein EPD (Stand Oktober 2025: 125'923 EPD).<sup>13</sup> Besonders kritisch für den klinischen Nutzen ist, dass nur bei 28.7 % der eröffneten Dossiers mindestens eine Zugriffsberechtigung für eine Gesundheitsfachperson hinterlegt wurde. Ohne diese Verknüpfung bleibt das EPD im Behandlungsverlauf weitgehend wirkungslos.<sup>14</sup> Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten Informationen selbst bearbeiten oder löschen können. Dadurch steigt das

---

<sup>11</sup> gfs Bern (2026b)

<sup>12</sup> gfs Bern (2026b)

<sup>13</sup> OBSAN (2026)

<sup>14</sup> OBSAN (2026)

Risiko unvollständiger Dossiers, was die Nutzung durch Gesundheitsfachpersonen beeinträchtigt.

- *Fehlende Einbindung aller Leistungserbringer:* Da Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex, Apotheken und weitere ambulante Leistungserbringer bis heute nicht verpflichtet sind, sich dem EPD anzuschliessen, entstehen erhebliche Informationslücken, die den Nutzen des Systems für alle anderen Beteiligten stark einschränken.
- *Fehlende Interoperabilität:* Die Leistungserbringer (mit Portallösung) beklagen die fehlenden Schnittstellen zu den internen [Primärsystemen](#) (KIS/PIS), was zu doppelter Dokumentation und manuellem Datenverschieben führt. Denn Softwareanbieter sind heute nicht verpflichtet, EPD-Schnittstellen bereitzustellen.
- *Unvollständige und unstrukturierte Daten:* Das EPD wird vielfach als «PDF-Friedhof» beschrieben mit veralteten oder unvollständigen Informationen, die das Vertrauen der Fachpersonen in die Datenqualität untergraben. Zudem ist bei unstrukturierten Daten keine automatisierte Übernahme ins eigene Primärsystem möglich.
- *Schlechtes Aufwand-Nutzen-Verhältnis:* Der Einführungs- und Betriebsaufwand wird als unverhältnismässig hoch empfunden, auch weil die Kosten aus Sicht der Leistungserbringer heute nicht über die Tarife abgegolten werden. Schulungen, Prozessanpassungen, Datenschutzmassnahmen sowie das zeitintensive Einpflegen von Dokumenten (teilweise 15–30 Minuten pro Dokument) stehen einem geringen praktischen Nutzen gegenüber.
- *Mangelndes Bewusstsein und fehlende Motivation:* Viele Gesundheitsfachpersonen wissen gemäss der Betriebskostenstudie überhaupt nicht, dass das EPD existiert oder wie es zu bedienen ist. Als hinderlich wahrgenommen wird auch der Umstand, dass die nicht verpflichteten ambulanten Leistungserbringer keinen Anreiz und keine Motivation zur Teilnahme am EPD hätten. Zusätzlich belasten Unsicherheiten über die Zukunftsfähigkeit des Systems – etwa im Zusammenhang mit Zusammenschlüssen von (Stamm-)Gemeinschaften – das Vertrauen in die Nachhaltigkeit von Investitionen ins EPD.

### 3 Mögliche Auswirkungen der aktuellen Vorlage zum EGDG auf die Kosten der Leistungserbringer

#### 3.1 Einordnung

Der Bundesrat hat beschlossen das EPDG durch das neue Bundesgesetz über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) abzulösen. Mit dieser grundlegenden Neuausrichtung soll aus dem EPD das elektronische Gesundheitsdossier (E-GD) werden.

An dieser Stelle leiten die Autorinnen und Autoren der Anbindungs- und Betriebskostenstudien vor dem Hintergrund ihrer Studienergebnisse und gestützt auf ihre Expertise mögliche Auswirkungen der aktuellen Vorlage zum EGDG auf die Kosten der Leistungserbringer ab. Die folgenden Ausführungen sind keinesfalls zu verwechseln mit einer umfassenden Betrachtung von Kosten und Nutzen wie sie typischerweise in einer Regulierungsfolgenabschätzung erfolgt. Sie entsprechen vielmehr einer sehr eingeschränkten Perspektive:

- Die Ausführungen fokussieren hinsichtlich der möglichen Kostenfolgen lediglich auf die Perspektive der Leistungserbringer. Die Kostenfolgen für Bund und Kantone oder andere betroffene Akteure werden nicht thematisiert, da sich dazu aus den durchgeführten Studien auch keine Erkenntnisse ableiten lassen.
- Die Ausführungen beziehen sich nur auf Kostenfolgen, weil die vorliegenden Studien sich primär mit den Kosten auseinandergesetzt haben. Die Nutzen der Vorlage werden nicht diskutiert. Es werden auch keine Umsetzungsempfehlungen abgegeben.
- Dabei ist klar, dass der Gesetzesentwurf durchaus mehrere kritische Punkte des bisherigen EPD adressiert, die sich auch in den oben dokumentierten Ergebnissen der Anbindungs- und Betriebskostenstudie widerspiegeln (u.a. die geringe Verbreitung des EPD in der Bevölkerung, die fehlende Teilnahme der ambulanten Leistungserbringer am EPD).



**Hinweis:** Der parlamentarische Prozess zur Beratung des EGDG hat kürzlich begonnen, weshalb Änderungen im Gesetzestext und bei den Finanzierungsmechanismen möglich sind. Entsprechend können die nachfolgenden Einschätzungen, die sich auf die Gesetzesvorlage vom 5. November 2025 beziehen, nur als provisorisch gelten.

Der vorliegende Entwurf des EGDG vom 5. November 2025<sup>15</sup> sieht einige grundlegende Änderungen vor:

- Automatische Eröffnung mit Widerspruchsmöglichkeit (Opt-out/Widerspruchslösung):
  - Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz erhält nach einer Widerspruchsfrist automatisch und kostenlos ein E-GD. Ein einfacher und unkomplizierter Widerspruch ist jederzeit möglich.
  - Die Nutzung des E-GD bleibt freiwillig.

---

<sup>15</sup> Der Bundesrat (2025)

- Ausweitung der Anschlusspflicht für Leistungserbringer:
  - Der Anschluss an das E-GD wird Pflicht für alle Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung oder die Militärversicherung abrechnen.
  - Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitseinrichtungen sind verpflichtet, behandlungsrelevante Daten im E-GD zu publizieren.
- Verantwortung des Bundes für die einheitliche technische Infrastruktur: Der Bund beschafft und betreibt das Informationssystem E-GD; damit erfolgt eine Vereinheitlichung der Infrastruktur.
- Neue Zuständigkeiten der Kantone:
  - Die Kantone tragen die laufenden Betriebskosten der einheitlichen technischen Infrastruktur.
  - Die Kantone stellen die Finanzierung einer Gemeinschaft auf ihrem Kantonsgebiet sicher
- Ablösung der Zertifizierungsverfahren für (Stamm-)Gemeinschaften durch eine kantonale Bewilligung der Gemeinschaften<sup>16</sup>
- Harmonisierung der Authentifizierungsmittel und E-ID: Einführung der staatlichen E-ID zur Vereinfachung des Zugangs für die Bevölkerung

Parallel zur Vorlage des EGDG fördert das BAG im Rahmen des nationalen Programms DiGiSanté die digitale Transformation des gesamten Gesundheitswesens. Herzstück des Programms ist der **Gesundheitsdatenraum Swiss Health Data Space** (SwissHDS), der als sicherer und gemeinwohlorientierter Raum für den Austausch und die Nutzung von (strukturierter) Gesundheitsdaten in der Schweiz dienen wird.

Langfristig soll der SwissHDS zur verbindlichen Infrastruktur für den Gesundheitsdatenaustausch ausgebaut werden. Das E-GD fungiert dabei als integraler Bestandteil des SwissHDS und Sekundärsystem zur langfristigen Speicherung behandlungsrelevanter Informationen.

Mit Blick auf die Kostenfolgen des EGDG für die Leistungserbringer ist die parallele Entwicklung des SwissHDS und die geplante Integration des E-GD in den SwissHDS zentral: Denn für beide Systeme sollen dieselben Schnittstellen genutzt werden. D.h. Primärsysteme, die eine Schnittstelle zum E-GD haben, werden auch anschlussfähig an den SwissHDS sein.

### 3.2 Mögliche Kostenauswirkungen im Überblick

Die nachfolgende Abbildung zeigt, welche Kostenauswirkungen die Autorenschaft der Anbindungs- und Betriebskostenstudien für die Leistungserbringer infolge der einzelnen Regelungen in der aktuellen Vorlage des EGDG vom 5. November 2025 erwartet.

---

<sup>16</sup> Die bisherige Unterscheidung zwischen Stammgemeinschaften und Gemeinschaften fällt weg – künftig gibt es nur noch Gemeinschaften.

**Abbildung 5: Einschätzung der Autorenschaft zu möglichen Kostenauswirkungen des EGDG für die Leistungserbringer**

EGDG-Neuerungen	Potenzielle Mehrkosten	Potenzielle Minderkosten
Widerspruchslösung	– höhere Betriebskosten im Fall einer Portallösung, weil der Personalaufwand für den manuellen Up-/Download von Dokumenten bei einer gestiegenen Anzahl E-GD und einem höheren Datenaufkommen zunimmt	
Ausweitung der Anschlusspflicht	– Anbindungskosten für Leistungserbringer, die bislang nicht verpflichtet sind	
Einheitliche technische Infrastruktur	– voraussichtlich zusätzliche Investitionskosten für bereits ans EPD angeschlossene Leistungserbringer infolge notwendiger Anpassungen an Schnittstellen und ggf. Prozessen; diese Kosten dürften aber geringer ausfallen als die ursprünglichen Anbindungskosten	– ggf. geringere Betriebskosten dank tieferer Gebühren der Gemeinschaften aufgrund erhöhter Effizienz des Gesamtsystems
Zuständigkeit der Kantone für Betriebskosten		– ggf. geringere Betriebskosten dank tieferer Gebühren der Gemeinschaften
Ablösung Zertifizierungsverfahren		– ggf. geringere Betriebskosten dank tieferer Gebühren der Gemeinschaften
E-ID als Authentifizierungsmittel		– marginal tiefere Anbindungs- und Betriebskosten, weil die staatliche E-ID kostenlos sein wird

Die Autorenschaft kommt also zum Schluss, dass die aktuelle Vorlage des EGDG vom 5. November 2025 für die Leistungserbringer sowohl potenzielle Mehr- wie auch Minderkosten bringen dürfte:

- Für Leistungserbringer, die neu zum Anschluss ans E-GD verpflichtet sind, bringt die Anschlusspflicht die entsprechenden Anbindungskosten mit sich.
- Auch für Leistungserbringer, die bereits ans EPD angeschlossen sind, dürften aufgrund des neuen einheitlichen Informationssystems vermutlich zusätzliche Investitionskosten anfallen, insbesondere für die Unterstützung neuer Schnittstellen.
- Verschiedene weitere Komponenten der Vorlage führen aber dazu, dass sich die Betriebskosten für die Leistungserbringer tendenziell reduzieren dürften, insbesondere dank tieferer Gebühren für die Mitgliedschaft in einer Gemeinschaft. Die Gebühren der bisherigen (Stamm-)Gemeinschaften sind aktuell der grösste Kostenpunkt bei den Betriebskosten der Leistungserbringer. Deshalb dürfte die künftige Finanzierung der Betriebskosten des Informationssystems sowie der Gemeinschaften relevant sein für die künftige Höhe der Betriebskosten der Leistungserbringer.

## 4 Fazit

Die Anbindungs- und Betriebskostenstudien haben aufgezeigt, welche Kosten die seit 2022 geltende Anbindungspflicht an das EPD für stationäre Leistungserbringer zur Folge hatte und hat. Gemessen an den Gesamtkosten von Spitälern und Pflegeheimen fallen diese Kosten zwar gering aus. Aber ihre Beurteilung fällt dennoch kritisch aus, wenn sie ins Verhältnis zum bislang erzielten Nutzen des EPD gesetzt werden.

Denn wie die Studien ebenfalls zeigen, wird das EPD im Versorgungsalltag bisher kaum genutzt. Die Leistungserbringer haben sich überwiegend allein aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung an das EPD angeschlossen. Entsprechend wurde mehrheitlich die kostengünstigere Anbindungsvariante der Portallösung gewählt, obwohl diese einen aufwändigen manuellen Upload und Download von Dokumenten erfordert.

Die aktuelle Vorlage zum EGDG adressiert verschiedene Hürden, die der Nutzung und dem Nutzen des bisherigen EPD entgegenstanden, etwa die geringe Verbreitung bei Patientinnen und Patienten oder die fehlende Einbindung aller Leistungserbringer. Der zeitgleich laufende Aufbau des Gesundheitsdatenraums SwissHDS verspricht zusätzliche Vorteile: Künftig sollen behandlungsrelevante Dokumente aus dem B2B-Austausch der Leistungserbringer automatisch ins E-GD geladen und dort gespeichert werden können.

Nichtsdestotrotz zeigt die Analyse in Kapitel 3, dass die Vorlage zum EGDG voraussichtlich nicht nur für neu verpflichtete, sondern auch für bereits angeschlossene Leistungserbringer zusätzliche Investitionskosten verursachen wird – wenn auch für Letztere in voraussichtlich geringerem Ausmass. Die Betriebskosten des künftigen E-GD für die Leistungserbringer dürften sich tendenziell reduzieren, wobei unklar ist, in welchem Ausmass die Gebühren für die Mitgliedschaft in einer Gemeinschaft effektiv sinken werden.

Da auch das neue E-GD in erster Linie den Patientinnen und Patienten dienen wird und die Kosten-Nutzen-Betrachtung aus Sicht der Leistungserbringer – die primär am B2B-Austausch interessiert sind – auch künftig kritisch ausfallen dürfte, wird die Frage der Finanzierung wohl weiterhin für Diskussion sorgen.

## Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit BAG (2026): E-GD – von der Totalrevision zum neuen Gesetz. URL <https://www.bag.admin.ch/de/epd-weiterentwickeln-totalrevision>, abgerufen am 27. April 2026.
- Der Bundesrat (2025): Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Gesundheitsdossier, Fedlex. URL <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2025/3398/de>, abgerufen am 11. Februar 2026.
- gfs Bern (2026a): Swiss eHealth-Barometer 2026 - Bericht zur Befragung der Bevölkerung.
- gfs Bern (2026b): Swiss-eHealth-Barometer 2026 - Bericht zur Befragung der Gesundheitsfachpersonen und Akteur:innen des Gesundheitswesens.
- Lichtensteiner Vaterland (2026): eGD für Abruf von Patientendaten selten genutzt, Vaterland online. URL <https://www.vaterland.li/liechtenstein/politik/egd-fuer-abruf-von-patientendaten-selten-genutzt-art-725552>, abgerufen am 27. April 2026.
- McKinsey & Company (2021): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die 8,2-Mrd.-CHF-Chance für die Schweiz. URL <https://www.mckinsey.com/ch/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/switzerland/our%20insights/digitalization%20in%20healthcare/digitalisierung%20im%20gesundheitswesen%20%20die%2082mrdchance%20fr%20die%20schweiz%20de.pdf>, abgerufen am 27. April 2026.
- OBSAN (2026): Das elektronische Patientendossier | OBSAN. URL <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2026-das-elektronische-patientendossier>, abgerufen am 16. März 2026.