BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
KONSUMSTRASSE 20 · CH-3007 BERN · TEL +41 (0)31 380 60 80
INFO@BUEROBASS.CH · WWW.BUEROBASS.CH

Administrative Belastungen in den freien Berufen des Bereichs Gesundheit

Aktualisiertes Faktenblatt 2026

Im Auftrag
des Schweizerischen Verbands freier Berufe SVFB

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

Bern, 16. Juni 2026

Im Jahr 2023 führte das Büro BASS im Auftrag des SVFB eine Erhebung zu den durch behördliche Auflagen und Reglementierungen verursachten Belastungen in den freien Berufen durch. Das vorliegende Faktenblatt fasst die Resultate für die Betriebe im Gesundheitsbereich zusammen und aktualisiert die Ergebnisse anhand von Gesprächen mit Berufsvertretern.

Knapp ein Tag pro Woche für administrative Tätigkeiten

Die im Jahr 2023 durchgeführte Umfrage bei freiberuflichen Betrieben im Gesundheitsbereich hatte ergeben, dass diese im Durchschnitt fast 7 Stunden pro Woche für administrative Tätigkeiten aufwendeten (vgl. **Tabelle 1**). Bei Physiotherapiepraxen (Physioswiss) lag dieser Durchschnitt bei über 8 Stunden und bei Ärzten und Ärztinnen (FMH) bei über 10 Stunden. Bezogen auf die normale wöchentliche Arbeitszeit in diesen Berufen entsprach dies fast einem Arbeitstag pro Woche, der ausschliesslich für behördliche administrative Belastungen aufgewendet wurde.

Tabelle 1: Anzahl der für die administrativen Tätigkeiten benötigen Stunden im Verhältnis zur Gesamtarbeitszeit des Betriebs

	Wochenarbeitszeit (MW)	Administration inkl. oblig. Soz.versicherungen / Steuern	
	Std.	Anteil	Std.
ChiroSuisse	42.8	14.6%	6.2
FMH	52.9	19.3%	10.2
FSP / ASP	43.8	14.7%	6.4
K/SBL	41.2	22.4%	9.2
Physioswiss	42.0	19.8%	8.3
SSO	42.0	13.8%	5.8
Mittelwert Bereich Gesundheit	**43.7**	**15.9%**	**6.9**

Quelle: Online-Befragung zur administrativen Belastung in den freien Berufen, 2023 (n=49 Betriebe im Bereich Gesundheit). Berechnungen BASS

Die Aufgaben, die in den befragten Betrieben am meisten Zeit in Anspruch nahmen, waren die zusätzlichen Auflagen bezüglich formaler Dokumentationsarbeiten zur Krankengeschichte / Führung des elektronischen Patientendossiers (etwa ein Drittel der aufgewendeten Zeit), gefolgt von Anfragen von Krankenkassen/Unfallversicherungen, Rückweisungen von Rechnungen, administrativem Verkehr mit Versicherungen (insbesondere Krankenversicherungen) und speziellen Auflagen für die Rechnungsstellung / Kopien an Patient/innen bzw. Klient/innen.

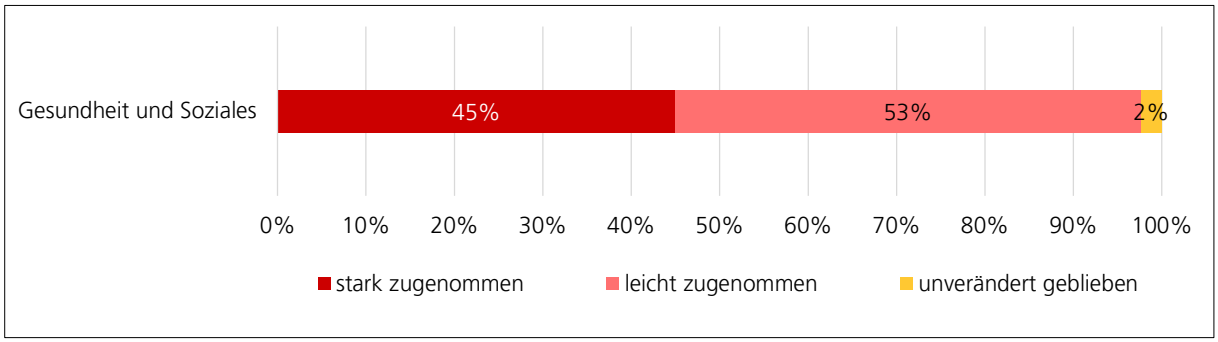
Welche administrativen Belastungen werden angesprochen?

Im Fokus stehen administrative Tätigkeiten, die aufgrund von behördlichen Auflagen/Vorschriften/Reglementierungen durch den Staat und ähnliche Stellen auferlegt sind. Es handelt sich somit nicht um interne betriebliche Administrationstätigkeiten (allgemeiner Overhead, Buchhaltung, Termin-/Arbeitsplanung, interne Datensammlung/Abläufe, Koordinationssitzungen, Austausch mit anderen Betrieben, Arbeiten für Berufsverband etc.). Die branchenspezifischen Kategorien von administrativen Belastungen wurden mit Unterstützung der Vertreterinnen und Vertretern aller Mitgliedsorganisationen identifiziert und bildeten die Grundlage für die Datenerhebung. Die allgemeinen administrativen Arbeiten im Rahmen der Sozialversicherungen oder Steuern (z.B. AHV-Abrechnung, MWST, Unternehmenssteuer o.ä.) stehen dabei nicht im Zentrum, sind jedoch ebenfalls erfasst.

Zunehmender Trend: damals und heute

Auf die Frage, wie sich der Aufwand für die administrativen Belastungen in den letzten Jahren vor der Umfrage entwickelt habe, gaben im Jahr 2023 fast alle Betriebe (98%) an, dass er gestiegen sei, davon 45% sogar stark (vgl. **Abbildung 1**). Inhaltlich fand die Zunahme der administrativen Belastung zumeist dort statt, wo auch die aktuelle Belastung als hoch bis sehr hoch eingeschätzt wurde, d.h. vor allem bei der Rechnungsstellung, den Rückfragen und dem administrativen Verkehr mit den Versicherungen, den Kostengutsprachen und den Dokumentationsarbeiten (z.B. Krankengeschichte, elektronisches Patientendossier).

Abbildung 1: Wahrgenommene Veränderung des Aufwands in den letzten Jahren für die administrativen Belastungen insgesamt



Quelle: Online-Befragung zur administrativen Belastung in den freien Berufen, 2023 (n=56 Betriebe im Bereich Gesundheit). Berechnungen BASS

Als zukünftige Entwicklung erwarteten damals fast alle Befragten eine weitere Zunahme des administrativen Aufwands. Dies wurde teilweise allgemein der steigenden Komplexität im Gesundheitswesen und einer Tendenz zur immer stärkeren Regulierung des Systems zugeschrieben. Spezifisch erwähnt wurden der neue Qualitätsartikel im Krankenversicherungsgesetz, die Zunahme der Kontrollmechanismen durch die Krankenkassen wie auch die Einführung des elektronischen Patientendossiers. In der Psychotherapie war zudem das Anordnungsmodell damals in der Umsetzungsphase. Dadurch konnten gewisse administrative Belastungen zum Erhebungszeitpunkt noch nicht vollständig eingeschätzt werden.

Drei Jahre später scheinen sich die Befürchtungen einer weiteren Zunahme bestätigt zu haben. Trotz des Inkrafttretens des Unternehmensentlastungsgesetzes (UEG) im April 2024 haben die Vertreter/innen der Mitgliedsorganisationen des SVFB weiterhin einen erheblichen und allgemeinen Anstieg der administrativen Belastungen im Gesundheitswesen festgestellt.

Den Vertretern zufolge sind diese Zunahmen hauptsächlich auf den administrativen Verkehr mit den Versicherungen, insbesondere den Krankenkassen, zurückzuführen. Während die Abläufe bei bestimmten anderen Sozialversicherungen relativ gut etabliert und standardisiert sind, beklagen die Vertreter/innen, dass sie von den Krankenkassen immer mehr Ablehnungen, Rückfragen und Aufforderungen zur Einreichung weiterer Unterlagen erhalten, um beurteilen zu können, ob eine Leistungspflicht besteht. Dieser Trend, immer mehr Unterlagen anzufordern, wurde durch das Inkrafttreten der neuen Tarife noch verstärkt, deren Funktionsweise für die Fachpersonen im Gesundheitsbereich teilweise noch unklar und schwer anwendbar ist, was zu häufigeren Rechnungsrückweisungen aufgrund von Mängeln führt (z. B. falsche Positionenwahl).

Im Bereich der Psychotherapie bringt das im Jahr 2022 neu eingeführte Anordnungsmodell unnötige Belastungen mit sich, insbesondere bei der Verlängerung von Therapien, die mehr als 30 Sitzungen umfassen. Diese Verfahren sind sehr komplex und aufwendig, da sie mitunter die Stellungnahmen von vier verschiedenen Fachpersonen erfordern, darunter drei Ärztinnen/Ärzte. Eine interne Umfrage zeigt, dass sich die

beteiligten Fachpersonen in den meisten Fällen einig sind und dass es weder wirksam noch zweckmässig ist, so viele Personen einzubeziehen, da sich der Prozess dadurch in die Länge zieht, ohne dass die beteiligten Fachpersonen einen Mehrwert darin sehen.

Nach Ansicht der Vertreter/innen sind auch die Anforderungen an die Dokumentation für die Erteilung einer Zulassung durch die kantonalen Behörden in den letzten Jahren gestiegen. Betroffen sind vor allem Physiotherapeut/innen, da einige Kantone eine (zahlungspflichtige) Berufsausübungsbewilligung für alle Physiotherapeut/innen (statt nur für Inhaber/innen und Leitende Physiotherapeut/innen) verlangen.

Schliesslich haben laut den Vertretern der Mitgliedsorganisationen auch die Anforderungen hinsichtlich der für verschiedene Stellen (Steuerbehörden, Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit) vorzulegenden Daten zugenommen. Aus Sicht der Fachpersonen ist also ein ganz klarer Aufwärtstrend zu verzeichnen und das Thema der administrativen Belastungen ist daher nach wie vor hochaktuell.

Aktuelle Überlegungen und Massnahmen

Um der Problematik Rechnung zu tragen, hat der Bundesrat im November 2025 ein Paket mit konkreten Massnahmen zur regulatorischen Entlastung der Unternehmen verabschiedet. Die Massnahmen zielen darauf ab, die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Schweiz zu stärken. Im Gesundheitsbereich ist vor allem die Massnahme «Gewisse Artikel im Bundesgesetz über die Krankenversicherung sowie die dazugehörigen Verordnungen vereinfachen und materiell reduzieren» relevant. Diese Massnahme besteht aus zwei Teilen:

- 1) Überweisung Botschaft KVG-Änderung zur Sicherstellung des Prinzips der einmaligen Erhebung der Daten: Der Bundesrat hat im Februar 2026 die Botschaft zur Änderung des KVG verabschiedet. Die Leistungserbringer sollen die Daten, die für die Erfüllung der Aufgaben nach dem Bundesstatistikgesetz, dem KVG, dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, dem Bundesgesetz über die Militärversicherung und dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung erforderlich sind, an eine vom Bundesamt für Statistik bereitgestellte Plattform übermitteln. Die Organisation der Datenflüsse sollte dadurch vereinfacht und verbessert werden.
- 2) Laufende Initiative «Administrativer Aufwand im Gesundheitswesen»: Das BAG will Daten zu den administrativen Aufwänden im Gesundheitswesen bei ausgewählten Leistungserbringergruppen erheben und basierend auf den Ergebnissen gezielte Massnahmen zur Senkung der administrativen Belastung entwickeln und umsetzen. Die Erhebung bei den Hausärztinnen und Hausärzten startet im Mai 2026. Erste Zwischenresultate werden Ende August 2026 erwartet. Der Schlussbericht soll im Januar 2027 vorliegen.

Der Grundsatz der einmaligen Datenerhebung wird von den Berufsvertretern positiv aufgenommen, zeigt jedoch noch keine Auswirkungen auf die Praxis. Die zweite Initiative wird hingegen als enttäuschend empfunden, da die bereits in der Studie von 2023 erhobenen Daten nicht berücksichtigt wurden. Es ist nun dringend erforderlich, konkrete Massnahmen zu ergreifen, anstatt erneut Daten zu erheben.

Neben diesen Massnahmen haben die eidgenössischen Räte das Kostendämpfungspaket 2 im März 2025 verabschiedet, um das Kostenwachstum im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu dämpfen. Dieses Paket umfasst 16 Massnahmen, die Anpassungen des KVG und der KVV erfordern. Für die SVFB-Betriebe sind vor allem die elektronische Rechnungsübermittlung (Art. 42 Abs. 3ter) und die Plafonierung pro Tag abrechenbarer Taxpunkte (Übergangsbestimmungen Ziff. III Abs. 6) relevant. Nach Ansicht der Vertreter/innen werden diese Massnahmen den Verwaltungsaufwand nicht verringern, sondern im Gegenteil noch erhöhen, da sie zu einem grösseren administrativen Verkehr mit den Patient/innen (bezüglich der Rechnungsübermittlung) und mit den Krankenkassen (bezüglich der anrechenbaren Taxpunkte) führen

werden. Die derzeitigen Überlegungen reichen ihnen daher nicht aus, und sie sind der Ansicht, dass grosser Handlungsbedarf besteht, um den Trend umzukehren.

Prioritätensetzung und Verbesserungsbedarf

Heute – wie auch schon im Jahr 2023 – sehen die Gesundheitsfachpersonen im aktuellen System zahlreiche Unzulänglichkeiten und entsprechenden Verbesserungsbedarf. Wie die «Papiertiger»-Umfrage vom Frühjahr 2026 der schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) zeigt, führt der übermässige administrative Aufwand dazu, dass weniger Zeit für die Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen bleibt. Bereits in der Studie von 2023 wurde darauf hingewiesen, dass das Verhältnis zwischen administrativen und patientennahen Tätigkeiten aus Sicht der Befragten nicht mehr stimmt. Dabei sei die Belastung nicht nur eine Frage des zeitlichen Aufwandes, sondern hänge primär mit dem wahrgenommenen Nutzen der zugrundeliegenden Auflagen zusammen. Was der Versorgungsqualität diene, werde aus eigenem Antrieb erfüllt und würde weniger als Belastung empfunden als diejenigen administrativen Arbeiten, welche aus fachlicher Sicht nutzlos erscheinen. Zu den administrativen Tätigkeiten, die die Befragten der SGAIM-Umfrage als unnötig und abschaffungswürdig erachten, gehören insbesondere die (automatisierten) Rückfragen, Kostengutsprachen und Rechtfertigungsaufforderungen durch Krankenversicherer sowie Versicherungsberichte (IV, KTG, UVG) mit hoher Redundanz, was mit den Ergebnissen von 2023 übereinstimmt.

Die wichtigsten zu ergreifenden Verbesserungsmassnahmen oder Ansatzpunkte, die in der Studie von 2023 identifiziert wurden, bleiben laut den Vertretern der Verbände hochaktuell und betreffen hauptsächlich die folgenden Bereiche:

- **Effizientere Zusammenarbeit mit den Versicherungen**. Ansatzpunkte: (1) Verbesserung der Kommunikation mit den Krankenkassen (keine automatisierten und nicht gerechtfertigten Rückweisungen bzw. direkte Ansprechpersonen für abgewiesene Rechnungen und allgemein mehr direkte Kommunikation zur gemeinsamen Lösungsfindung); (2) Weniger und stärker normierte / standardisierte Berichte zuhanden der Versicherer (Krankenkassen, IV, UV), (3) Reduktion der formalen Auflagen (z.B. nicht für jede ärztliche Überweisung eine Überweisungsbestätigung zusätzlich zur Anmeldung), (4) Reduktion der Anfragen von Krankenkassen zur Rechtfertigung medizinisch-therapeutischer Massnahmen, (5) Koordination seitens der Versicherungen hinsichtlich der Modalitäten des (elektronischen) administrativen Austauschs.
- **Regulierungsfolgeabschätzung**: Leistungserbringer sollten stärker einbezogen werden, um die Relevanz und die Folgen einer geplanten Regulierung für die Praxis abzuschätzen. Grundsätzlich sollten sämtliche Regulierungen einer Regulierungsfolgeabschätzung unterzogen werden müssen. Damit soll vermieden werden, dass Auflagen zwar viel Aufwand verursachen, jedoch kaum Effekte auf die Sicherheit oder Qualität der Behandlung haben. Konkret wird u.a. angeregt, eine Kosten-Nutzen-Analyse betreffend der zukünftigen Qualitätsverträge durchzuführen, sowie die Kosten seitens der Leistungserbringer für die Umsetzung neuer Verordnungen zu beziffern und öffentlich (z.B. auf einer Website) zugänglich zu machen.
- **Vereinfachung und Vereinheitlichung der Abläufe für Kostengutsprachen, Beschleunigung der Antwort der Versicherungen**: In den therapeutischen Berufen wird Bedarf nach einer Standardisierung und Vereinheitlichung der Abläufe für das Einholen von Kostengutsprachen durch die Ärztinnen/Ärzte (und des Erteilens der Gutsprachen durch die Krankenkassen) benannt. Bei den Kostengutsprachen für psychologische Psychotherapie wird vor allem gewünscht, das derzeit geltende aufwändige Verfahren für die Verlängerung mit den zahlreichen Akteuren (Hausärztin/-arzt, Psychiater/in, Vertrauensärztin/-arzt der Krankenkasse, Psychotherapeut/in) zu vereinfachen, z.B. durch einen direkten Bericht an die Krankenkassen durch die Psychotherapeut/innen.
- **Angemessene Vergütung administrativer Tätigkeiten**: Gefordert wird, dass der Aufwand, der durch staatliche Auflagen (Verpflichtung zur Datenübermittlung) oder Anforderungen von den

Versicherungen (z.B. Berichte für Kostengutsprachen verfassen, Telefonate etc.) angemessen entschädigt wird. Dies ist derzeit nicht in allen befragten Berufsgruppen der Fall (z.B. fehlender Tarif bzw. Entschädigung für administrative Arbeiten bei Physiotherapeut/innen, Psycholog/innen oder Logopäd/innen). Zu diesem Punkt sollte die dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitete KVG-Tarifstruktur Verbesserung bringen.

■ **Einheitliche und sichere Plattform zur Datenerfassung über die Qualitätsentwicklung (Art. 58 KVG)**: Die Leistungserbringer sind gehalten, eigene Plattformen zur Bewirtschaftung von Qualitätsdaten zu entwickeln, was kaum effizient ist und mit zusätzlichen Kosten verbunden sein wird. Daher wird gefordert, dass der Bund eine sichere und einheitliche Plattform zur Verfügung stellt und finanziert, um diese Daten erfassen, pflegen und veröffentlichen zu können.

Staatlichen und behördennahen Stellen muss bewusst sein, dass die durch Digitalisierung gewonnenen administrativen Vereinfachungen und Entlastungen für die Betriebe verpuffen, wenn im Gegenzug immer mehr Auflagen, Kontrollformalitäten, Datenlieferungen etc. eingeführt werden.