Die Sachlage ist ernst: Es drohen Motivationsverlust und Berufsaufgabe

Mut zur Entbürokratisierung im Gesundheitswesen

Das Schweizer Gesundheitswesen wird zunehmend von Bürokratie gebremst: Immer mehr Zeit geht für Formulare und Kontrollen verloren – Zeit, die bei den Patientinnen und Patienten fehlt. Das belastet Fachkräfte und schwächt die Qualität der Versorgung. Gefragt ist eine gezielte Entbürokratisierung mit einfacheren Prozessen und weniger Doppelspurigkeiten. Denn entscheidend ist: wieder mehr Zeit für Menschen statt für Bürokratismus.

Diesem Artikel liegen folgende vorangehende Publikationen zugrunde:
- Spitalpartnerschaften und Fusionen, clinicum 3-25
- Stillstand im System? clinicum, 5-25
- Gemeinsam zur «ambulanten Nation», clinicum 6-25
- Der Engpass ist da – und er trifft das ganze System massiv, clinicum 2-26

Das Gesundheitswesen droht sich selbst zu verwalten

Das Gesundheitswesen lebt von Nähe, Fachlichkeit, Verantwortung und Tempo. Es funktioniert dann gut, wenn Ärztinnen, Pflegende, Therapeutinnen, Spitex-Mitarbeitende, Fachpersonen in Reha, Praxen, Heimen und Versicherungen ihre Energie auf das Wesentliche richten können: auf Behandlung, Betreuung, Koordination und gute Entscheidungen. Genau dort liegt heute aber ein wachsendes Problem. Immer grössere Teile der verfügbaren Arbeitszeit werden nicht für Menschen, sondern für Formulare, Rückfragen, Meldungen, Freigaben, Nachweise, Mehrfacheingaben und Kontrollschlaufen verwendet. Das ist keine Randerscheinung mehr, sondern ein strukturelles Problem des Systems. Der Bund hält selbst fest, dass Ausmass, Auswirkungen und Ursachen des administrativen Aufwands im Gesundheitswesen bislang nur teilweise bekannt sind und systematische Datenerhebungen fehlen. Gleichzeitig hat das BAG das Thema als prioritär eingestuft und eine eigene Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten auf Mai 2026 terminiert; der Schlussbericht wird 2027 vorliegen.

Wer Entbürokratisierung fordert, muss allerdings präzise bleiben. Nicht jede Administration ist unnötig. Dokumentation verbessert die Patientensicherheit, ermöglicht die Abrechnungen, machen erst Behandlungsverläufe nachvollziehbar und stellt sicher, dass man aus Daten und Erfahrungen Lernen kann. Ohne Dokumentation und Datenerhebung befindet sich jede Institution im Blindflug, und das kann niemand wollen. Problematisch wird Bürokratie dort, wo dieselben Angaben mehrfach erhoben werden, wo Nachweise keinen erkennbaren Zusatznutzen mehr schaffen, wo Kontrollen flächig statt risikobasiert erfolgen, wo IT-Systeme mehr Klickroutinen als Entlastung bringen und wo jede Institution ihre eigene Formularwelt aufbaut. Genau an diesen Stellen kippt sinnvolle Verwaltung in unproduktive Bürokratie.

Das Problem ist messbar, auch wenn die Datenlage noch Lücken hat

Trotz der vom Bund beschriebenen Evidenzlücken gibt es belastbare Hinweise auf die Grössenordnung: In der Akutsomatik verbringen Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 114 Minuten pro

Gesundheitsversorgung ist Teamarbeit. Doch immer mehr Zeit geht nicht für Menschen, sondern für administrative Prozesse verloren.

Administrative Last ist nicht nur ein Gefühl. Sie bindet täglich messbar Zeit, Personal und Geld.

Tag mit Dokumentationsarbeit in Zusammenhang mit den Patientendossiers; bei Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sind es 183 Minuten pro Tag. Zusätzlich fällt Zeit für Vorgaben von Behörden und Versicherern an; in einzelnen Bereichen liegt dieser Zusatzaufwand bei rund einer Stunde pro Tag. Die personelle Folge ist brisant: Unter den am stärksten belasteten Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in der Akutsomatik erwägt rund ein Fünftel, das Schweizer Gesundheitswesen zu verlassen. Ergänzend zeigt eine Schweizer Studie aus einem Lehrspital, in der der Arbeitsalltag von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten systematisch beobachtet und zeitlich erfasst wurde, dass diese im Durchschnitt lediglich 1.7 Stunden pro Tag direkt mit Patientinnen und Patienten verbringen, jedoch rund 5.2 Stunden am Computer arbeiten – etwa für Dokumentation, Administration und IT-Systeme.

Auch die Systemkosten der Administration sind sichtbar, wenn auch nur teilweise. Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer lagen 2024 bei 1.7 Milliarden Franken, also bei 193 Franken pro versicherte Person was 4.6 % der Prämien ausmacht. Gleichzeitig beliefen sich die Gesundheitskosten in der Schweiz 2024 auf geschätzte 97.1 Milliarden Franken beziehungsweise 10'783 Franken pro Einwohnerin und Einwohner; der Anteil am BIP lag bei 11.8 %. Ein grosser Teil der eigentlichen Bürokratiekosten der Leistungserbringer ist darin aber gar nicht separat ausgewiesen, weil er in klinischer Arbeitszeit und in internen Overheads versteckt ist.

Besonders eindrücklich ist die bürokratische Reibung dort, wo sie aufgrund schlechter Digitalisierung entsteht. Die Kurzanalyse des Bundes zu Primärsystemen (23.076 BRG, Programm zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen (DigiSanté)) nennt dabei heterogene Systeme, begrenzte Interoperabilität und ungenügend strukturierte Daten. Allein für Laboraufträge und Laborbefunde wird mit rund 30 Millionen Fällen pro Jahr gerechnet; bei drei bis fünf manuellen Datenüberträgen von je 30 Sekunden ergeben sich über 100 000 Arbeitstage pro Jahr nur für die Bewältigung zahlreicher Medienbrüche. Der Bericht warnt zudem vor Fehlern bei aufwendigen Eingaben, schlecht gestalteten Auswahlmenüs und zu vielen Warnmeldungen. Bürokratie betrifft also nicht nur Papier, sondern oft digitalisierte Reibung.

Bürokratie ist keine einzelne Vorschrift, sondern eine Kettenreaktion

Die administrative Belastung entsteht nicht an einem einzigen Ort, sondern auf mehreren Ebenen und in zahlreichen Prozessen des Gesundheitssystems. Auf internationaler Ebene erzeugen Standards und Klassifikationen vielfach Nutzen, bringen aber Umstellungs- und Implementationsaufwand mit sich. Auf Bundesebene kommen Gesetze, Verordnungen, Datenerhebungen, Statistikpflichten und Qualitätsvorgaben hinzu. Auf kantonaler Ebene verstärken unterschiedliche Bewilligungs-, Melde- und Aufsichtslogiken die Vielfalt. Versicherer schaffen zusätzliche Reibung über Kostengutsprachen, Rückfragen, Prüfmechanismen und uneinheitliche Formulare. Fachgesellschaften, Verbände und Zertifizierungslogiken fördern weitere Nachweise. Und innerhalb der Organisationen bauen Spitäler, Praxen, Heime und Spitex-Dienste eigene interne Dokumentations-, Freigabe- und Kontrollsysteme auf, die oft historisch gewachsen und nur noch teilweise begründbar sind.

Genau deshalb dreht sich die Bürokratiespirale so schnell. Ein Fehler, ein Missbrauchsfall oder ein politischer Skandal führt zu neuen Kontrollen. Diese Kontrollen erzeugen mehr Formulare, mehr Abklärungen und mehr Ausnahmen. Mehr Komplexität schafft neue Fehlerquellen. Neue Fehlerquellen führen wiederum zu zusätzlichen Kontrollen. Mit jeder Umdrehung der Spirale steigt der Aufwand nicht bloss linear. Er kumuliert sich. Was auf einer Ebene als kleine Zusatzanforderung eingeführt wird, löst auf den anderen Ebenen Folgearbeit aus: Anpassungen im IT-System, neue interne Prozesse, Schulungen, Rückfragen, Qualitätsnachweise, Freigaberoutinen, Revisionen. Am Ende wird aus einer vermeintlich kleinen Neuerung eine systemweite Zusatzlast.

Die Flurschäden reichen weit über die reine Zeitverschwendung hinaus

Bürokratie kostet nicht nur Minuten, sondern auch Motivation. Wenn hochqualifizierte Fachpersonen erleben, dass ihre eigentliche Kernkompetenz zunehmend von administrativer Arbeit verdrängt wird, sinkt die Berufszufriedenheit. Das trifft besonders jene, die in Berufen arbeiten, die ohnehin stark unter Druck stehen: Hausarztpraxen, Notfallstationen, Akutpflege, Spitex, Reha, Pflegeheime und ambulante Therapieberufe. Die Folge ist nicht nur Frust, sondern auch ein realer Rekrutierungs- und Bindungsschaden. Wer sich aus Idealismus oder fachlichem Interesse für einen Gesundheitsberuf entscheidet, will Menschen behandeln, pflegen und begleiten und, nicht primär Nachweise bewirtschaften.

Hinzu kommt der Innovationsschaden. Innovation braucht Freiraum, Zeit, Risikobereitschaft und die Fähigkeit, Prozesse zu verändern. Ein hochbürokratisiertes System begünstigt aber das Gegenteil: defensive Routinen, Angst vor Fehlern, Entscheidungsaufschub und eine Kultur des Abhakens. Wenn Spitäler, Kliniken, Praxen oder Heime schon Mühe haben, den täglichen Pflichtapparat zu bewältigen, fehlt Raum für neue Versorgungspfade, digitale Verbesserungen, bessere Zusammenarbeit über Sektorengrenzen oder experimentelle Pilotmodelle. Dass der Bund mit DigiSanté bis 2034 den digitalen Rückstand des Gesundheitswesens aufholen will und das Once-Only-Prinzip gesetzlich verankern möchte, zeigt indirekt, wie gross der Nachholbedarf ist.

Die Auswirkungen treffen auch Patientinnen und Patienten. Wenn mehr Zeit in Rückfragen, Codierung, IT-Umwege und Dokumentationspflichten fliesst, wird die reale Behandlungszeit knapper. Übergänge dauern länger. Austritte verzögern sich. Abklärungen werden langsamer koordiniert. Gespräche verkürzen sich. Gerade chronisch kranke, multimorbide und pflegein-

tensive Menschen leiden besonders unter dieser Langsamkeit, weil sie viele Schnittstellen durchlaufen und jede bürokratische Reibung an ihnen hängen bleibt.

Entbürokratisierung ist keine Deregulierung um jeden Preis

Der Ausweg liegt nicht in einem pauschalen Ruf nach weniger Regeln. Ein modernes Gesundheitswesen braucht gute Dokumentation, Transparenz, Qualitätssicherung, Datenschutz, Integrität und nachvollziehbare Finanzierung. Entbürokratisierung heisst deshalb nicht, Sicherheitsnetze wegzureissen. Sie heisst, alles, was erfasst, berichtet, geprüft oder kontrolliert wird, mit einer einfachen Frage zu konfrontieren: **Welchen konkreten Nutzen stiftet es, für wen und zu welchem Preis?**

Eine Pflicht ist dann legitim, wenn sie mindestens einen klar erkennbaren Nutzen erfüllt: für Patientensicherheit, Qualität, Finanzierung, Lernen oder Vertrauen. Sie wird problematisch, wenn derselbe Nutzen anders, einfacher und mit weniger Aufwand erreicht werden könnte. Genau daraus ergibt sich die eigentliche Reformlogik: nicht Verwaltung gegen Freiheit, sondern wirksame Steuerung gegen unnötige Reibung.

Das im Krankenversicherungsgesetz KVG festgehaltene WZW-Prinzip (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) kann ebenso gut in der Klinikadministration angewendet werden. Dabei sind bei jeder administrativen Tätigkeit folgende Fragen zu stellen:

1. **Wirksamheit:** Welchen Nutzen erbringt die administrative Tätigkeit für wen?
2. **Zweckmässigkeit:** Könnte das Resultat der administrativen Arbeit auch anders und einfacher erzielt werden?
3. **Wirtschaftlichkeit:** Rechtfertigt die administrative Tätigkeit den Einsatz den dafür benötigten zeitlichen und finanziellen Aufwand?

Bundesebene

Der Bundesrat muss die Entbürokratisierung als Führungsaufgabe behandeln. Sofort nötig ist ein Stopp für neue administrative Pflichten ohne klare Folgenabschätzung. Jede neue Berichtspflicht, jede neue Datenerhebung, jede neue Kontrollanforderung sollte künftig nur dann eingeführt werden dürfen, wenn drei Punkte ausgewiesen sind: welches Problem damit gelöst wird, wie hoch der Zusatzaufwand für Leistungserbringer ist und welche bestehende administrative Pflicht dafür entfällt. Ohne diesen dritten Punkt produziert Politik bloss neue Schichten auf alten Schichten, vergleichbar Sedimenten auf dem Meeresboden: Sie nehmen stets zu, nie ab.

Ebenfalls sofort muss der Bund Doppelabfragen innerhalb des Bundes und zwischen bundesnahen Akteuren bereinigen. Genau dafür ist das angekündigte Once-Only-Prinzip zentral. Der Bundesrat hat am 18. Februar 2026 eine KVG-Anpassung ans Parlament überwiesen, mit der Gesundheitsdaten verwaltungsseitig nur noch einmal erhoben und aus einer Quelle für mehrere Zwecke nutzbar gemacht werden sollen. Für den spitalstationären Bereich wird dies über die Plattform SpiGes (Spitalstationäre Gesundheitsversorgung) operationalisiert, die Spitaldaten nur einmal erheben und mehrfach nutzen soll. Das ist kein technisches Detail, sondern ein Grundsatzwechsel: weg von mehrfachen Erhebungen für unterschiedliche Empfänger, hin zu einer gemeinsamen, validierten Datengrundlage.

Mittelfristig muss der Bund eine dauerhafte Entlastungssteuerung aufbauen. Es genügt nicht, einmal eine Studie zu publizieren. Im BAG oder im EDI braucht es eine feste Einheit mit dem ausdrücklichen Auftrag, bestehende administrative Pflichten systematisch zu prüfen, zu priorisieren und abzubauen. Diese Stelle sollte jährlich offenlegen, welche Doppelspurigkeiten beseitigt wurden, welche Daten mehrfach verlangt wurden, welche Vorgaben vereinfacht wurden und wie viel Aufwand damit eingespart werden konnte. Entbürokratisierung braucht dieselbe Verbindlichkeit wie Qualitätsprogramme oder Kostendämpfung.

Langfristig muss der Bund DigiSanté als Verwaltungsreform und nicht bloss als IT-Programm vollenden. Wenn Daten künftig strukturiert, interoperabel und standardisiert vorliegen, kann ein erheblicher Teil heutiger Bürokratie verschwinden. Wenn hingegen nur alte Papierlogiken in neue Benutzeroberflächen gegossen werden, digitalisiert man den Leerlauf. Deshalb muss der Bund Standards, Schnittstellen und semantische Einheitlichkeit stärker treiben, auch wenn das föderale Umfeld anspruchsvoll bleibt. Die Primärsystemanalyse des Bundes zeigt klar, dass die Schweiz hier strukturelle Defizite hat.

National- und Ständerat

Das Parlament muss seine eigene Rolle in der Bürokratiespirale ehrlicher sehen. In der Gesundheitspolitik ist der Reflex stark, auf jedes Problem mit zusätzlichen Nachweisen, Qualitätsindikatoren, Prüfaufträgen oder Berichtspflichten zu antworten. Politisch klingt das entschlossen.

Der Autor: Urs Baumberger

Urs Baumberger führte viele Jahre sehr erfolgreich private wie öffentliche Spitäler. Für die Entwicklung eines Spital Führungskonzeptes und die erfolgreiche Praxisumsetzung, erhielt er 2019 die Auszeichnung «Spitalmanager des Jahres» für den gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz). Ab November 2022 hat er sich als Strategieberater, Interimsmanager und Experte für Healthcare Management selbstständig gemacht. www.baumbergerconsulting.ch

Und so geht es im August weiter

Gesundheitszentren und Regionalspitäler der Zukunft

Im nächsten Artikel geht es um die Zukunft von Gesundheitszentren und Regionalspitälern in einer neu geordneten regionalen Versorgung. Im Zentrum steht die Frage, wie medizinische Leistungen künftig sinnvoll zwischen wohnortnahen Angeboten, Regionalspitälern und Gesundheitszentren verteilt werden sollen. Dabei zeigt sich, dass Ambulantisierung, digitale Vernetzung und verbindliche Kooperationen die bisherigen Strukturen grundlegend verändern. Gesundheitszentren werden zu koordinierenden Plattformen, Regionalspitäler zu klar profilierten, notfallstarken Akutversorgern mit stärker ambulantem Fokus. Entscheidend ist, dass Infrastruktur, Personal und Investitionen konsequent aus dem Versorgungsauftrag und nicht aus überholten Standortlogiken abgeleitet werden.

Übermässige Bürokratie schlägt nicht nur auf die Motivation, sondern hemmt nötige Innovation.

Praktisch wird damit oft bloss neue Arbeit ausgelöst, ohne dass die Wirkung klar belegt wäre. – Sofort sollten die zuständigen Kommissionen in jeder gesundheitspolitischen Vorlage einen obligatorischen Abschnitt zu administrativen Folgekosten verlangen. Bei jeder neuen Regelung müsste offengelegt werden, welche Berufsgruppen und Institutionen wie stark zusätzlich belastet werden. Schon diese Transparenz würde manche gut gemeinte, aber schlecht designte Regelung bremsen.

Mittelfristig sollte das Parlament ein echtes Entlastungspaket beschliessen. Dazu gehört, dass für jede neue administrative Vorschrift eine bestehende Vorschrift abgeschafft wird. Zudem sollten digitale, nachvollziehbare Prozesse gesetzlich Vorrang vor papierbasierten Nachweissystemen erhalten, und überlappende Berichtspflichten müssen konsequent vereinfacht werden.

Langfristig muss der Gesetzgeber risikobasierter regulieren. Nicht jede Missbrauchsmöglichkeit rechtfertigt eine flächige Zusatzpflicht für alle. Gute Regulierung unterscheidet zwischen hohen und tiefen Risiken, zwischen Ausreissern und Regelfällen.

Kantone und Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Im föderalen Gesundheitswesen sind die Kantone zentrale Akteure. Genau deshalb können sie Bürokratie abbauen oder verstärken. Der grösste Hebel liegt nicht einmal in ideologisch grossen Fragen, sondern in der praktischen Vereinheitlichung. Wenn 26 Kantone unterschiedliche Formulare, Bewilligungswege, Meldelogiken, Fristen oder digitale Anforderungen pflegen, entstehen für überkantonal tätige Organisationen enorme Zusatzkosten. Selbst dort, wo Unterschiede politisch legitim sein mögen, ist operative Vielfalt oft reiner Leerlauf. – Sofort sollten die Kantone über die GDK jene Prozesse identifizieren, bei denen Vereinheitlichung ohne materiell substanziellen Verlust möglich ist. Dazu zählen Bewilligungsformulare, Standardmeldungen, gewisse Qualitätsnachweise und Schnittstellenanforderungen. Was in allen Kantonen inhaltlich gleich ist, sollte in der Erfassung nicht unterschiedlich sein.

Mittelfristig braucht es gemeinsame digitale Basissysteme. Statt dass jeder Kanton eigene Online-Portale, eigene Wege zum Einreichen von Dokumenten und eigene Formulare entwickelt, sollten kantonale Verfahren dort zusammengeführt werden, wo Inhalt und Funktion gleich oder sehr ähnlich sind. Das reduziert den Aufwand für Spitäler, Praxen und andere Leistungserbringer und spart gleichzeitig auch dem Staat Entwicklungs- und Betriebskosten. Die Primärsystemanalyse des Bundes weist selbst darauf hin, dass eine stärkere Koordination auf Bundesebene helfen könnte, Datenflüsse zu vereinheitlichen und den digitalen Rückstand im Gesundheitswesen aufzuholen. Dasselbe gilt entsprechend auch für die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen. Langfristig müssen die Kantone funktionale Einheitlichkeit dort akzeptieren, wo der Nutzen föderaler Unterschiede gering ist. Nicht jede regionale Eigenheit ist Ausdruck kluger Nähe. Manchmal ist sie bloss ein zusätzlicher Klickpfad für alle Beteiligten.

Schlüsselrolle der GDK

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz darf sich nicht auf allgemeine Koordination beschränken. Sie sollte zur operativen Taktgeberin einer administrativen Vereinheitlichung werden. – Sofort könnte sie zusammen mit Bund, Versicherern, H+, Spitex, Ärzteschaft und weiteren Verbänden einen verbindlichen Fahrplan für die wichtigsten administrativen Standards beschliessen: Stammdaten, Eintritts- und Austrittsinformationen, Labor- und Befundformate, Übertrittsdaten, digitale Kostengutsprache-Schnittstellen und minimale Qualitätsdatensätze.

Mittelfristig sollte die GDK sektorübergreifende Pilotregionen fördern, in denen Akutspital, Reha, Pflegeheim, Hausarztpraxis und Spitex mit einem einzigen strukturierten Datensatz für alle relevanten Schnittstellen arbeiten. Gerade an diesen Nahtstellen entstehen die verschwenderischsten Doppelspurigkeiten. Wenn Eintritts-, Austritts-, Medikations- und Verlaufsinformationen nur einmal sauber erfasst und entlang der Versorgungskette weiterverwendet würden, könnte ein erheblicher Teil heutiger Koordinationslast verschwinden. Langfristig braucht es eine nationale Governance für administrative Standards. Der Bericht zu interoperablen Prozessen fordert genau eine solche Verankerung, weil ohne klare Zuständigkeiten jeder Akteur an seiner eigenen Schnittstelle bastelt. Entbüro-

Bundesrat, National- und Ständerat können massiv zur Entbürokratisierung beitragen.

kratisierung scheitert nicht selten weniger an fehlendem Willen als an fehlender Verbindlichkeit im Zusammenspiel der Akteure.

Versicherer

Versicherer sind zentrale Mitverursacher, aber auch potenzielle Treiber der Entlastung. Das Problem liegt nicht in der Existenz von Prüfung, sondern in deren Ausgestaltung. Viel zu oft entstehen unnötige Aufwände durch uneinheitliche Rückfragen, unterschiedliche Formulare, fehlende Fristenklarheit, intransparente Kostengutspracheprozesse und Kontrollmechanismen mit schlechten Grenzkosten. – Sofort sollten die Versicherer gemeinsam mit Leistungserbringern einen einheitlichen Minimaldatensatz für Rückfragen und Kostengutsprachen definieren. Wenn Informationen nachgeliefert werden müssen, dann standardisiert, digital und mit klarer Begründung. Was heute oft wie individuelle Formularlogik wirkt, sollte in einen gemeinsamen, schlanken Kernprozess überführt werden. Ein Beispiel ist die Physiotherapie: Für Behandlungen über 36 Sitzungen hinaus ist ein Bericht des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin an den vertrauensärztlichen Dienst nötig; ohne schriftliche Kostengutsprache ist die Kostenübernahme nicht gesichert. Diese Regel ist gesetzlich verankert, aber ihre konkrete Handhabung könnte deutlich einfacher, strukturierter und digitaler erfolgen.

Dringlich ist auch die Reform im Bereich der Spitex. Dort kann bei mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal eine vertrauensärztliche Prüfung ausgelöst werden. Spitex Schweiz beschreibt die häufige Überprüfung solcher Fälle ausdrücklich als sehr grossen administrativen Mehraufwand für alle Beteiligten. – Sofort müsste diese starre Schwellenlogik durch eine risikobasierte Prüflogik ersetzt werden. Nicht jeder intensive Fall ist verdächtig. Palliative Situationen, komplexe Mehrfacherkrankungen, Demenz oder instabile Übergänge nach Hospitalisation sind klassische Konstellationen hoher Pflegeintensität und eben kein Missbrauchssignal. Geprüft werden sollten auffällige Muster, nicht pauschal alle Fälle oberhalb einer mechanischen Grenze.

Mittelfristig müssen Versicherer ihre Schnittstellen technisch modernisieren. Eine Kostengutsprache oder Rückfrage darf nicht als unstrukturierter Briefverkehr in verschiedenen Kanälen verschwinden. Entscheide, Rückfragen und Antworten sollten direkt in standardisierten digitalen Workflows ablaufen, idealerweise anschlussfähig an Primärsysteme der Leistungserbringer. Das würde Rückfragen verkürzen, Statusklarheit schaffen und Mehrfacheingaben vermeiden.

Langfristig müssen Versicherer von flächiger Klein-Klein-Kontrolle auf datenbasierte Ausreisserkennung umstellen. Wer auffällig ist, soll konsequent geprüft werden. Wer über Jahre plausibel, qualitativ gut und wirtschaftlich korrekt arbeitet, sollte weniger administrativen Druck erleben. Vertrauen muss sich im System lohnen, nicht bloss Verdacht.

H+ und weitere Verbände

Verbände spielen eine doppelte Rolle. Sie vertreten Interessen, prägen Standards und transportieren Anforderungen weiter. Genau deshalb müssen sie sich selbst denselben Fragen stellen, die sie an Politik und Versicherer richten. H+ fordert in seiner Strategie ausdrücklich den Abbau unnötiger Regulierungen und überbordender Bürokratie. Damit ist der Auftrag klar, aber er muss noch stärker in konkrete Entlastungsarbeit übersetzt werden. – Sofort sollte H+ mit seinen Mitgliedern einen nationalen Spital-Entlastungsatlas erstellen. Darin müssten die häufigsten administrativen Hotspots systematisch erfasst werden: redundante Qualitätsberichte, doppelte Datenerhebungen, spitalinterne Mehrfachdokumentationen, Rückfragen an Versicherer, kantonal unterschiedliche Aufsichtsvorgaben und überlappende Anforderungen aus Zertifizierungen. Das Ziel wäre nicht ein weiteres Papier, sondern eine priorisierte «Abschussliste» für unnötige Lasten.

Mittelfristig sollte H+ gemeinsam mit Fachgesellschaften und Qualitätsorganisationen darauf hinarbeiten, Qualitätsnachweise auf wenige,

belastbare und mehrfach nutzbare Indikatoren zu reduzieren. Vieles, was heute in unterschiedlichen Formaten und für verschiedene Adressaten erhoben wird, liesse sich zusammenführen. Wo derselbe Nachweis mehrfach in leicht anderer Form eingereicht werden muss, besteht ein klassischer Entbürokratisierungsfall. Langfristig müssen Verbände und Fachgesellschaften ihre Rolle neu verstehen: weniger Nachweisarchitekten, mehr Wirksamkeitsarchitekten. Gute Standards sind nicht jene mit den meisten Formularen, sondern jene mit dem besten Verhältnis zwischen Nutzen und Aufwand.

Spitäler und Kliniken

Ein grosser Teil der Bürokratie wird von Spitälern selbst mitproduziert. Historisch gewachsene Formulare, interne Freigabeketten, parallele Listen, lokale Speziallösungen, überdetaillierte Vorlagen und defensive Dokumentationskulturen erzeugen enorme Zusatzarbeit. Die Entlastung darf deshalb nicht nur nach aussen delegiert werden. – Sofort sollte jede Spitalleitung in jeder Klinik und jeder grösseren Abteilung die zehn zeitaufwendigsten administrativen Tätigkeiten identifizieren und transparent machen. Nicht theoretisch, sondern konkret: doppelte Eintrittserfassung, mehrfache Visitenprotokolle, manuelle Überträge von Labor- oder Medikationsdaten, aufwendige Codierungsnachträge, redundante Austrittsberichte, separate Qualitätslisten, Schatten-Excel neben dem KIS, Mehrfachfreigaben für Standardprozesse. Schon diese Transparenz schafft den Hebel für Entscheidungen.

Danach braucht es eine konsequente Kur der Doppelarbeiten. Was einmal sauber erfasst wird, muss mehrfach verwendbar sein. Eintrittsdaten dürfen nicht in vier Masken landen. Verlaufsinformationen sollten Austrittsbericht, interne Kommunikation und Abrechnung mit minimaler Zusatzbearbeitung speisen können. Befunde und Laborresultate müssen ohne manuelle Überträge in die relevanten Prozesse einfliessen. Die vom Bund dokumentierten Medienbruchkosten zeigen, wie gross das Potenzial ist.

Spitäler sollten zudem administrative Routinearbeit konsequent von den Kernaufgaben der Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen trennen. Es ist weder motivierend noch wirtschaftlich sinnvoll, wenn hochqualifizierte Fachpersonen Tätigkeiten erledigen, die mit guten Vorlagen, administrativer Unterstützung, automatischer Datenvorbefüllung und einer klareren Aufgabenteilung einfacher erledigt werden könnten. Viele dieser Aufgaben könnten von administrativem Personal oder digitalen Systemen übernommen werden. Entscheidend ist eine bessere Verteilung der Aufgaben: Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen sollen sich weitgehend auf ihre medizinischen und pflegerischen Aufgaben konzentrieren können.

Mittelfristig müssen Klinikinformationssysteme und Primärsysteme entschlackt werden. Zu viele Häuser haben alte Papierlogiken digital nachgebaut und damit neue Klickbürokratie geschaffen. Pflichtfelder, Alarmmüdigkeit, unklare Benutzeroberflächen und schlechte Schnittstellen erzeugen nicht mehr Sicherheit, sondern neue Fehlerquellen. Weniger Pflichtfelder, besser strukturierte Kerndaten und benutzerfreundliche Oberflächen wären hier oft wirksamer als zusätzliche Schulungen im Umgang mit einem schlechten System. Langfristig muss Entbürokratisierung zur Führungskennzahl werden. Spitäler messen Bettenauslastung, Fallzahlen, DRG-Erlöse und Qualitätsindikatoren. Sie sollten ebenso systematisch messen, wie viel Zeit ihre Mitarbeitenden für nicht patientennahe Administration aufwenden und wie sich dieser Anteil reduziert. Nur was sichtbar ist, wird im Alltag wirklich geführt.

Rehakliniken

Rehakliniken sind besonders von administrativen Schnittstellen betroffen. Hier treffen Verlaufsbegründungen, Prüfungen durch Versicherer, interprofessionelle Dokumentation und Übergänge aus Akutspitälern direkt aufeinander. Gerade deshalb ist das Entlastungspotenzial hoch. – Sofort sollten Rehakliniken mit Versicherern standardisierte Verlaufs- und Verlängerungsberichte vereinbaren, die nur die entscheidungsrelevanten Informationen enthalten: funktioneller Ausgangszustand, Therapieziel, bisheriger Fortschritt, verbleibender Bedarf und geplanter nächster Schritt. Lange narrative Berichte für standardisierte Fragestellungen erzeugen oft mehr Aufwand als Erkenntnis.

Mittelfristig müssen Rehakliniken zusammen mit Akutspitälern und Versicherern einheitliche Übergabedatensätze entwickeln, damit bei Eintritt nicht nochmals dieselben Basisinformationen

Auch Kantone und die GDK können eine administrative Vereinheitlichung machen. Diese nützt unter anderem Leistungserbringern, die in mehreren Kantonen tätig sind und für die zukünftigen Versorgungsregionen.

Auch innerhalb von Spitälern bestehen viele administrative Prozesse – oft historisch gewachsen und zu wenig hinterfragt.

zusammengetragen werden. Gerade in der Rehabilitation summieren sich kleine Reibungen über viele Behandlungswochen zu erheblichen Zusatzlasten. Langfristig sollten Rehakliniken mit Versicherern Modelle entwickeln, bei denen Häuser mit nachweislich plausiblen Verläufen, guter Qualität und verlässlicher Dokumentation weniger Einzelfallbürokratie haben. Vertrauen darf kein abstrakter Wert bleiben; es muss sich in weniger administrativen Hürden für jene auszahlen, die konsistent gut arbeiten.

Spitex

Wenn die Politik mehr ambulant und mehr zuhause behandeln will, muss sie die Spitex entlasten. Sonst verlagert sie Versorgung in den ambulanten Raum und exportiert gleichzeitig Bürokratie an den Ort, der am beweglichsten und personell am stärksten gefordert ist. Sofort ist die Reform der 60-Stunden-Logik zentral. Eine starre Prüfschwelle erzeugt falsche Signale und hohe administrative Kosten. Sinnvoller wären klinisch plausible Ausnahmen, definierte Risikokategorien und gezielte Prüfungen bei wirklich auffälligen Mustern. Wer etwa palliative Situationen, hochkomplexe chronische Verläufe oder demenzielle Instabilität versorgt, darf nicht durch starre Schwellen in Routineverdacht geraten. – Sofort entlastend wäre auch eine mobile, strukturierte und möglichst sprachgestützte Dokumentation. Die Spitex arbeitet unter Bedingungen häufiger Ortswechsel, knapper Zeitfenster und zahlreicher Übergaben. Jeder Medienbruch ist dort besonders teuer. Daten müssen am Einsatzort einmal sauber erfasst und danach weiterverwendbar sein.

Mittelfristig braucht die Spitex standardisierte Schnittstellen zu Hausarztpraxen, Akutspitälern, Reha und Heimen. Verordnungen, Medikamentenabgleiche und Übertrittsinformationen dürfen nicht jedes Mal neu organisiert werden. Langfristig sollte die Spitex in regionale Versorgungspfade eingebettet sein, in denen nicht nur die medizinische, sondern auch die administrative Verantwortung zwischen den Akteuren abgestimmt wird.

Pflegeheime

Pflegeheime stehen im Spannungsfeld von Langzeitpflege, ärztlicher Begleitung, Aufsicht, Qualitätssicherung und Angehörigenkommunikation. Dadurch entsteht leicht eine Schichtung von Dokumentation, bei der ähnliche Informationen für interne Zwecke, externe Kontrollen und Qualitätsnachweise parallel geführt werden. – Sofort sollten Heime ihre internen Dokumentationspflichten konsequent nach Kernzweck sortieren. Medikationssicherheit, relevante Risiken, pflegerische Verlaufsbeobachtungen, wesentliche ärztliche Anordnungen und konkrete Ereignisse sind zentral. Daneben gibt es in vielen Häusern ritualisierte Dokumentation ohne klaren Mehrwert. Diese muss aktiv identifiziert und gestrichen werden.

Mittelfristig ist die Anbindung der Heimsoftware an ärztliche Systeme und an digitale Austauschstrukturen entscheidend. Wenn Informationen zwischen Heim, Hausärztin, Apotheke, Spital und Angehörigen immer wieder händisch übertragen werden, ist das nicht Sorgfalt, sondern Reibung.

Langfristig braucht die Langzeitpflege schweizweit besser harmonisierte Qualitäts- und Betriebsdaten, damit nicht jedes Heim für unterschiedliche Stellen unterschiedliche Datenwelten pflegt.

Hausärztinnen und Hausärzte

In der Hausarztmedizin kumuliert die Bürokratie des Systems besonders stark. Hausärztinnen und Hausärzte sind erste Anlaufstelle, Koordinatoren, Langzeitbegleiter und oft Übersetzer zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Versicherern. Genau deshalb ist es richtig, dass das BAG seine vertiefte Erhebung dort ansetzt. – Sofort entlastend wären standardisierte digitale Formulare für häufige administrative Prozesse: Überweisungen, Verordnungen, Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, Therapieverlängerungen, Spitex-Anordnungen und Anfragen der Versicherer. Ebenso wichtig wäre eine Reduktion unnötiger Freitextberichte. Wo strukturierte Kerndaten genügen, darf nicht jedes Mal ein neuer narrativer Bericht verlangt werden.

Mittelfristig müssen Praxisinformationssysteme Mehrfachverwendung ermöglichen. Was heute einmal dokumentiert wird, sollte für Überweisung, Verlaufsinformation, Rezept, Verordnung und Rückmeldung wiederverwendbar sein. Langfristig muss die Hausarztmedizin bewusst von fachfremden Verwaltungsaufgaben entlastet werden. Wer die Grundversorgung stärken will, darf Hausarztpraxen nicht gleichzeitig zu Verwaltungsdrehscheiben des gesamten Systems machen.

Fachärztinnen, Fachärzte und Therapieberufe

Im spezialärztlichen Bereich entstehen viele Lasten an den Übergängen: Zuweisungen, Rücküberweisungen, Verlaufskontrollen, Berichte für Versicherer und administrative Begründungen bei längeren Behandlungsverläufen. Sofort wäre viel gewonnen, wenn Zuweisungs- und Rückmeldeinformationen stärker standardisiert würden. Nicht jeder Bericht muss jedes Mal neu komponiert werden. Für die Therapieberufe ist der Handlungsbedarf besonders sichtbar. Bei der Physiotherapie erzeugen die Regeln rund um Langzeitbehandlungen und Kostengutsprachen jenen Teil der Bürokratie, der klinisch oft vorhersehbar, administrativ aber immer wieder neu aufgerollt wird. – Sofort sollte zwischen klar chronischen, gut dokumentierten und stabilen Verläufen einerseits und atypischen oder kostentreibenden Ausnahmen andererseits unterschieden werden. Die erste Gruppe könnte mit vereinfachten Verlängerungslogiken bearbeitet werden, die zweite mit vertiefter Prüfung.

Mittelfristig sollten Physioswiss und andere Verbände gemeinsam mit Versicherern einheitliche digitale Verlängerungsworkflows schaffen. Langfristig müssen Therapieberufe systematisch in

nationale Standardisierungsprojekte eingebunden werden, statt bloss deren Folgen zu tragen.

Wie Vertrauen möglich wird, ohne Missbrauch zu fördern

Eine ernsthafte Entbürokratisierung scheitert oft am Einwand, dass weniger Kontrolle Missbrauch erleichtern könnte. Dieser Einwand ist berechtigt, aber er führt zu oft zur falschen Antwort. Schlechte Kontrolle belastet alle, entdeckt aber wenig. Gute Kontrolle ist präzise, datenbasiert und fokussiert. Sofort sollten Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer stärker mit risikobasierten Stichproben arbeiten sowie mit digitalen Systemen, in denen nachvollziehbar dokumentiert wird, wer wann welche Daten erfasst oder geändert hat. Ergänzt werden sollte dies durch klare Regeln und Sanktionen bei nachgewiesenem Missbrauch.

Mittelfristig braucht es eine gemeinsame Definition jener Muster, die tatsächlich auf Missbrauch, Fehler oder systematische Unwirtschaftlichkeit hindeuten. Nicht jede Abweichung ist problematisch. Problematisch sind unplausible Häufungen, inkonsistente Verläufe, wiederkehrende Ausreisser oder systematisch fehlende

Viele administrative Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern haben Optimierungspotenzial.

Nachvollziehbarkeit. Langfristig sollte sich die Kultur ändern: Vertrauen ist der Regelfall, intensive Kontrolle die gezielte Ausnahme. Nur so lässt sich verhindern, dass wenige schwarze Schafe dauerhaft den bürokratischen Preis für alle bestimmen.

Ein realistischer Fahrplan: jetzt, danach, auf Dauer

Wenn die Entbürokratisierung glaubwürdig sein soll, braucht sie einen Takt. – Sofort, also innerhalb der nächsten zwölf Monate, müssen die grössten Doppelspurigkeiten identifiziert und die sichtbarsten Reibungsquellen beseitigt werden: Mehrfacherhebungen, uneinheitliche Rückfragen, starre Prüfschwellen, redundante interne Dokumentation, manuelle Überträge und nicht begründete Zusatzberichte. Gleichzeitig braucht es ein politisches Signal, dass neue administrative Lasten nur noch mit echtem Abbau an anderer Stelle eingeführt werden.

Mittelfristig, innerhalb von zwei bis vier Jahren, müssen Standards, Schnittstellen und gemeinsame digitale Workflows aufgebaut werden. Dazu gehören Once-Only-Logiken, kantonale Harmonisierung, interoperable Primärsysteme, einheitliche Kostengutsprache-Schnittstellen und reduzierte Qualitätsdatensätze. Das ist die eigentliche Strukturreform. Langfristig, innerhalb von fünf bis acht Jahren, muss sich die Steuerungslogik

Fremdinserat

Das Ziel der Entbürokratisierung ist klar: wieder mehr Zeit für Menschen statt für Formulare. Ein wichtiger «Nebeneffekt» ist, dass der Fachkräftemangel und der wirtschaftliche Druck gemildert werden können.

ändern. Weg vom Generalverdacht, weg von der reflexhaften Zusatzregel, weg von der digitalisierten Papierwelt. Hin zu einem Gesundheitswesen, das Professionalität, Verantwortung und gute Daten verbindet. Dann entsteht nicht Regellosigkeit, sondern klügere Ordnung.

Mehr Zeit für Menschen ist kein Slogan, sondern ein Umbauprogramm

Das Gesundheitswesen kann sich die heutige Bürokratiedichte immer weniger leisten. Nicht wegen eines abstrakten Freiheitsarguments, sondern weil die Ressourcen fehlen: Zeit, Fachkräfte, Geld, Motivation und Innovationskraft. Wer über Fachkräftemangel, Wartezeiten, Kostenwachstum und sinkende Attraktivität der Gesundheitsberufe spricht, darf die Bürokratie nicht als Nebenthema behandeln. Sie ist ein zentraler Verstärker all dieser Probleme.

Mut zur Entbürokratisierung heisst deshalb, Überflüssiges wirklich zu streichen, Sinnvolles radikal zu vereinfachen und Verbleibendes so zu gestalten, dass es wirkt, ohne zu lähmen. Bundesrat, Parlament, Kantone, GDK, Versicherer, H+, Fachgesellschaften, Spitäler, Rehakliniken, Spitex, Heime, Hausärztinnen, Fachärzte und Therapieberufe haben dabei je eigene Hausaufgaben. Entscheidend ist, dass sie diese nicht nacheinander, sondern koordiniert erledigen. Am Ende steht kein technisches Detailprojekt, sondern eine Grundsatzentscheidung über die Zukunft des Systems. Entweder das Gesundheitswesen verwaltet sich weiter zunehmend selbst. Oder es findet den Mut, sich von unnötigem Ballast zu befreien und wieder stärker auf Wirkung, Verantwortung und Menschen auszurichten. Das eigentliche Ziel ist einfach und anspruchsvoll zugleich: wieder mehr Zeit für Menschen statt für Bürokratismus.

Und zu guter Letzt: Ohne einheitliches elektronisches Patienten- oder Gesundheitsdossier, das idealerweise für alle Versicherten und für alle Leistungserbringer verbindlich ist, bringt alles wenig. Ein solches Dossier ist die digitale Basis jedes modernen Gesundheitssystems.

Fremdinserat