

# Die Volkswirtschaft

Plattform für Wirtschaftspolitik

98. Jahrgang | September 2025 | Fr. 12.–

Schwerpunkt

## Gesundheit kostet. Wir rechnen nach.



### INTERVIEW

Bundesrätin Elisabeth  
Baume-Schneider  
über Prämienlast  
und Solidarität

### INFOGRAFIK

Drei von vier  
Studierenden  
jobben nebenbei

### NACHGEFRAGT

Ist das regelbasierte  
Handelssystem  
am Ende?

### BLICK IN DIE WELT

Italiens Bevölkerung  
ist gealtert



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für  
Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF  
**Staatssekretariat für Wirtschaft SECO**



# Zahlen, Zweifel, Zuversicht



Gaëtan Bally, Keystone

«Verdienen manche im System zu viel?»

Jedes Jahr dieselbe Nachricht: Die Krankenkassenprämie steigt. Und immer löst sie die gleichen Fragen zu Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens aus.

Unsere September-Ausgabe liefert Zahlen und ökonomische Grundlagen, beleuchtet Zweifel und Dilemmata. Zugleich zeigt sie Zuversicht – unter anderem im Interview mit Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider.

Die Zahlen sind schwer zu ignorieren: Seit 1960 haben sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf inflationsbereinigt verfünffacht. Heute geben wir dafür über 10'000 Franken pro Kopf und Jahr aus. Rund die Hälfte dieses Wachstums erklärt die Eidgenössische Finanzverwaltung mit dem gestiegenen Wohlstand. Weitere 15 Prozent sind auf die demografische Alterung zurückzuführen.

Die Zahlen wecken Zweifel an den Bemühungen zur Kostendämpfung: Setzen wir die richtigen Anreize? Verdienen manche im System zu viel?

Wer mehr aus der eigenen Tasche zahlen muss, beansprucht weniger Leistungen. Eine ökonomische Logik, die Bundesrat und Parlament nun veranlasst hat, die tiefste Franchise von 300 auf 500 Franken anzuheben.

Viele Fragen im Gesundheitswesen lassen sich jedoch nicht allein mit Zahlen oder durch Anreize beantworten: Zwei Patienten, ein Intensivbett – wer bekommt es? Für solche Entscheide brauche es gesellschaftliche Werte, betont Medizinethikerin Tanja Krones von der Universität Zürich.

Auch die Geschichte mahnt zur Vorsicht. Quecksilber galt über Jahrhunderte als Heilmittel. Was als Fortschritt gefeiert wurde, entpuppte sich im Rückblick als gesundheitsschädigend.

Und dennoch gibt es Zuversicht. Das Schweizer Gesundheitssystem erhält im internationalen Vergleich nämlich gute Noten. Patientinnen und Patienten fühlten sich hierzulande überdurchschnittlich gut versorgt, schreibt Michael van den Berg von der OECD. Geld allein garantiert diesen Erfolg nicht.

Im zweiten Teil des Magazins blicken wir auf die wankende Welthandelsordnung, Italiens alternde Bevölkerung und Kartelle.

Eine inspirierende Lektüre wünschen

Guido Barsuglia und Nicole Tesar  
Chefredaktion



## Schwerpunkt

# Gesundheit kostet. Wir rechnen nach.

### 6 Warum die Gesundheitsausgaben steigen

Benjamin Lerch, Carsten Colombier, Thomas Brändle, EFV

### 10 Kosten dämpfen in der Gesundheitspolitik

Thomas Christen, BAG

### 14 Höhere Franchise führt zu tieferen Gesundheitsausgaben

Stefan Felder, Universität Basel

### 18 Über Anreize und Fehlanreize von Tarifsystemen für medizinische Leistungen

Christoph Thommen, ZHAW

### 22 «Wir kämpfen gegen unnötige Kosten»

Interview mit Elisabeth Baume-Schneider, Bundesrätin



22

### 28 Gute Noten für das Schweizer Gesundheitssystem

Michael van den Berg, OECD

### 32 Wie wir unsere Spitallandschaft besser organisieren

Standpunkt von Saskia Schenker, Prio Swiss

### 33 Die Weiterentwicklung der ambulanten Arzttarife

Standpunkt von Rémi Guidon, OAAT

### 34 Zwei Patienten und nur ein Bett auf der Intensivstation – wer bekommt es?

Tanja Krones, Universität Zürich

### 38 Das goldene Zeitalter der Medizin

Flurin Condrau, Leander Diener, Universität Zürich

## Themen

# Studierendenjobs, Kartelle und alterndes Italien

## INFOGRAFIK

- 42 Drei von vier Studierenden jobben nebenbei

## NACHGEFRAGT

- 44 Ist das regelbasierte Handelssystem am Ende?

Richard Baldwin, IMD

## KARTELLGESETZ

- 46 Schweizer Wettbewerbspolitik: Eine kurze Tour d'Horizon

Andreas Mascherner, Seco

## FINANZPOLITIK

- 50 Deutschland lockert seine Schuldenbremse

Thomas Brändle, Benjamin Lerch,  
Samuel Schmassmann, EFV

## DIGITAL

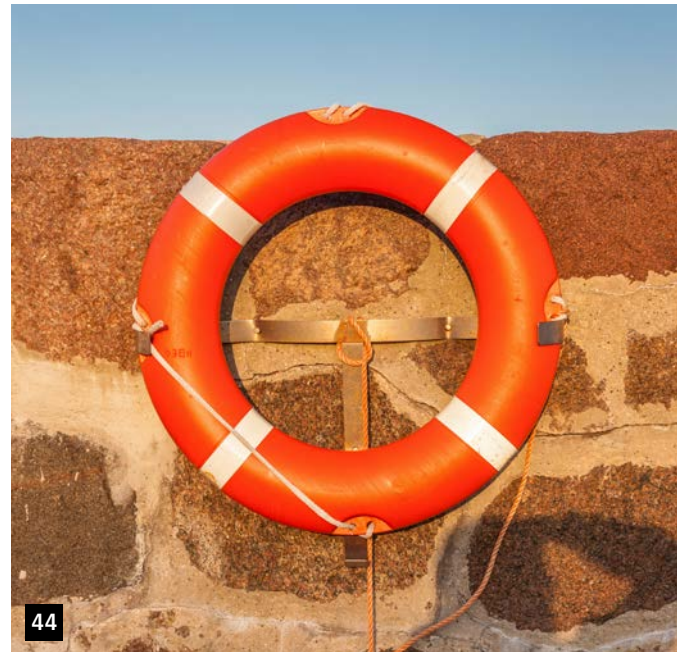
- 54 Die Nationale Cyberstrategie – gemeinsam für mehr digitale Resilienz

Bettina Mavrommatis, Bacs

## STAATSSCHULDEN

- 58 Ist Hidden Debt auch in der Schweiz ein Problem?

Andreas Bergmann, ZHAW



## VORSORGE

- 62 Pensionskassen: Freie Mittel als Qualitätsindikator

Michael Huynh, Viac, Yvonne Seiler  
Zimmermann, Hochschule Luzern,  
Heinz Zimmermann, Universität Basel

## BLICK IN DIE WELT

- 66 Italiens Bevölkerung ist gealtert

Roberto Balzaretti, Botschaft der Schweiz in Italien

- 70 Meistgelesene Digitalartikel

- 71 Vorschau/Impressum

# Warum die Gesundheitsausgaben steigen

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf haben sich seit 1960 verfünffacht – trotz Reformen. Eine Analyse der Eidgenössischen Finanzverwaltung untersucht die wesentlichen Einflussfaktoren.

Benjamin Lerch, Carsten Colombier, Thomas Brändle, EFV

**E**nde September ist es wieder so weit: Die Prämien für das kommende Jahr werden kommuniziert. Wer die neue Prämie sieht, zuckt vielleicht zusammen. Schon wieder ein Anstieg. So zählt der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gemäss UBS-Sorgenbarometer zu den grössten Sorgen der Bevölkerung. Zwischen 1960 und 2022 haben sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf inflationsbereinigt verfünffacht: von weniger als 2000 Franken auf über 10'000 Franken (siehe Abbildung 1 auf S. 8).

Zu diesen Gesundheitsausgaben zählen medizinische Leistungen, die über die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt sind und sich in den Prämien niederschlagen. Hinzu kommen direkt von Privathaushalten finanzierte Leistungen sowie Beiträge der öffentlichen Hand. Bund und Kantone tragen derzeit rund ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben. Dazu gehören etwa Beiträge an stationäre Behandlungen, die Langzeitpflege und die individuelle Prämienverbilligung. Wachsen die Gesundheitsausgaben überproportional stark, geraten sowohl Prämienzahlende wie auch die öffentlichen Finanzen zunehmend unter Druck.

## Rege Reformtätigkeit

Damit das Gesundheitssystem langfristig finanzierbar bleibt, muss das Ausgabenwachstum gebremst werden, ohne dass dies zu Qualitätseinbussen führt.

Im Jahr 2024 wurden drei Reformen im Gesundheitswesen beschlossen: die Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen, die Reform der kantonalen Finanzierung der Prämienverbilligungen und die Reform zur einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen (Efas). Hinzu kommen im Jahr 2025 die Verabschiedung eines neuen nationalen ambulanten Tarifsystems (Tardoc), das zusätzlich ambulante Pauschalen ermöglicht, und das Kostendämpfungspaket II mit 16 verschiedenen Massnahmen.

Für gezielte und wirksame Reformen ist es zentral, zu verstehen, welche Faktoren das Kostenwachstum im Gesundheitswesen antreiben. Die Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) ist dieser Frage mit einer Zeitreihenanalyse für den Zeitraum 1960 bis 2022 nachgegangen.<sup>1</sup> Dies auch mit dem Ziel, die langfristigen Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen, die bis Ende Jahr aktualisiert werden, besser zu fundieren.<sup>2</sup> Die EFV analysiert sowohl die möglichen Kostentreiber der Nachfrage als auch der Angebotsseite. Im Fokus der Analyse stehen die Rolle des wachsenden Einkommens der Bevölkerung, die demografische Alterung sowie das geringere Produktivitätswachstum im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen. Darüber hinaus werden auch Indikatoren für die Sterblichkeit, die Ärztedichte, die Zuwanderung und die Einkommensverteilung berücksichtigt.

Ein zentraler Treiber der Gesundheitsausgaben ist das wachsende Einkommen. In der Analyse dient das

<sup>1</sup> Die Grundlage für diesen Artikel bildet der Beitrag von Lerch et al. (2025).

<sup>2</sup> Siehe Brändle und Colombier (2022).

Steigen die Preise, geht die Nachfrage in den meisten Märkten zurück. Anders ist es bei Gesundheitsleistungen: Hier verändert sich die Nachfrage wenig. Helikopter der Bergrettung im Einsatz.



Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf als Messgrösse dafür. Die Literatur belegt einen positiven Zusammenhang zwischen einem wachsenden Einkommen und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig hat das steigende Einkommen einen positiven Einfluss auf den medizinisch-technischen Fortschritt. Dieser trägt zur Entwicklung neuer Therapien bei, die unsere Lebensqualität verbessern und die Lebenserwartung erhöhen, jedoch häufig auch mit Mehrausgaben verbunden sind.

Die Analyse untersucht, wie stark das Einkommenswachstum das Wachstum der Gesundheitsausgaben beeinflusst. Ein Anstieg des Pro-Kopf-Einkommens um 1 Prozent geht mit einem Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben um 0,9 bis 1,3 Prozent einher. Das deutet darauf hin, dass die Gesundheitsausgaben überproportional zum Einkommen steigen.

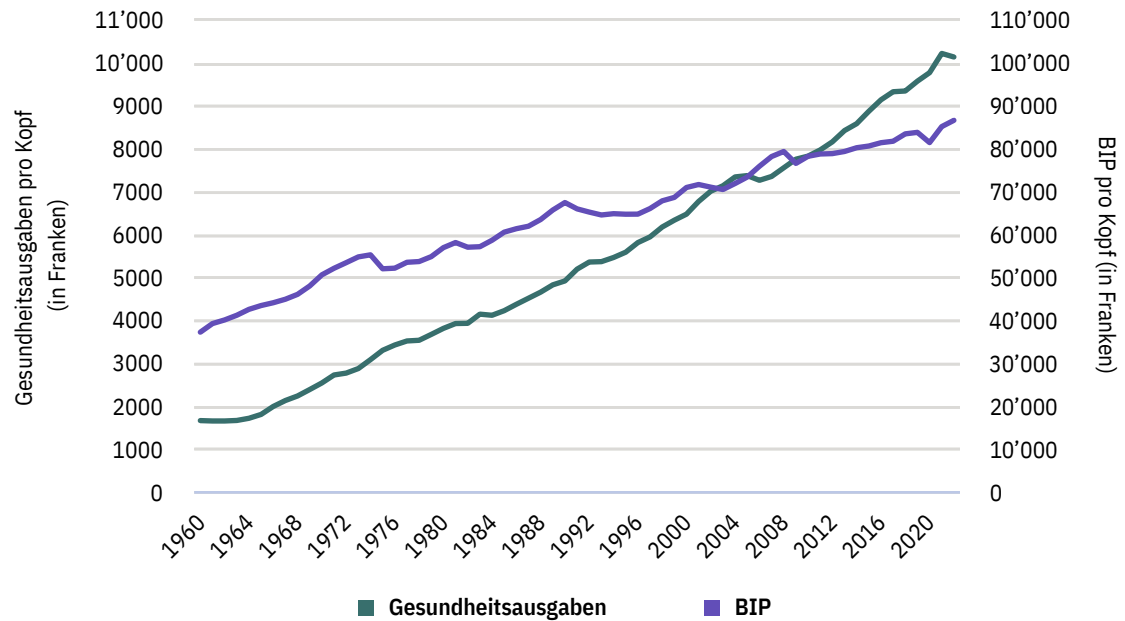
Insgesamt legt die Analyse den Schluss nahe, dass rund die Hälfte des Ausgabenwachstums der

letzten 60 Jahre auf das Einkommenswachstum zurückzuführen ist. Der medizinisch-technische Fortschritt dürfte ein entscheidender Treiber gewesen sein.

## Alterung treibt die Gesundheitsausgaben

Ein weiterer Grund für den Anstieg der Gesundheitsausgaben ist die demografische Alterung. Diese lässt sich am Altersquotienten ablesen – dem Verhältnis der über 65-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. 1960 lag dieser Wert noch unter 0,2, 2024 betrug er über 0,3. Gemäss den Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) dürfte der Altersquotient in Zukunft weiter zunehmen. In den 2060er-Jahren wird auf zwei Personen im erwerbsfähigen Alter eine Person im Rentenalter kommen (siehe Abbildung 2 auf S. 8).

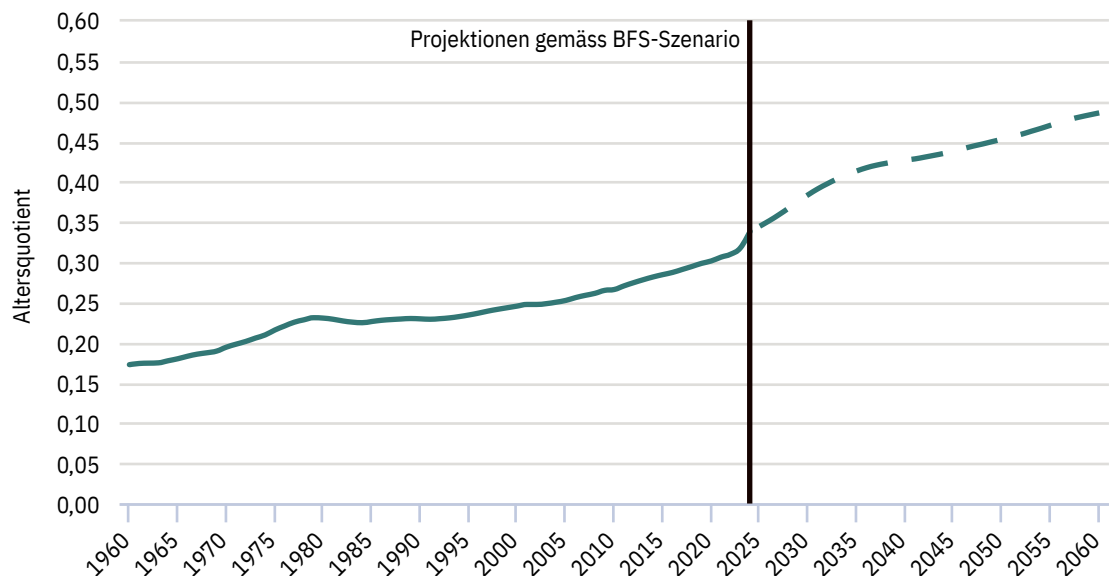
**Abb. 1: Die Gesundheitsausgaben sind inflationsbereinigt mehr als doppelt so stark gewachsen wie das Bruttoinlandprodukt pro Kopf (1960–2022)**



Anmerkung: Die Gesundheitsausgaben pro Kopf und das BIP pro Kopf sind in Franken zu Preisen von 2015 ausgewiesen.

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Daten des BFS / Die Volkswirtschaft

**Abb. 2: 2060 kommt auf zwei Personen im erwerbsfähigen Alter eine Person im Rentenalter**



Anmerkung: Der Altersquotient berechnet sich aus dem Verhältnis der über 65-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Ein Quotient von 0,5 bedeutet beispielsweise, dass auf zwei erwerbstätige Personen eine Person im Rentenalter kommt.

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Daten des BFS / Die Volkswirtschaft

Ältere Menschen benötigen im Durchschnitt mehr medizinische Leistungen und haben einen höheren Pflegebedarf. Das treibt die Nachfrage im Gesundheitswesen weiter an – mit entsprechendem Druck auf die Ausgaben. Laut Analyse erklärt die alternde Bevölkerung im Zeitraum 1960–2022 rund 15 Prozent des Anstiegs der Gesundheitsausgaben. Dieser Anteil dürfte künftig weiter zunehmen, vor allem, weil die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer-Generation ins Rentenalter kommen. Gemäss dem BFS-Szenario altert die Schweizer Bevölkerung bis 2036 etwa doppelt so schnell wie in den Jahren von 2037 bis 2060.

## Geringerer Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen

Die vergleichsweise geringe Produktivität im Gesundheitswesen ist ein weiterer Faktor, der das Wachstum der Gesundheitsausgaben begünstigt. Viele Bereiche, insbesondere die Langzeitpflege, sind sehr personalintensiv und profitieren deshalb weniger vom technischen Fortschritt als andere Wirtschaftssektoren. Um jedoch mit der übrigen Wirtschaft Schritt zu halten und attraktiv zu bleiben, muss der Gesundheitssektor mittelfristig konkurrenzfähige Löhne zahlen.

Da die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weniger stark auf steigende Preise reagiert, entsteht mehr Kostendruck als in anderen Sektoren. Dieser Mechanismus wird als Baumolsche Kostenkrankheit bezeichnet.<sup>3</sup> Auch in den Daten für die Schweiz gibt es Hinweise darauf. Für andere untersuchte Einflussfaktoren wie die Ärztedichte und die Zuwanderung ergibt sich hingegen kein eindeutiger Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben für diesen langen Betrachtungszeitraum.

Insgesamt bieten die Ergebnisse dieser Zeitreihenanalyse eine fundierte Grundlage, um die strukturellen Kostentreiber im Gesundheitswesen der Schweiz der letzten 60 Jahre zu verstehen. Die Ergebnisse sind zudem hilfreich, um die Annahmen für die langfristigen Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen der Schweiz besser zu begründen.

### Literatur

- Baumol, W. J. (1967).** Macroeconomics of Unbalanced Growth: the Anatomy of Urban Crisis. *The American Economic Review*, 57(3), 415–426.
- Brändle, T., und C. Colombier (2022).** Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 25, Bern.
- Lerch, B., Colombier, C. und T. Brändle (2025).** Determinants of Healthcare Expenditure: Evidence from Switzerland between 1960–2022, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 27, Bern.

<sup>3</sup> Siehe Baumol (1967).



**Benjamin Lerch**

Dr. rer. oec., Ökonom, Fachbereich Wirtschafts- und finanzpolitische Analysen, Wirtschafts- und Geldpolitik, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern



**Carsten Colombier**

Dr. rer. oec., Ökonom, Fachbereich Wirtschafts- und finanzpolitische Analysen, Wirtschafts- und Geldpolitik, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern



**Thomas Brändle**

Dr. rer. pol., Leiter Fachbereich Wirtschafts- und finanzpolitische Analysen, stv. Leiter Wirtschafts- und Geldpolitik, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern

# Kosten dämpfen in der Gesundheitspolitik

Ein Gesundheitssystem muss einen guten Zugang für alle bieten – aber auch finanziell tragbar sein. Das ist der Kerngedanke hinter dem 1994 angenommenen Krankenversicherungsgesetz.

Die Balance zwischen Leistungen und Finanzierbarkeit bleibt auch 30 Jahre später eine zentrale Herausforderung.

---

Thomas Christen, BAG

**A**m 4. Dezember 1994 sprach sich die Schweizer Bevölkerung für eine neue, obligatorische Krankenversicherung aus. Laut Vox-Analyse überzeugte vor allem ein Argument: Alle Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand, sollen Zugang zu einer umfassenden medizinischen Grundversorgung haben. Das war der Grundgedanke, der damals die Mehrheit der Stimmberechtigten bewegte.

Und das gilt auch heute: In der Strategie des Bundesrats – Gesundheit 2030 – tönt das so: «... alle Menschen sollen von einem modernen, qualitativ hochwertigen Gesundheitssystem profitieren». Im Zentrum der Gesundheitspolitik steht also ein hochwertiges Gesundheitssystem. Oder anders gesagt: die Qualität der Spitalbehandlung, die Leistungen der Ärztinnen, die rasche und moderne Versorgung, neue innovative Medikamente – und der gleichberechtigte Zugang dazu.

## Ein finanziell tragbares Gesundheitssystem

Doch damit diese gute Versorgung allen zur Verfügung steht, muss sie für eine Gesellschaft auch finanziell tragbar sein – und bleiben. Darum war bereits 1994 die Balance zwischen Leistungen

und Finanzierbarkeit ein zentraler Punkt. Das damals neue Gesetz sollte daher auch eine finanzierbare medizinische Versorgung sicherstellen und nur Leistungen übernehmen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die aktuelle Gesundheitsstrategie des Bundesrats macht ebenfalls klar, dass die Gesundheitsversorgung auch wirtschaftlich sein muss. Die finanzielle Tragbarkeit und das Gleichgewicht zwischen Leistungen und Kosten sind zentral für eine Sozialversicherung, die von allen solidarisch mitgetragen wird.

Doch stimmt es, dass die Diskussionen in der Gesundheitspolitik aktuell von der einseitigen Fokussierung auf die Kostenfragen dominiert sind, wie der Autor eines kürzlich erschienenen Buchs<sup>1</sup> feststellt? Nein. Lassen Sie mich dafür einen Vergleich machen mit dem Staatshaushalt, also allen Einnahmen und Ausgaben, die der Bund pro Jahr plant und tätigt. Diese betragen 2023 rund 79 Milliarden Franken. Die Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung beliefen sich auf etwa 52 Milliarden. Der Staatshaushalt ist damit zwar grösser als die Krankenversicherung, beide bewegen sich aber im hohen zweistelligen Milliardenbereich. Wenn Finanzministerin Keller-Sutter über den Staatshaushalt spricht, dann tönt das so: «Die Schweiz hat kein Einnahmenproblem, sondern ein Ausgabenproblem.»<sup>2</sup> Ihre Botschaft ist klar: Um den Staatshaushalt im Lot zu

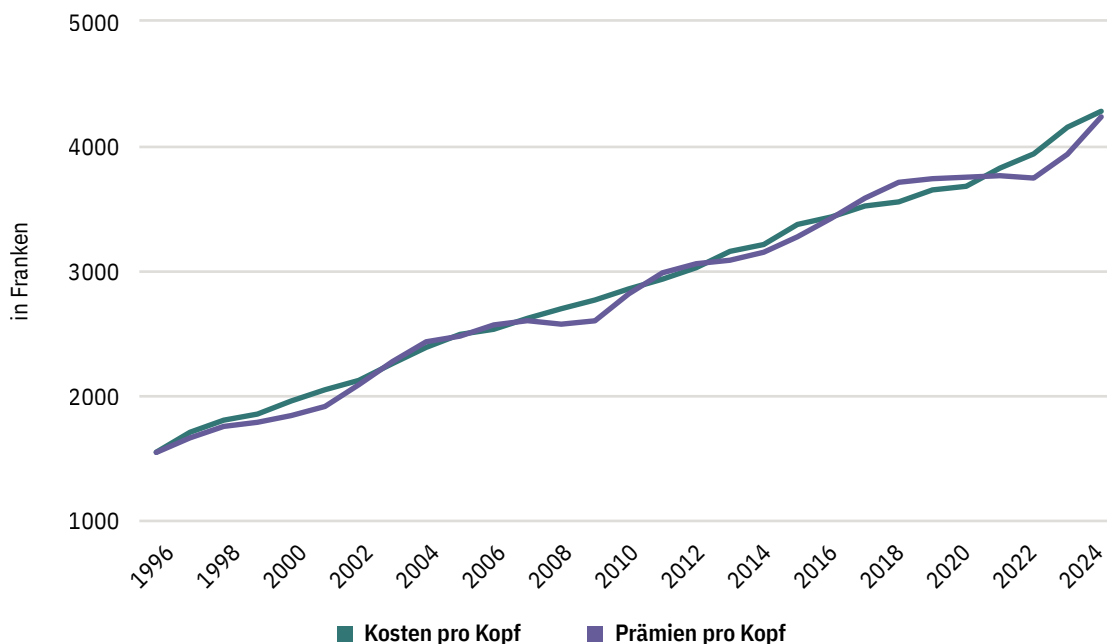
1 Kistler, A. (2025). Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wie das System zum Patienten wird.

2 Siehe SRF News (2025). Kein Milliardendefizit mehr – «Wir haben ein Ausgabenproblem, kein Einnahmenproblem».

Sprinter bremsen ihren Lauf an der  
Matte ab – im Gesundheitswesen sollen  
Reformen die Kosten dämpfen.



### Die Prämien folgen den Kosten



Quelle: Bundesamt für Gesundheit / Die Volkswirtschaft

halten, müssen die Ausgaben gesenkt und nicht die Einnahmen erhöht werden.

Anders klingt es bei der jährlichen Prämienrunde im Herbst: Die Einnahmen müssen nächstes Jahr steigen, es braucht also eine Erhöhung der Prämien. Und zwar, weil die Ausgaben gestiegen sind. Der Unterschied könnte also nicht grösser sein: Bei der Krankenversicherung passen sich die Einnahmen den Ausgaben an. Höhere Ausgaben ergeben automatisch höhere Prämien (siehe Abbildung). Beim Bundeshaushalt passen sich die Ausgaben den Einnahmen an.

### Bundesrat schnürt Kostendämpfungsprogramm

Einen einseitigen Fokus auf die Ausgaben kennt man in der Krankenversicherung also definitiv nicht. Aber selbstverständlich muss auch hier auf die Kosten geachtet werden. Dass eine solidarisch finanzierte Sozialversicherung finanziell tragbar bleiben muss, zeigt auch die Stimmung in der Bevölkerung: Gesundheitskosten führen regelmässig das UBS-Sorgen-

barometer an, und die Bevölkerung hat sich 2024 auch an der Urne entsprechend geäussert – allerdings ohne dabei das Gleichgewicht zwischen Leistungen und Kosten aus den Augen zu verlieren. Sie lehnte im Jahr 2024 mit dem Nein zur Kostenbremse-Initiative eine Koppelung des Kostenwachstums an die volkswirtschaftliche Entwicklung ab.

Nimmt man das Wirtschafts- und das Lohnwachstum der letzten Jahre als Grundlage für die volkswirtschaftliche Entwicklung, hätten die Kosten in der Krankenversicherung nur ein Prozent pro Jahr steigen dürfen. Die Mehrheit der Stimmberechtigten hielt dies also für zu tief. Ein Kostenziel soll es dennoch geben. Mit der indirekten Annahme des Gegenvorschlags entschied das Volk, dass der Bundesrat in Zukunft ein solches festlegen soll. Und dass die Akteure im Gesundheitswesen davor begründen müssen, weshalb und wie stark die Kosten pro Bereich steigen. Das wird zu mehr Transparenz führen. Zudem: Wenn die Kosten stärker steigen als vereinbart, müssten alle Akteure Korrekturmassnahmen prüfen.

Gefordert sind also alle – natürlich auch der Bund. Dem Bundesrat ist das bewusst. 2018 verabschiedete

er ein breit angelegtes Kostendämpfungsprogramm. In der Folge schnürte er zwei Kostendämpfungs-pakete und erarbeitete die Vorlage für Kostenziele. Die Massnahmen des ersten Pakets 1a und 1b sind bereits seit einiger Zeit in Kraft. Dazu gehört etwa, dass die Tarifpartner – Leistungserbringer und Versicherer – die Kostenentwicklung überwachen müssen. Wachsen die Kosten zu stark, müssen sie Korrekturmassnahmen ergreifen. In der Frühjahrs-session 2025 verabschiedete das Parlament auch das zweite Paket<sup>3</sup>. Nach dem ungenutzten Ablauf der Referendumsfrist kann es bald in Kraft treten. Es enthält Massnahmen wie die Pflicht zur elektronischen Rechnungsstellung oder Mengenrabatte bei den Medikamenten.

## Umsetzung ist entscheidend

Die Gesetzesreformen sind abgeschlossen. Die Wirkung hängt nun davon ab, wie konsequent sie umgesetzt werden. Diese Umsetzung steht daher im Zentrum der Gesundheitspolitik der kommenden Jahre – zusammen mit der Umsetzung weiterer wichtiger Entscheide der Bevölkerung. So soll die Prämienverbilligung künftig im Gleichschritt mit den

Prämien steigen. Das hat die Bevölkerung mit dem Gegenvorschlag zur Prämientlastungsinitiative bekräftigt. Er tritt Anfang 2026 in Kraft und entlastet die Prämienzahlenden zusätzlich um rund 400 Millionen Franken.

Auch bei der Versorgungsqualität hat die Bevölkerung mit dem Ja zur einheitlichen Finanzierung aller Leistungen ein klares Signal gesetzt. Finanzielle Anreize sollen nicht mehr darüber entscheiden, ob jemand ambulant oder stationär behandelt wird oder ob Pflege im Heim oder zu Hause erfolgt. Das wird die Gesundheitsversorgung der kommenden Jahre stark prägen. Verschiedene Spitäler stehen mit neuen ambulanten Angeboten bereits in den Startlöchern.

Es zeigt sich auch bei diesen Entscheiden, dass es beides braucht: Versorgungsqualität und Kostendämpfung. Dank der Reformen ist die Krankenversicherung 30 Jahre nach ihrer Einführung gut aufgestellt. Zentral ist nun die konsequente Umsetzung dieser Reformen – auch mit Blick auf die Kosten. Kostendämpfung bleibt eine Daueraufgabe, damit eine Mehrheit der Bevölkerung auch in 30 Jahren überzeugt hinter der Krankenversicherung steht – weil weiterhin alle Zugang zu einer umfassenden Grundversorgung haben.

<sup>3</sup> Siehe «Krankenversicherung: Kostendämpfung» auf [Bag.ch](http://Bag.ch)



**Thomas Christen**

Stv. Direktor, Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

# Höhere Franchise führt zu tieferen Gesundheitsausgaben

In der Schweiz bestimmen wir, wie hoch unsere Franchise bei der Krankenkasse ist. Unsere Entscheidung hängt dabei stark von unserem Einkommen und eventuell erhaltenen Prämienverbilligungen ab.

Stefan Felder, Universität Basel

Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bietet Verträge mit unterschiedlich hoher Kostenbeteiligung an. Wählen Versicherte die ordentliche Franchise, beträgt die Kostenbeteiligung 300 Franken pro Jahr. Alternativ stehen fünf höhere vom Gesetzgeber vorgegebene Franchisen zur Auswahl: von 500 bis 2500 Franken. Je höher die Franchise, desto tiefer die Prämie. Zusätzlich beteiligen sich Versicherte mit 10 Prozent an ihren Gesundheitsausgaben bis maximal 700 Franken. Insgesamt reicht die maximale Kostenbeteiligung also von 1000 Franken (300 + 700) bis 3200 Franken (2500 + 700). Was sagt die Wahl der Franchise über Versicherte aus? Und wie wirkt sie sich auf die Gesundheitsausgaben aus?

## Einkommen und Franchise

Wir haben Daten von 1,3 Millionen Versicherten der Krankenversicherung Helsana mit der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, dem Rentenregister der AHV/IV sowie dem Familienzulagenregister kombiniert.<sup>1</sup> Um die Einkommen von unterschiedlich grossen Haushalten vergleichbar zu machen, berechneten wir das sogenannte Äquivalenzeinkommen nach der Methodik der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (Skos)<sup>2</sup>. Die Analyse zeigt (siehe Abbildung auf S. 16): Die oberste Einkommensklasse wählt im Vergleich zur tiefs-

ten viel häufiger eine Franchise von 2500 Franken: 47,5 Prozent gegenüber 17,4 Prozent, ein Unterschied von 30,1 Prozentpunkten. Wenn wir jedoch nach Faktoren wie Alter, Geschlecht, individuelle Prämienverbilligung, Risikoausgleichszahlung, Prämienregion und Vorjahresausgaben der Versicherten bereinigen, beträgt der Unterschied zwischen der tiefsten und der höchsten Einkommensgruppe nur noch 12,9 Prozentpunkte. Bei den anderen Einkommensgruppen ist der Einkommenseffekt nur gering.

Warum wählen Versicherte mit hohem Einkommen eine höhere Franchise? Sie können das Risiko höherer Gesundheitsausgaben bei der höchsten Franchise für günstigere Prämien in Kauf nehmen. Haushalte mit geringem Einkommen entscheiden sich oft für tiefere Franchisen, weil sie keinen finanziellen Puffer haben, um die Kosten im Krankheitsfall zu zahlen.

Warum wirkt sich die Prämienverbilligung auf die Wahl der Franchise aus? Personen mit tiefem Einkommen und von Bund und Kantonen finanzierter Prämienverbilligung entscheiden sich deutlich seltener für die Maximalfranchise. Die Wahrscheinlichkeit liegt bei 26,2 Prozent gegenüber 37,6 Prozent bei Versicherten ohne Prämienverbilligung. Das ist ein Unterschied von 11,4 Prozentpunkten. Wer keine oder nur eine sehr geringe Krankenkassenprämie zahlt, spart mit einer hohen Franchise nichts, geht aber ein zusätzliches Kostenrisiko ein. Deshalb wählen diese Personen bewusst die 300-Franken-Fran-

1 Siehe Felder, S., Meyer, S., und K. Schmidheiny (2024). Einkommen, Vertragswahl und Prämienbelastung in der OKP, Helsana-Report, September 2024.

2 Nach dieser Methodik wird das Einkommen mit der Grösse des Haushalts geteilt, wobei die erste Person mit 1, die zweite Person mit 0,53, die dritte Person mit 0,33 und jede weitere Person eines Haushalts mit 0,28 gewichtet wird.



Ein klarer Weg: Mit der tiefsten Franchise von neu 500 Franken soll die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gestärkt werden.

chise, um die finanzielle Belastung im Krankheitsfall niedrig zu halten.

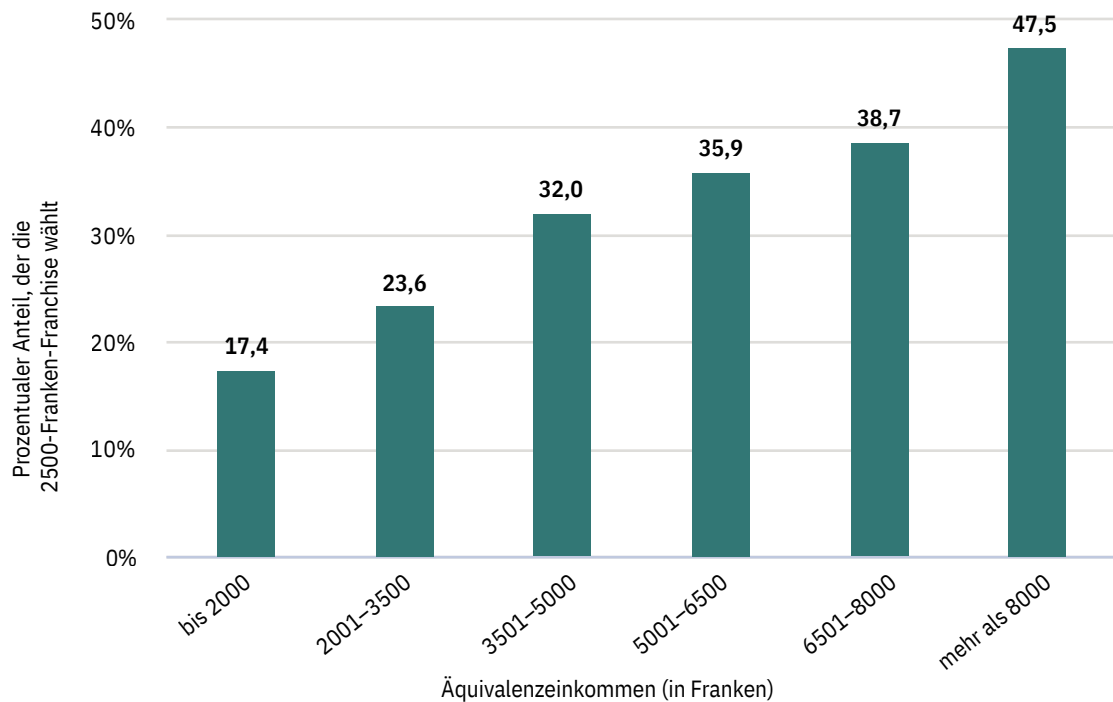
## Wirken die Franchisen?

Bundesrat und Parlament haben in der Frühlings-session 2025 beschlossen, die ordentliche Franchise von 300 auf 500 Franken zu erhöhen. Ziel dieser Massnahme ist es, den stetigen Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen. Der Franchisenanstieg schafft Spielraum für Prämiensenkungen, erhöht aber gleichzeitig das Kostenrisiko für die Versicherten. Das Sparpotenzial entsteht allerdings

nicht durch die höhere Franchise an sich, sondern durch die damit ausgelöste Verhaltensänderung der Versicherten: Wer mehr aus der eigenen Tasche zahlen muss, beansprucht weniger Leistungen.

Von den 1,3 Millionen Versicherten, die wir in der Analyse berücksichtigten, wählten rund 400'000 die 300-Franken-Franchise und 100'000 die 500-Franken-Franchise. Die Bruttoleistungen – also die individuellen Ausgaben für medizinische Behandlungen – lagen bei der Gruppe mit der 500-Franken-Franchise um 1200 Franken tiefer. Davon sind 200 Franken auf die Verhaltensänderung der Versicherten aufgrund der höheren Franchise zurückzuführen. Dieser Wert ist unabhängig vom Einkommensniveau

### Je höher das Einkommen, desto häufiger wählen Versicherte die 2500-Franken-Franchise



Quelle: Eigene Berechnungen der Autoren., Universität Basel / Die Volkswirtschaft

der Versicherten. Die übrigen 1000 Franken lassen sich durch Faktoren wie Alter, Geschlecht, frühere Gesundheitskosten und Prämienregion erklären. Die Selbstbeteiligung der Versicherten steigt um 160 Franken. Somit könnten die Krankenkassen im Durchschnitt die Prämie insgesamt um 360 Franken reduzieren. Hochgerechnet auf alle Personen in der Schweiz mit einer Franchise von 300 Franken, ergeben sich Einsparungen bei den Krankenkassen von rund 1,16 Milliarden Franken. Das entspricht

einer monatlichen Prämienreduktion bei allen Versicherten um rund 13.50 Franken.

Diese Beispielrechnung macht den Zielkonflikt deutlich: Eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten führt zu Einsparungen und damit auch zu Prämienreduktionen. Gleichzeitig erhöht sich die finanzielle Belastung von Versicherten im Krankheitsfall. Im vorliegenden Beispiel bleibt sie mit maximal 200 Franken pro Versicherten und Jahr eher gering.



**Stefan Felder**

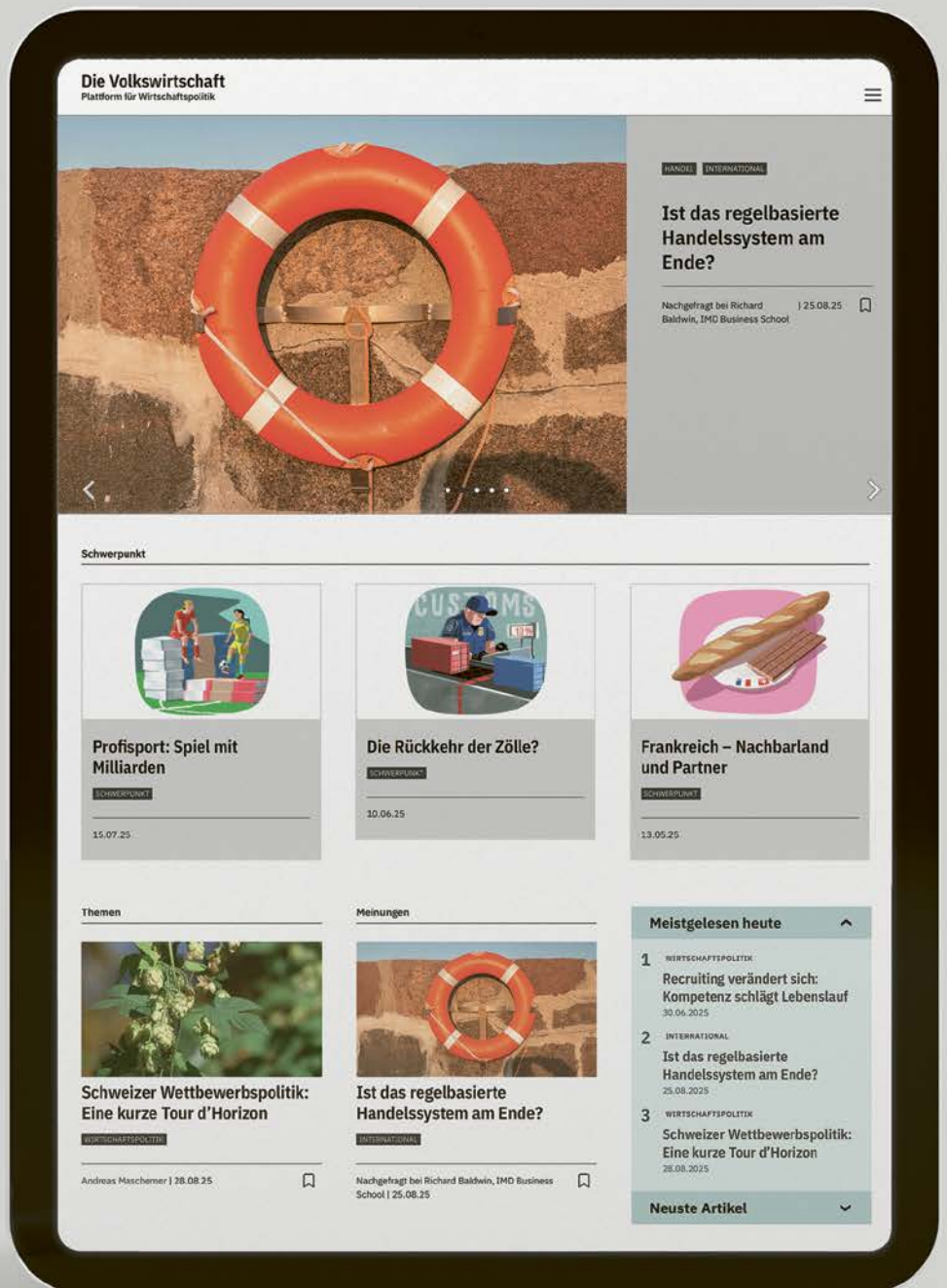
Professor für Gesundheitsökonomie, Universität Basel

# Lesen Sie weitere Artikel digital

dievolkswirtschaft.ch



 Die Volkswirtschaft



# Über Anreize und Fehlanreize von Tarifsystemen für medizinische Leistungen

Auf den ersten Blick wirkt es paradox: Während die Preise für medizinische Leistungen sinken, steigen die Ausgaben im Gesundheitswesen weiter an. Das liegt daran, dass die Zahl der erbrachten medizinischen Leistungen kontinuierlich zunimmt.

---

Christoph Thommen, ZHAW

**S**tatt über Angebot und Nachfrage werden die Preise für medizinische Leistungen in der Regel über Tarife festgelegt. Das gilt fast überall: für Medikamente, stationäre Spitalaufenthalte oder ambulante ärztliche Leistungen. Häufig werden die Tarife zunächst von den Tarifpartnern verhandelt und anschliessend von den Behörden bewilligt oder festgelegt. Warum also nicht einfach die Tarife senken, um das Ausgabenwachstum zu bremsen?

Tatsächlich zeigt der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK), dass die Preise für Gesundheitsgüter und damit auch die wichtigsten Tarife in den letzten zehn Jahren gesunken sind. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben lässt sich also nicht durch steigende Preise erklären, sondern vielmehr durch eine Zunahme der erbrachten Leistungen.

## Marktpreise wären wenig sinnvoll

In einem System mit sozialer Krankenversicherung zahlen Patientinnen und Patienten kaum etwas selbst. Ohne administrierte Preise könnten Leistungserbringer wie Ärztinnen, Spitäler oder andere Anbieter beliebige Preise verlangen. Versicherer hätten kaum eine Chance, zu prüfen, ob eine Leistung notwendig ist und was genau sie beinhaltet.

Hinzu kommt die Informationsasymmetrie zwischen Patientinnen und Leistungserbringern: Patienten erwarten bei einem Arztbesuch eine Verbesserung ihrer Gesundheit, kennen aber unter anderem die Behandlungsoptionen nicht. Leistungserbringer teilen das Ziel der Gesundheitsverbesserung, verfolgen aber auch eigene finanzielle Interessen. Leistungserbringer können die erwähnte Informationsasymmetrie zu ihren Gunsten ausnutzen, etwa mit zusätzlichen, nicht notwendigen Leistungen oder durch eine ineffiziente Leistungserbringung.

## Zwei unterschiedliche Tarifsysteme

Aus diesen Gründen schränken Tarifsysteme den Handlungsspielraum für Leistungserbringer ein. Die Vergütung soll den Aufwand für eine effiziente Leistungserbringung abdecken – so wie es ein Marktpreis tun würde, wenn alle Beteiligten gleich gut informiert wären.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist stark reguliert, enthält aber gezielte wettbewerbliche Elemente. Das zeigt sich exemplarisch bei den beiden wichtigsten Tarifsystemen: Swiss DRG für stationäre akutsomatische Aufenthalte in Spitälern und Tardoc für ambulante ärztliche Leistungen (bis 31.12.2025 Tarmed).

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben lässt sich nicht durch steigende Preise erklären, sondern durch eine Zunahme der erbrachten Leistungen.



## So wird der Preis für eine Leistung berechnet

	Ambulante ärztliche Leistungen	Stationäre akutsomatische Aufenthalte
<b>Tarifstruktur</b>	<b>Tardoc</b>	<b>Swiss DRG</b>
verantwortliche Organisation	OAAT AG	Swiss DRG AG
Art des Tarifs	Einzelabrechnung pro erbrachte Leistung	Pauschale pro Fall
Wie wird die Leistung gemessen? (relativer Preis)	In Taxpunkt: Jede Leistung (z. B. Untersuchung oder Beratung) hat eine bestimmte Anzahl Punkte	Über ein Kostengewicht: Jede Fallgruppe (z. B. Herzoperation, Nierentransplantation) hat ein Gewicht, das den durchschnittlichen Aufwand widerspiegelt
Beispiel	Koloskopie (VA.10.0010, ohne Zuschlagsleistungen) Taxpunkte: 204.05	Transplantation von Nieren (DRG A17B) Kostengewicht: 3.948
<b>Tarif (absoluter Preis)</b>	<b>Taxpunktwert</b>	<b>Baserate</b>
Wer verhandelt den Tarif?	Krankenversicherer(-verbände) und kantonale Ärztesellschaften	Krankenversicherer(-verbände) und Spitäler
Beispiel	Krankenversicherer XY und Zürcher Ärztesellschaft 0.89 CHF	Krankenversicherer XY und Universitätsspital Basel 11'150 CHF
<b>Vergütung an Arzt/Spital</b>	<b>204.05 × 0.89 CHF = 181.60 CHF</b>	<b>3.948 × 11'150 CHF = 44'020.20 CHF</b>

Quelle: Eigene Darstellung des Autors / Swiss DRG / OAAT / Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt / Ärztesgesellschaft Kanton Zürich / Die Volkswirtschaft

Für bestimmte ambulante ärztliche Leistungen wird ab 1.1.2026 nicht Tardoc, sondern sogenannte ambulante Pauschalen angewendet.

Die Tarifsysteme Swiss DRG und Tardoc bestehen je aus zwei Komponenten (siehe Tabelle): einer Tarifstruktur, die die relativen Preise einer Leistung zueinander definiert, und einem absoluten Preis – dem Tarif –, festgelegt durch Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern. Die Vergütung für die Leistungserbringer ergibt sich, wenn man beide Werte miteinander multipliziert. Die Tarifsysteme müssen die gesetzlichen Vorgaben erfüllen: Insbesondere müssen sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Zudem muss der Bundesrat sie genehmigen.

### Tardoc Einzelleistungstarife

Die Tarifsysteme folgen unterschiedlichen Prinzipien: Tardoc ist ein Einzelleistungstarifsystem, bei dem jede Leistung einzeln abgerechnet wird. Diese Tarif-

art bildet die erbrachten Leistungen und ihre Kosten im Detail ab. Je mehr Leistungen erbracht werden, desto höher fällt die Vergütung aus. Das schafft Anreize, mehr Leistungen zu erbringen, als medizinisch notwendig wäre. Präventive Massnahmen oder ein zurückhaltender Einsatz von medizinischen Eingriffen werden hingegen kaum gefördert.

Einzelleistungstarifsysteme sind detailliert und komplex. Deswegen sind sie aufwendig zu pflegen und werden nur unregelmässig aktualisiert. Das hemmt Innovationen und führt zu einer Ungleichverteilung der Finanzierung zwischen den Fachbereichen. So profitieren etwa technikintensive Bereiche wie die Bildgebung (z. B. CT oder Röntgen) von kontinuierlichen Effizienzsteigerungen, die in der Tarifstruktur noch nicht abgebildet sind. Diese Leistungen werden dadurch überdurchschnittlich hoch vergütet. So dauert die Aufnahmezeit eines CT-Geräts heute nur wenige Augenblicke, während dafür früher mehrere Minuten eingeplant werden mussten.

In anderen Bereichen wie der Psychiatrie, wo derartige Effizienzsprünge nicht möglich sind, können bei

gleicher Vergütung die Leistungen nicht effizienter erbracht werden. Die daraus resultierenden Unterschiede können langfristig die Attraktivität einzelner Fachrichtungen beeinflussen und zu einer bereichsspezifischen Über- oder Unterversorgung führen.

## Pauschaltarife am Beispiel Swiss DRG

Das zweite Tarifsystem, Swiss DRG, ist ein Pauschaltarifsysteem. Es vergütet alle während eines stationären Aufenthalts erbrachten Leistungen. Jeder Aufenthalt wird einer von über 1000 Fallgruppen zugeordnet. Die Gruppen basieren auf medizinisch ähnlichen Merkmalen wie der Hauptdiagnose, den Behandlungen oder der Aufenthaltsdauer. Bei über- oder unterdurchschnittlich langen Spitalaufenthalten passt sich die Vergütung entsprechend an. Zusätzliche Leistungen erhöhen die Vergütung im Rahmen der Pauschale grundsätzlich nicht. Das schafft Anreize, Ressourcen sparsam einzusetzen. Es birgt jedoch das Risiko, dass Patientinnen unterversorgt sind oder zu früh entlassen werden. Beide potenziellen Nachteile haben sich seit der Einführung von Swiss DRG im Jahr 2012 jedoch nicht bewahrt.

Problematisch ist aber, wenn Infrastrukturkosten in die Vergütung miteinbezogen werden. Während die Vergütung für jeden Fall gleich ist und konstant bleibt, sinken die Kosten pro Fall für jeden zusätzlichen Fall, da die Infrastrukturkosten pro Spital fix sind. Für ein Spital steigt damit der Gewinn mit zunehmender Fallzahl. Trotz der pauschalen Vergütung besteht somit ein Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen.

Beide vorgestellten Tarifarten enthalten also Anreize zur Mengenausweitung. Ausserdem sind die Übergänge zwischen den Tarifsystemen nicht abgestimmt: So ist etwa ein stationärer Aufenthalt für ein Spital profitabler als eine kostengünstigere ambulante Behandlung ohne Übernachtung.

Auch Anreize für Prävention oder Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen fehlen weitgehend. Eine Lösung bieten gemeinsame Organisationen und eine teilweise gemeinsame Vergütung über Kopfpauschalen pro Versicherten, auch Capitation genannt. Im Berner Jura wird dieses Modell im Projekt «Réseau de l'Arc» erprobt.

Für Leistungen, die nicht über solche Pauschalen abgedeckt sind, wäre es zielführend, die Vergütung stärker am Nutzen für die Patientin auszurichten statt an den entstandenen Kosten. Dieses Prinzip des Value-based Pricing scheitert jedoch oft, weil sich der Behandlungserfolg schwer messen lässt.



**Christoph Thommen**

Dr. rer. pol., Co-Leiter Fachstelle für Gesundheitsökonomische Forschung, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur

# «Wir kämpfen gegen unnötige Kosten»

Steigende Prämien belasteten die Haushalte direkt, sagt Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider. Im Interview zeigt sie auf, wie unnötige Gesundheitskosten gesenkt werden sollen, und erklärt, warum das System in der Bevölkerung dennoch eine hohe Zufriedenheit genießt.

Interview: Guido Barsuglia, Die Volkswirtschaft

**Frau Bundesrätin, Sie sind dieses Jahr am Frauenlauf in Bern mitgelaufen. Ist das Ihr politisches Zeichen für einen gesunden Lebensstil?**

An diesem Lauf nehmen jeweils mehrere Tausend Frauen und Mädchen aller Altersgruppen teil. Der Lauf ist etwas Besonderes, weil man einfach aus Freude mitmachen kann, ohne Wettkampfgedanken. In diesem Jahr habe ich die Gelegenheit zum Austausch besonders geschätzt. Ich habe die Strecke gemeinsam mit mehreren Dutzend Mitarbeiterinnen aus meinem Departement zurückgelegt.

**Sie waren Sozialarbeiterin, später Rektorin einer Fachhochschule für Soziale Arbeit und Gesundheit. Ein typischer Lebenslauf für eine Gesundheitsministerin?**

Eine typische Karriere, die auf das Mandat einer Bundesrätin vorbereitet, gibt es nicht. Im Departement des Innern finde ich viele Themen wieder, die mich während meiner gesamten beruflichen und politischen Laufbahn bewegt haben – unter anderem in meinen 13 Jahren als Regierungsrätin des Kantons Jura. Gesundheit, Sozialversicherungen und Kultur sind gesellschaftliche Themen, bei denen ich meine Erfahrung wie auch meine Leidenschaft einbringen kann.

**Wie jedes Jahr im Spätsommer dreht sich alles um die Krankenkassenprämien. Warum steigen die Gesundheitsausgaben jedes Jahr?**

Dafür gibt es mehrere Gründe. Wir können uns über die steigende Lebenserwartung freuen. Und über vielversprechende neue Behandlungsmethoden und Medikamente. Doch diese neuen Möglichkeiten haben ihren Preis, manchmal einen sehr hohen. Wir müssen die steigenden Gesundheitskosten in den Griff bekommen. Die Patientensicherheit steht dabei an erster Stelle. Gleichzeitig müssen wir unnötige Leistungen vermeiden.

«Unsere Kosten sind mit denen unserer Nachbarländer vergleichbar.»

**Gesundheit sei das höchste Gut, sagen wir. Warum empören wir uns dann, dass sich die Prämien über die letzten 20 Jahre verdoppelt haben?**

Weil die Gesundheitskosten hauptsächlich über die Krankenkassenprämien finanziert werden. Die

Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider:  
«Die administrative Belastung  
im Gesundheitsbereich muss man  
ernst nehmen.»



Bevölkerung spürt die höheren Kosten sofort, sie belasten das monatliche Budget stark. Deshalb erachte ich Massnahmen, die den Kostenanstieg bremsen, als eine permanente und zentrale Aufgabe.

**Die Schweiz gibt jährlich 10'500 Franken pro Kopf für Gesundheit respektive Krankheit aus. Wie schneiden wir damit international ab?**

Die Schweiz hat ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem und liegt damit auf Platz sieben bei den Pro-Kopf-Ausgaben in den 38 OECD-Ländern. Diese Ausgaben sind in den USA deutlich höher, aber auch, in einem weniger starken Ausmass, in Deutschland, Frankreich und Österreich. Unsere Kosten sind mit denen unserer Nachbarländer vergleichbar. Anders ist aber vor allem die Art der Finanzierung. In vielen Ländern ist sie einkommensabhängig. Bei den Versicherungsprämien in der Schweiz ist das nicht der Fall.

**Im Ausland werden die Gesundheitskosten oft über Steuern finanziert. In der Schweiz spüren Patientinnen und Patienten über Krankenkassenprämie, Franchise und Selbstbehalt monatlich, dass Gesundheit kostet. Führt unser System darum zu mehr politischem Unmut?**

Das stimmt. Der von den Versicherten direkt finanzierte Anteil ist in der Schweiz höher als in anderen Ländern. Das ändert jedoch nichts an unserer politischen Verantwortung. Die finanzielle Belastung für Menschen mit geringem und zum Teil auch noch mit mittlerem Einkommen ist so gross, dass staatliche Eingriffe notwendig sind. Das System der Prämienverbilligung sorgt für eine gewisse Entlastung. Man muss auch betonen, dass in der Schweiz alle – unabhängig von ihrem Einkommen – Zugang zu einer Medizin auf sehr hohem Niveau haben.

**Ein Viertel der Schweizer Bevölkerung erhält eine Prämienverbilligung. Und dennoch verzichten gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan besonders ärmere Menschen auf Behandlungen und sterben im Schnitt früher. Wie ist es um die Chancengleichheit in der Schweiz bestellt?**

Armut ist ein grosser Risikofaktor für die Gesundheit. Rufen wir uns das Solidaritätsprinzip unserer Krankenversicherung in Erinnerung: Es garantiert

allen den Zugang zum Gesundheitssystem. Das System ist aber sicher nicht perfekt. Wir müssen sicherstellen, dass die Franchisen und Selbstbehalte nicht zu stark steigen. Es ist inakzeptabel, dass Menschen aus finanziellen Gründen auf eine Behandlung verzichten. Die Armutsbekämpfung ist im Departement eine meiner Prioritäten. Besonders engagieren müssen wir uns für Renten und Ergänzungsleistungen, die ein würdiges Leben ermöglichen, unter anderem durch den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Aber Gesundheit und Lebenserwartung werden auch von anderen Faktoren beeinflusst, bei denen Handlungsbedarf besteht: Zugang zu Bildung, den Arbeitsbedingungen, dem Umfeld, in dem wir leben, oder der Qualität der Informationen.

«Der runde Tisch will ab 2026 Einsparungen von 300 Millionen Franken pro Jahr erzielen.»

**Was bekommt die Bevölkerung für die hohen Gesundheitsausgaben?**

Wir können uns auf hervorragende medizinische Leistungen verlassen. In mehreren OECD-Studien hat die Schweizer Bevölkerung unserem Gesundheitssystem Bestnoten gegeben. Ich schätze das sehr. Eine grosse Mehrheit ist mit der Qualität und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung zufrieden.

**Der Bundesrat hat bereits das zweite Kostendämpfungspaket verabschiedet. Doch die Ausgaben steigen weiter. Welche Massnahmen wirken?**

Die Gesundheitskosten werden nicht sinken, aus den genannten Gründen. Wir kämpfen gegen unnötige Kosten wie Doppelspurigkeiten, Fehlanreize oder Ineffizienz. Ich habe einen runden Tisch ins Leben gerufen, um die Hauptakteure im Gesundheitswesen in die Sparbemühungen einzubeziehen. Der runde Tisch will ab 2026 Einsparungen von 300 Millionen Franken pro Jahr erzielen.

**Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider in ihrem Büro in Bern: «Die Bevölkerung spürt die höheren Kosten sofort, sie belasten das monatliche Budget stark.»**



**Die Schweiz hat mehr als 270 Spitäler. Die Spitalplanung ist kantonal geregelt. Eine interkantonale Koordination gibt es kaum. Die Folge sind teure Überkapazitäten. Zudem kann die Behandlungsqualität leiden, wenn spezialisierte Eingriffe in einem Spital nur selten gemacht werden. Kann der Bundesrat hier gar nichts tun?**

Die Aufgabenteilung ist in unserem föderalistischen System klar geregelt. Die Kantone sind für das medizinische Angebot auf ihrem Gebiet verantwortlich und damit auch für die Spitalplanung. Die Aufgabe ist nicht einfach, da die Schliessung eines Spitals ein hoch emotionales Thema ist. Aber auch der Bund spielt eine gewisse Rolle. Er hat die Eckwerte für die Spitalplanung festgelegt. Dazu gehören eine Mindestfallzahl pro Spital und die interkantonale Zusammenarbeit. Ich ermutige die Kantone nachdrücklich, für eine agile Spitalplanung weiterhin über regionale oder kantonale Grenzen hinwegzublicken.

**Im Herbst 2024 hat das Stimmvolk Efas – die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen – angenommen. Was bringt die Reform?**

Wir vereinheitlichen damit die Finanzierung der medizinischen Leistungen und vereinfachen das System. Ambulante Behandlungen werden gefördert, indem negative Anreize wegfallen. Künftig können

Ärztinnen und Ärzte aufgrund medizinischer Kriterien entscheiden, ob ein Patient besser ambulant behandelt oder für eine stationäre Behandlung hospitalisiert wird. Das soll die Gesundheitskosten ebenfalls eindämmen.

**Ab nächstem Jahr löst Tardoc das bisherige Tarifsystem Tarmed ab. Was wird sich für Versicherte und Ärzteschaft konkret ändern?**

Ich glaube nicht, dass die Versicherten einen grossen Unterschied bemerken werden. Die Umstellung vom heutigen System auf Tardoc und Pauschalen muss im Hinblick auf die Gesamtkosten neutral sein. Für die Leistungserbringer wie Arztpraxen und Spitäler ist dieses neue Tarifsystem ein wichtiger Meilenstein. Es wird ausserdem von Jahr zu Jahr weiterentwickelt. Tardoc ersetzt den Tarmed, der völlig veraltet ist. Die Einführung von Pauschalen ist ein Novum im ambulanten Bereich. Ziel ist es, die erbrachten Leistungen genauer abzubilden. Wir korrigieren damit Verzerrungen und Ungleichbehandlungen, die sich im bisherigen System etabliert haben.

**Ärztinnen und Ärzte klagen, sie verbrächten mehr Zeit mit Formularen als mit dem Behandeln von Krankheiten. Stimmt das?**

Die administrative Belastung im Gesundheitsbereich muss man ernst nehmen. Ich habe das Bundesamt

für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit) beauftragt, Verbesserungsvorschläge auszuarbeiten. Das laufende Projekt beinhaltet für diesen Herbst eine grosse Umfrage bei der Ärzteschaft. Wir wollen abklären, wo die Ursachen für den hohen administrativen Aufwand liegen. Dazu gibt es bislang keine verlässlichen Daten. Auf dieser Grundlage wird das BAG Entlastungsmassnahmen vorschlagen, die sicherlich verschiedene Akteure betreffen werden.

**2025 haben 12 Prozent der Versicherten ihre Krankenkasse gewechselt. Die Werbeausgaben, die zum Wechsel animieren sollen, belaufen sich auf rund 200 Millionen Franken. Würde eine Einheitskasse beim Sparen helfen?**

Bevölkerung und Parlament haben die Einführung einer Einheitskrankenkasse mehrfach abgelehnt. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern sie dazu anhält, die Kosten im Griff zu behalten, und dass es sinnvoll ist, wenn die Versicherten eine Wahl haben.

**Seniorinnen und Senioren verursachen fast ein Viertel der Gesundheitskosten – doch sie zahlen den gleichen Beitrag wie 30-Jährige. Braucht es eine eigene Prämienkategorie ab 65?**

Unsere Grundversicherung beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Dank des von Bundesrätin Ruth Dreifuss in den 1990er-Jahren eingeführten Systems unterscheiden sich die Versicherungsprämien nicht mehr nach guten und schlechten Risiken. Alle zahlen gleich viel, Männer und Frauen, Junge und Ältere, Kranke

und Gesunde. Das ist ein grosser Erfolg. In einer alternden Gesellschaft ist es natürlich wichtig, darüber nachzudenken, wie wir das Gesundheitssystem langfristig finanzieren können. Diese Frage ist legitim, aber extrem komplex.

**Stellen Sie sich vor, Sie könnten das Schweizer Gesundheitswesen von Grund auf neu bauen. Was würden Sie anders machen?**

Mein Interesse und meine Priorität gehören der Gegenwart und der Zukunft. Entscheidend ist, dass wir das Vertrauen in unsere Fähigkeit bewahren, das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln: Qualität, Sicherheit und Zugang müssen dabei im Zentrum stehen – und ebenso angemessene Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal.

**Efas ist durch. Was ist der nächste grosse Reformschritt?**

Wir konzentrieren uns derzeit auf die Umsetzung der wichtigen Reformen, die in den letzten Jahren verabschiedet wurden, etwa auf das Inkrafttreten des neuen ambulanten Tarifsystems ab Januar 2026. Ausserdem möchten wir die Grundversorgung verbessern und die Digitalisierung vorantreiben. Mit dem Programm Digisanté wollen wir insbesondere sicherstellen, dass die verschiedenen digitalen Systeme der Akteure im Gesundheitswesen miteinander kommunizieren können. So wird der Datenaustausch einfacher und effizienter.

*Das Interview wurde schriftlich geführt.*

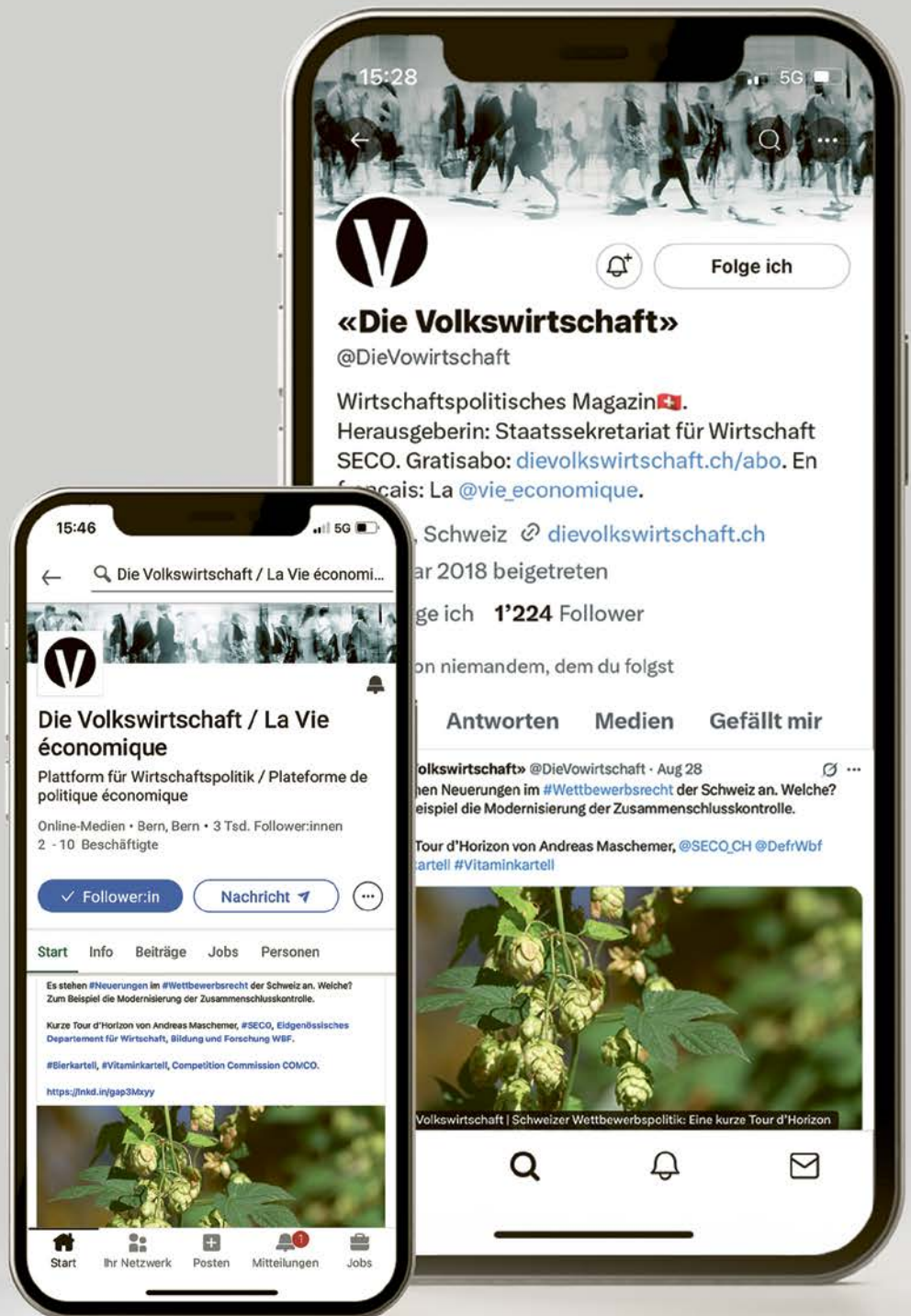
## Elisabeth Baume-Schneider

Die 61-jährige Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider aus dem Kanton Jura leitet seit 2024 das Eidgenössische Departement des Innern (EDI). Zuvor stand sie dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement vor. Sie studierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Neuenburg und arbeitete zunächst als Sozialarbeiterin. Später war sie SP-Regierungsrätin des Kantons Jura, Ständerätin und Rektorin der Fachhochschule für Soziale Arbeit und Gesundheit in Lausanne. Sie wurde 2022 in den Bundesrat gewählt.

Das EDI befasst sich schwerpunktmässig mit der Altersvorsorge und dem Gesundheitswesen. Zum EDI gehören unter anderem das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), das Bundesamt für Kultur (BAK), das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), das Bundesamt für Statistik (BFS) und das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG). Das Departement beschäftigt rund 2800 Mitarbeitende.

# Mehr Artikel auf X und LinkedIn

dievolkswirtschaft.ch



# Gute Noten für das Schweizer Gesundheitssystem

Die Schweiz gehört zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf weltweit. Auch im internationalen Vergleich ist das Schweizer Gesundheitssystem eines der besten – zumindest, wenn man die Patientinnen und Patienten fragt.

---

Michael van den Berg, OECD

**G**esundheitssysteme sollten nicht danach beurteilt werden, wie viele Leistungen sie erbringen oder wie alt Menschen werden. Viel wichtiger ist, wie Gesundheitssysteme die Lebensqualität beeinflussen. Genau hier setzt der Patient-Reported-Indicator-Survey (Paris) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) an.

Die Paris-Befragung wurde 2023/2024 zum ersten Mal durchgeführt. Rund 110'000 Personen aus 19 Ländern nahmen daran teil. In der Schweiz wurden über 4000 Patientinnen und Patienten befragt, die über 45 Jahre alt sind, zu Hause leben und während der Erhebung mindestens einmal einen Kontakt zur Hausärztin oder zum Hausarzt hatten. Die Resultate basieren nur auf den Antworten der Befragten, die mindestens eine chronische Erkrankung haben – darunter fallen zum Beispiel Bluthochdruck, chronische Rücken- oder Gelenkschmerzen, Diabetes oder auch Depressionen.

Die Umfrage erhebt unter anderem zehn Indikatoren, die für chronisch kranke Personen besonders wichtig sind: fünf zum Gesundheitszustand, etwa zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Wohlbefinden und zur sozialen Teilhabe. Die fünf anderen Indikatoren betreffen individuelle Erfahrungen mit der Grundversorgung. Dazu gehört, wie gut die Versorgung unter den beteiligten Ärzten und Praxen abgestimmt ist (Versorgungs-

koordination), ob die individuellen Bedürfnisse bei der Behandlung berücksichtigt werden (patientenorientierte Versorgung), wie die Qualität der Grundversorgung eingeschätzt wird und wie hoch das Vertrauen in das System ist.<sup>1</sup>

## Hohes Vertrauen in das Schweizer Gesundheitssystem

Das Schweizer Gesundheitssystem wird dem Ruf des Landes gerecht: Es ist – wie die berühmten Schweizer Uhren und Taschenmesser – solide, gut strukturiert und Ausdruck einer Kultur, in der Qualität eine grosse Rolle spielt. Bei allen zehn Indikatoren liegt die Schweiz über dem OECD-Durchschnitt (siehe Abbildung 1 auf S. 30). Besonders sticht sie bei der patientenorientierten Versorgung und der Versorgungskoordination hervor – zwei Aspekte, die eng mit besseren Behandlungsergebnissen verknüpft sind. Nahezu alle Personen mit chronischen Erkrankungen gaben an, dass ihre Bedürfnisse bei der Gesundheitsversorgung berücksichtigt wurden. Fast 90 Prozent fanden, dass die Hausarztpraxen, in denen sie betreut wurden, gut organisiert sind.

Schweizerinnen und Schweizer vertrauen dem Gesundheitssystem, Männer etwas mehr als Frauen (74 resp. 68 Prozent). Ebenfalls hohe Werte erzielt die Schweiz bei der körperlichen und psychischen

---

<sup>1</sup> Siehe OECD (2025a).



Die Schweiz hat Grund zur Freude:  
Sie hat eines der besten Gesundheitssysteme –  
und das liegt nicht nur am Geld.

Gesundheit. Überdurchschnittlich schnitt auch die soziale Teilhabe ab – Personen können trotz chronischer Erkrankung gut am sozialen Leben teilnehmen.

Das Schweizer System überzeugt also sowohl bei der medizinischen Versorgung als auch beim Umgang mit den Patientinnen und Patienten. In einer Welt, in der immer mehr Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig leben, ist das nicht selbstverständlich.

## Es liegt nicht nur am Geld

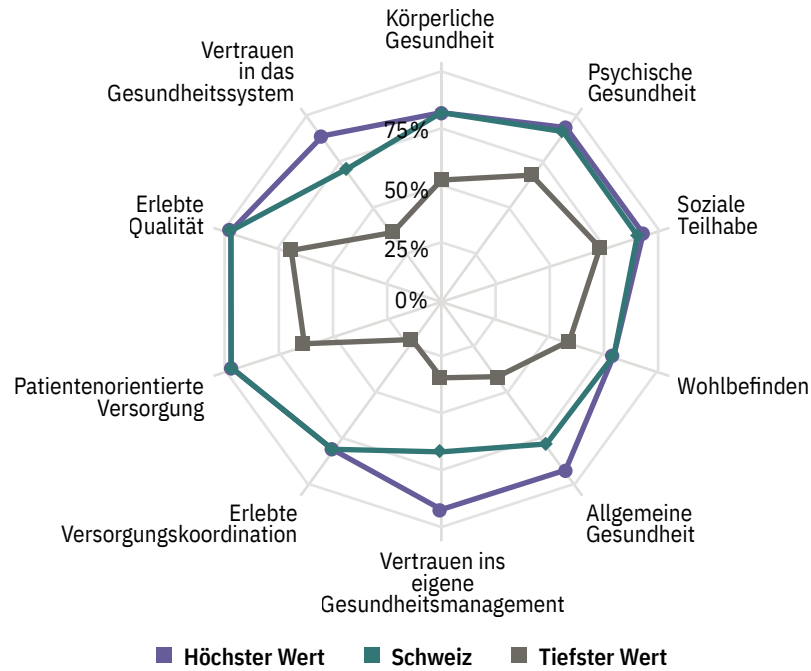
Es ist naheliegend, die guten Ergebnisse der Schweiz mit ihrem hohen Wohlstand zu erklären: Die Schweiz gehört zu jenen OECD-Mitgliedern mit dem höchsten Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf und gibt deutlich mehr für Gesundheit aus als andere Länder. Doch die

Paris-Daten zeigen: Geld allein garantiert keine besseren Ergebnisse. Wichtig ist auch, wie das Gesundheitssystem organisiert ist – etwa in Bezug auf Versorgungskontinuität oder die Beziehung zwischen Ärztinnen und Patienten.

So liegen etwa Norwegen und Luxemburg – zwei Länder mit ähnlich hohem oder sogar höherem BIP pro Kopf als die Schweiz – nur im Mittelfeld. Dagegen schneiden Länder wie Tschechien und Slowenien trotz deutlich niedrigerer Gesundheitsausgaben relativ gut ab (siehe Abbildung 2 auf S. 30).

Trotz insgesamt sehr guter Ergebnisse kann sich die Schweiz in einigen Bereichen noch verbessern. Zum Beispiel hinkt die Schweiz bei den digitalen Hilfsmitteln hinterher. Nur 3 Prozent der Befragten gaben an, Zugang zu ihrer elektronischen Krankenakte zu haben. In den Niederlanden waren es 53 Prozent. Auch Videosprechstunden werden in

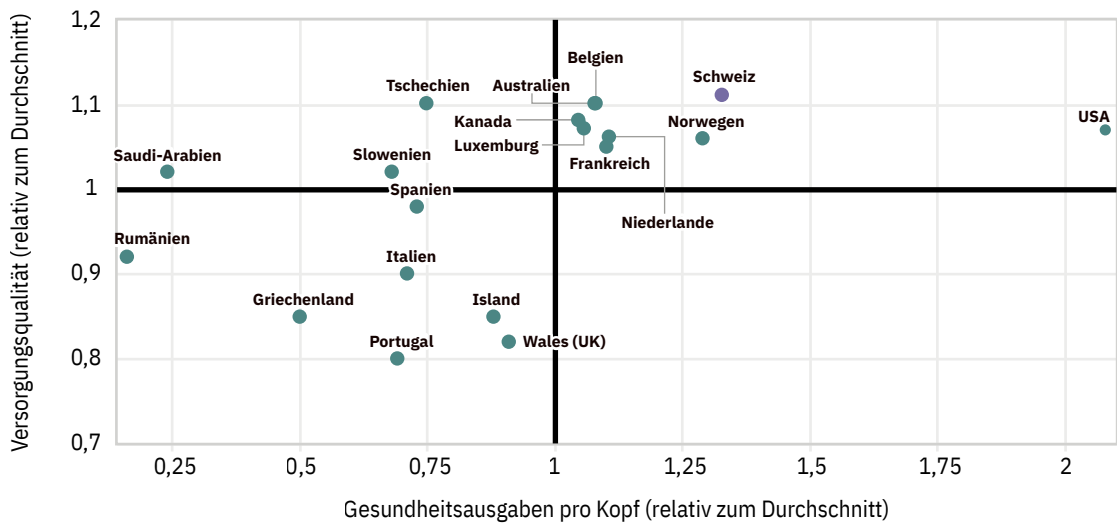
**Abb. 1: Die Schweiz schneidet beim Paris-Survey überdurchschnittlich gut ab**



Anmerkung: Prozentualer Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, die von positiven Ergebnissen oder Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem berichten. Zum Beispiel, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet einschätzen. Die höchsten (bzw. niedrigsten) Werte entsprechen den jeweils besten (bzw. schlechtesten) Ergebnissen unter den beteiligten Ländern.

Quelle: OECD (2025b) / Die Volkswirtschaft

**Abb. 2: Auch mit wenig Geld gelingt manchen Ländern eine gute Gesundheitsversorgung**



Anmerkung: Wert von 1 entspricht dem OECD-Durchschnitt. Werte darüber bzw. darunter zeigen entsprechend bessere oder schlechtere Werte.

Quelle: OECD Data Explorer / WHO Global Health Observatory / OECD Paris 2024 Database / Die Volkswirtschaft

der Schweiz kaum genutzt: Nur 4 Prozent der chronisch Erkrankten hatten schon einmal ein solches Gespräch – im Vergleich zu 11 Prozent in Frankreich und 34 Prozent in Australien. Dabei könnten Videogespräche gerade für weniger mobile Personen den Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessern.

Zudem weist Paris auf bestehende Ungleichheiten hin: Personen mit niedrigerem Einkommen oder einem tieferen Bildungsstand geht es gesundheitlich schlechter. In der Schweiz sind diese Ungleichheiten kleiner als in anderen Ländern, aber gross genug, um aufzufallen. Wichtig ist auch, was die Umfrage nicht misst: Wer erhebliche Zugangshürden zum Gesundheitssystem hat – etwa wegen Kosten, Sprachbarrieren oder Aufenthaltsstatus – und deswegen nicht bei der Hausärztin oder beim Hausarzt war, wurde in der Umfrage nicht berücksichtigt. In der Schweiz tragen Patientinnen und Patienten einen grossen Teil der Gesundheitskosten mit hohen Franchisen und Selbstbehalten selbst. Es kann daher sein, dass manche aus Kostengründen auf notwendige Behandlungen verzichten.

Deshalb ist es besonders wichtig, sicherzustellen, dass niemand aus Kostengründen auf notwendige Behandlungen verzichten muss.

Die guten Resultate der Schweiz stimmen optimistisch. Das Land scheint in vielen Bereichen erfolgreicher zu sein als andere Länder. Gleichzeitig macht die Auswertung deutlich, dass einfache Erklärungen wie hohe Gesundheitsausgaben zu kurz greifen. Entscheidend für ein gutes Gesundheitssystem ist nicht nur, wie viel Geld ausgegeben wird, sondern auch, wofür und wie: Zeit für Gespräche, eine kontinuierliche Betreuung und patientenorientierte Ansätze bringen womöglich mehr als ein reiner Ausbau der Leistungen.

---

#### Literatur

OECD (2025a). Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (Paris), OECD Publishing, Paris.

OECD (2025b). Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (Paris). Country Note Switzerland. OECD Publishing, Paris.



**Michael van den Berg**

Senior Analyst für Gesundheitspolitik, Direktion Beschäftigung, Arbeit und Sozialfragen, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Paris

# Wie wir unsere Spitallandschaft besser organisieren

Standpunkt von Saskia Schenker



Saskia Schenker ist Direktorin von Prio Swiss – der Verband Schweizer Krankenversicherer in Bern

**E**s liegt in den Händen der Kantone, die Spitalversorgung für die Zukunft auszugestalten. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) macht den Kantonen dabei schweizweit klare Vorgaben: Die stationären Angebote sollen bedarfsgerecht, qualitativ hochstehend und wirtschaftlich ausgestaltet sein. Überkapazitäten sollen verhindert, medizinische Leistungen möglichst koordiniert und konzentriert angeboten werden. Die Behandlungsqualität gilt es sicherzustellen und das Kostenwachstum zu dämpfen.

Die Versorgungslandschaft von heute sieht jedoch häufig anders aus: In der Schweiz gibt es kaum interkantonale Koordination der stationären Angebote, dafür eine hohe Anzahl an Spitälern, die oft auf engem Raum Leistungen mehrfach anbieten. Es gilt das Credo: «Alle machen fast alles.» Ineffiziente, nicht ausgelastete Kapazitäten führen zu Fehlanreizen und sind teuer. Schlimmer noch: Sie gefährden die Behandlungsqualität. Denn viele Spitäler erreichen die von der Gesundheitsdirektorenkonferenz der Kantone (GDK) empfohlenen Mindestfallzahlen für spezialisierte Operationen nicht oder nur durch Kooperationen. Es ist höchste Zeit, dass die Kantone

ihre Spitalplanung gemeinsam angehen. Patientinnen und Patienten halten sich bei der Wahl eines Spitals nicht an Kantonsgrenzen, deshalb braucht es eine Planung, die die kantonsübergreifenden Patientenströme berücksichtigt. Die Kantone sollten gemeinsam festlegen, wo welche Spezialisierungen stattfinden.

Oftmals verhindern regionalpolitische Interessen sinnvolle Lösungen. Kantone schauen zuerst auf ihre eigenen Spitäler und weniger darauf, was für die Versorgung insgesamt am besten wäre. Es reicht nicht mehr aus, den Nachbarkanton zu fragen, ob er mit einer Entscheidung leben kann. Es braucht echten Willen zur Zusammenarbeit. Eine Spitalplanung in kantonaler Kompetenz muss die interkantonale Zusammenarbeit, die Spezialisierung, die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit als Chance begreifen.

Auch die Krankenversicherer können zur besseren Spitalplanung beitragen. Seit 2024 erlaubt uns das KVG, unsere Expertise in die Vernehmlassungsverfahren einzubringen. Wenn regionalpolitische Interessen gute Lösungen blockieren, bleibt uns im äussersten Fall das Beschwerderecht.

Entscheidend für das Gelingen sind jedoch in erster Linie Dialog und Partnerschaft zwischen Kantonen, Spitälern und Versicherern. Am 24. November 2024 hat das Stimmvolk die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen beschlossen. Das bedeutet eine Chance für ein besseres gegenseitiges Verständnis und eine gute Zusammenarbeit.

Wenn die Kantone die Spitalplanung konsequent nach den gesetzlichen Vorgaben umsetzen, führt dies zu einer Versorgung, die qualitativ besser, wirtschaftlicher und für die Prämienzahlerinnen und -zahler finanziell tragbar ist.

# Die Weiterentwicklung der ambulanten Arzttarife

Standpunkt von Rémi Guidon



Rémi Guidon ist CEO der Organisation ambulante Arzttarife (OAAT) in Bern

**D**er aktuell geltende Arzttarif Tarmed wurde 2004 eingeführt und legt fest, wie viel eine ärztliche Behandlung im ambulanten Bereich kostet. Tarmed wurde seit seiner Einführung nie umfassend überarbeitet. Das führte zu dem, dass der Bundesrat in den Jahren 2014 und 2017 Anpassungen an Tarmed vornahm. Zum anderen konnte dem medizinischen Fortschritt kaum Rechnung getragen und gewisse Leistungen nicht mehr sachgerecht bewertet werden.

Seit dem 1. Januar 2022 ist Artikel 47a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in Kraft. Die Tarifpartner – dazu gehören die FMH, H+ und seit 2025 Prio Swiss – sind verpflichtet, eine Organisation einzusetzen, welche die ambulanten Arzttarife weiterentwickelt: die Organisation ambulante Arzttarife (OAAT). Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die Tarifpartner im Auftrag ihrer Mitglieder agieren und somit unterschiedliche Interessen vertreten. Umso wichtiger ist es, dass sie gewisse Spielregeln einhalten.

Die wichtigste Spielregel ist, dass sich alle Tarifpartner an die Entscheidungsprozesse halten, die sie zusammen mit der Tariforganisation erarbeitet

haben. Konkret sollten Entscheidungen im Verwaltungsrat der OAAT oder in den entsprechenden Arbeitsgruppen angestrebt und getroffen werden. Vor allem, wenn es um die inhaltliche Gestaltung der Tarife geht. Sonst suchen die Tarifpartner andere Wege, um die eigenen Interessen durchzusetzen, zum Beispiel über politische Instanzen. Dadurch wird ein zielgerichtetes Arbeiten innerhalb der Tariforganisation erschwert oder sogar verunmöglicht. Entsprechend ist auch die Politik gefordert: Sie soll die Tarifpartner in die Pflicht nehmen und möglichst keine Alternativen zu der genannten Spielregel bieten.

Das Akzeptieren dieser Spielregel ist für die Tarifpartner und deren Mitglieder keinesfalls trivial. Akzeptable Prozesse zu etablieren, gegebenenfalls anzupassen und schlussendlich umzusetzen, erfordert von allen Beteiligten viel Zeit und Geduld – beides ist trotz der Wichtigkeit der Tarifrevision aktuell nur bedingt vorhanden. Doch davon hängen der Erfolg der Weiterentwicklungen sowie die langfristige Akzeptanz der ambulanten Arzttarife ab.

Einen ersten wichtigen Schritt in diese Richtung haben die Tarifpartner und die OAAT im November 2024 gemacht. Erstmals reichten sie gemeinsam erfolgreich ein Genehmigungsgesuch zur Einführung des Gesamt-Tarifsystems, bestehend aus Tardoc und den ambulanten Pauschalen, ein. Der Bundesrat genehmigte das Gesamt-Tarifsystem am 30. April 2025. Am 1. Januar 2026 tritt es in Kraft. Das unterstreicht: Der Fokus und die Akzeptanz der gemeinsam definierten Entscheidungsprozesse führen zum Erfolg – auch wenn Zeit und Geduld gefordert sind.

# Zwei Patienten und nur ein Bett auf der Intensivstation – wer bekommt es?

Die meisten Fragen im Gesundheitswesen lassen sich nicht allein mit Zahlen beantworten. Die Ethik ist eine wichtige Richtschnur.

---

Tanja Krones, Universität Zürich

**W**er im Gesundheitswesen arbeitet oder sich mit Gesundheitspolitik beschäftigt, stösst schnell auf schwierige Fragen: Wer bekommt welche Behandlung? Was darf eine Therapie kosten? Und wer trägt die Verantwortung? Denn nicht alles ist für alle gleichzeitig möglich.

Solche Fragen lassen sich nicht allein mit Zahlen oder Gesetzen beantworten. Die Antworten basieren auch auf unserer Gewichtung und Realisierung grundlegender ethisch relevanter gesellschaftlicher Werte. Ein zentrales normatives Prinzip dabei ist: Alle Menschen in der Schweiz haben Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung. Insbesondere in Notfällen müssen sie sich darauf verlassen können, dass sie rasch und angemessen versorgt werden – unabhängig von Einkommen, Herkunft oder Aufenthaltsstatus. Dieses Ziel ist in der Bundesverfassung, im Krankenversicherungsgesetz und in den Berufskodizes der Gesundheitsberufe verankert.

## Drei Dimensionen der Ethik

Es gibt drei Dimensionen der Ethik (siehe Tabelle auf S. 36): erstens ethische Grundlagen, also das, was weitgehend als gut gilt. Zum Beispiel individuelle Grundrechte achten – Menschenrechte oder das Recht auf persönliche Freiheit –, sich um Bedürftige kümmern oder vulnerable Gruppen schützen.

Zweitens ethische Probleme. Sie treten auf, wenn grundlegende Werte verletzt werden – etwa wenn Behandlungen empfohlen werden, die zwar gut vergütet sind, aber wenig Nutzen bringen. Oder wenn Fachpersonen unter Druck geraten, entgegen ihrem Berufsethos zu handeln. Auch sind sozial benachteiligte Menschen häufiger krank und sterben im Durchschnitt früher. Sie erhalten trotz höherem Bedarf oft weniger Leistungen oder haben schlechteren Zugang zur Versorgung.

Drittens ethische Dilemmata: Sie entstehen, weil man nicht alle ethisch relevanten Werte gleichzeitig berücksichtigen kann. Darunter fällt beispielsweise die Triage auf der Intensivstation: Zwei Patientinnen brauchen dringend eine lebensrettende Behandlung, aber nur ein Bett ist frei. Wer bekommt es, wo doch beide ein Recht auf Leben haben? Ein weiteres Beispiel sind die Freiheitsbeschränkungen während der Coronapandemie. Der Staat erliess Massnahmen wie Ausgangssperren und Quarantänepflichten. Ziel war es, besonders gefährdete Personen zu schützen und eine Überlastung der Spitäler zu verhindern. Gleichzeitig griffen diese Massnahmen tief in Grundrechte ein – etwa in die Bewegungsfreiheit, die Versammlungsfreiheit oder das Recht auf soziale Teilhabe.

Oft sind ethische Dilemmata daher schmerzhaft Lose-lose-Situationen, denen man weder durch Berechnungen noch durch technische Lösungen



**Entscheidungen über Leben und Tod beruhen auch auf ethisch relevanten Werten.**

einfach entgehen kann. Die Triagesituation auf der Intensivstation, zu der die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften breit abgestützt Richtlinien erarbeitet hat, ist ein Beispiel für den Umgang mit ethischen Dilemmata.<sup>1</sup> Ein anderes sind die Prozesse der Zuteilung von Organen auf der Basis rechtlicher Grundlagen durch Swisstransplant.

## Unterschiedliche Ansätze

Diese drei ethischen Dimensionen erfordern jeweils eine andere Herangehensweise. Wenn wir ethische Grundlagen umsetzen wollen, müssen wir uns über gemeinsame Werte einig sein. Es braucht aber auch Strukturen, Abläufe und Ressourcen, die das ermöglichen. Es genügt nicht, nur wirtschaftlich effizient zu handeln oder sich an das gesetzliche Minimum zu halten. Damit Patientinnen und Patienten gut informiert entscheiden können, braucht es evidenzbasierte Entscheidungshilfen. Diese sollen Fachpersonen und Betroffene gemeinsam nutzen, um passende Behandlungen zu wählen – das so-

genannte Shared Decision Making. Voraussetzung dafür sind spezifische kommunikative Fertigkeiten bei den Fachpersonen sowie digitale, organisatorische und schulische Strukturen, welche die Implementierung von Shared Decision Making und eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung fördern. Dies ist in der Schweiz bisher leider nur unzureichend passiert.

Bei ethischen Problemen braucht es die Sensibilität, diese überhaupt zu erkennen, sowie den Mut, sie anzusprechen. Ebenso braucht es stabile Strukturen und rechtsstaatlich verlässliche Prozesse. Nur so lassen sich Ursachen bekämpfen, nicht nur Symptome. Und nur so bleibt die Integrität der Beteiligten gewahrt. Qualitätssicherungsmaßnahmen für eine aktive Fehlerkultur wie Speak-up-Programme, Trainings in der Kommunikation medizinischer Fehler und unerwünschter Ereignisse oder auch anonyme Meldesysteme von Beinahefehlern – die sogenannten Critical Incident Reporting Systems – tragen dazu bei.

Der Umgang mit ethischen Dilemmata ist besonders anspruchsvoll. Fachpersonen sowie poli-

<sup>1</sup> Siehe Akademie der Wissenschaften Schweiz (2023).

## Ethische Dilemmata führen oft zu Lose-lose-Situationen

Dimension	Definition	Beispiele
Ethische Grundlagen	Was moralisch motivierte Akteure weitgehend als gut betrachten	Individuelle Grundrechte achten, das Gemeinwohl fördern, sich um Bedürftige kümmern, vulnerable Gruppen schützen
Ethische Probleme	Was moralisch motivierte Akteure weitgehend als schlecht betrachten	Verletzung von Grundrechten, eigene Interessen bei medizinischen Behandlungen voranstellen, Macht ausüben, ohne Verantwortung zu übernehmen
Ethische Dilemmata	Konflikte zwischen ethisch relevanten Werten, Prinzipien und Interessen, nicht Win-win-, oft Lose-lose-Situationen	Triagesituationen, Freiheitseinschränkungen zum individuellen Schutz oder zum Schutz Dritter, Ressourcenverteilung zwischen gleichermaßen bedürftigen Gruppen

Quelle: Eigene Darstellung der Autoren / Die Volkswirtschaft

tische und wirtschaftliche Entscheidungsträgerinnen und -träger müssen erkennen, welche Werte miteinander im Konflikt stehen, und wissen, welche davon grundsätzlich schützenswert sind. Sie brauchen auch klare Verfahren, um in solchen Situationen verantwortungsvoll zu entscheiden. Denn solche Konflikte lassen sich nicht technisch oder bürokratisch lösen. Man muss sich ihnen stellen.

## Pandemieplan des Bundes

Der kürzlich veröffentlichte aktualisierte Pandemieplan des Bundes enthält nicht nur Massnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten. Ethik wird auf der obersten Strategiebene thematisiert und erhält erstmals auch ein eigenes Kapitel im Pandemieplan.<sup>2</sup> Dort sind zentrale Werte wie der Schutz der Schwächsten, Transparenz, Verhältnismässigkeit und Solidarität als Leitlinien für politische und medizinische Entscheidungen verankert.

Das Kapitel legt dar, wie ethische Dilemmata erkannt und fair abgewogen werden sollen. Es beschreibt Kriterien für prioritären Zugang zu Ressourcen wie Impfstoffen, Tests oder Intensivbetten.

Zudem betont es die Bedeutung von Beteiligung: Auch vulnerable Gruppen sollen in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Der Plan versteht sich als sogenanntes Living Document: Er wird laufend überarbeitet und von Fachpersonen aus Ethik, Medizin, Pflege, Recht und Verwaltung gemeinsam weiterentwickelt. Auch die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften sowie die Ethikkommission der Schweizerischen Pflegefachfrauen und -männer wirkten mit. Seit mehreren Jahrzehnten beziehen sie Stellung zur Frage nach einem ethisch fundierten Gesundheitswesen, zum Beispiel zur Frage nach Medikamentenpreisen oder zu den sogenannten Schwarzen Listen.<sup>3</sup>

Der Pandemieplan zeigt exemplarisch, wie ethische Prinzipien in politische und medizinische Entscheidungsprozesse integriert werden können. In vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens sind ethische Überlegungen zwar präsent, aber oft weniger sichtbar. Das System steckt in einer Krise, welche zentrale ethische und rechtliche Grundlagen nicht nur berührt, sondern auch bedroht. So sind immer mehr Menschen auf Prämienver-

<sup>2</sup> Siehe Pandemieplan des Bundes.

<sup>3</sup> Siehe NEK-CNE (2020, 2023) und ZEK (2020).

billigung angewiesen oder können ihre Ausstände bei der Krankenversicherung oder den Anbietern nicht bezahlen. Vulnerable Gruppen wie geflüchtete Menschen laufen Gefahr, keinen adäquaten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten.<sup>4</sup> Sozial und strukturell benachteiligte Menschen erkranken häufiger und sterben erheblich früher.<sup>5</sup> Dies verletzt in hohem Masse relevante Grundrechte und Gerechtigkeitsprinzipien und bedarf dringend einer Strukturreform.<sup>6</sup> Vor diesem Hintergrund gewinnen internationale Leitbilder an Bedeutung, etwa das Quintuple Aim of Healthcare oder das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, allen Menschen Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung zu ermöglichen.<sup>7</sup> Die Versorgung soll sich auf das stützen, was in Studien und Forschung als wirksam und kosteneffizient belegt ist. Gleichzeitig muss sie sich am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren und mit ihnen gemeinsam besprochen werden. Die dafür notwendigen Auswertungen und Prozesse müssen heute vielerorts noch geschaffen werden.

Die Antwort auf die Fragen nach einem ethisch fundierten Gesundheitswesen und nach der Lösung relevanter Probleme ist, dass es hierzu keine einfachen Antworten gibt. Das zeigt sich besonders deutlich in der Frage nach dem letzten freien Bett auf der Intensivstation. Verfassungsrechtlich gilt das Recht auf Leben für jeden Menschen gleichermaßen. Wenn zwei Menschen denselben medizinischen Bedarf haben, sieht die Richtlinie vor, dass der Mensch mit der schlechtesten kurzfristigen Lebensprognose trotz Intensivtherapie eine rein auf Symptome ausgerichtete Therapie erhalten sollte. Vielleicht erhält also der 75-Jährige mit einem akuten Herzinfarkt das Bett und nicht die junge Mutter mit dem vierten Rückfall ihres Blutkrebses.



Für Literaturverzeichnis  
siehe Onlineartikel

- 
- 4 Siehe Kantonsrat Thurgau (2025).
  - 5 Siehe Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan (2023) und Riou et al. (2021).
  - 6 Siehe Ackermann, P. (2025), Bürgenmeier und Stalder (2025) sowie Kistler (2025).
  - 7 Siehe Itchhaporia (2021) und Weltgesundheitsorganisation (2025).



**Tanja Krones**

Prof. Dr. med., Leitende Ärztin  
Klinische Ethik, Institut für Bio-  
medizinische Ethik und Medizin-  
geschichte, Universität Zürich

# Das goldene Zeitalter der Medizin

Die Medizin hat sich in den letzten 200 Jahren rasant verändert. Was als Fortschritt gilt, ist aber oft eine Frage der zeitlichen Perspektive.

---

Flurin Condrau, Leander Diener, Universität Zürich

**D**ie schweizerische Gesundheitswirtschaft – also die Pharma- und die Medizinproduktebranche – erlebt seit Längerem ein goldenes Zeitalter: Die Umsätze steigen, und die Nachfrage nach Gesundheitsprodukten wie Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln ist ungebrochen. Die Medizin erfreut sich im Wesentlichen seit über 200 Jahren einer ungebremsen Fortschrittseuphorie. Hierbei wird gern auf vergangene Perioden zurückgeblickt mit einem gewissen Mitleid, dass moderne Errungenschaften nicht schon damals eingesetzt werden konnten.

Die moderne Medizingeschichte fragt nicht nur nach Fortschritt, sondern zeigt, dass Medizin vom jeweiligen Zeitgeist geprägt ist. Von einem goldenen Zeitalter spricht man dann, wenn Medizin und Gesellschaft grosse Erwartungen an neue Entwicklungen knüpfen. Je nachdem, wen man fragt, fällt die Antwort anders aus. Der Historiker Ronald D. Gerste nennt die Jahre 1840 bis 1914 – eine Phase tiefgreifender Umbrüche in der wissenschaftlichen Medizin.<sup>1</sup> Er verweist auf bahnbrechende Entdeckungen wie Antisepsis, Anästhesie, Röntgenstrahlung und Bakteriologie. In dieser Zeit wurden wichtige Weichen gestellt. Allerdings waren diese grossen Konzepte vorerst praktisch irrelevant: Man konnte etwa Keime erkennen, aber es gab noch keine Antibiotika und nur beschränkt Impfungen, um sie zu bekämpfen.

Der in Harvard lehrende Historiker Charles Rosenberg nannte ungefähr dieselbe Phase das Zeitalter einer therapeutischen Revolution: Die wissenschaftliche Medizin in Verbindung mit den

genannten Entdeckungen verhiess einen Siegeszug der modernen Medizin, was mit neuen Therapiekonzepten einherging.<sup>2</sup> Im Rahmen der therapeutischen Revolution rückten krankheitsspezifische und objektiv nachweisbare Ursachen für die Behandlung von Krankheiten ins Zentrum. Für Rosenberg lag der Umbruch aber nicht einfach in neuen Heilmethoden, sondern darin, dass sich eine naturwissenschaftlich geprägte Medizin durchsetzte – mit Fachbegriffen und Konzepten, die Laien kaum verstanden. Die neuen Fachbegriffe und Konzepte bedingten, dass die Menschen dieser neuen wissenschaftlichen Medizin vertrauten. Dieses Vertrauen bildet bis heute das Fundament: Auch wenn es alternative Heilansätze gibt, dominiert weiterhin die spezialisierte, wissenschaftliche Medizin.

## Therapien blieben lange nutzlos

Der britische Sozialmediziner Thomas McKeown argumentierte, dass die meisten Therapien bis weit in das 20. Jahrhundert hinein kaum Einfluss auf die Lebenserwartung hatten, die in Europa damals enorm zunahm. Stattdessen sah er den Hauptgrund in gesellschaftlichen Veränderungen und dem wachsenden Lebensstandard.<sup>3</sup> McKeown gilt damit als Vordenker des Konzepts der sozialen Determinanten von Gesundheit: Die soziale Lage – also beispielsweise Wohnverhältnisse und Ernährung – hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit des Einzelnen. Wie gross der Beitrag eines Gesundheitswesens zur Entwicklung der Lebenserwartung war, bleibt aller-

---

1 Siehe Gerste (2021).

2 Siehe Rosenberg (1977).

3 Siehe McKeown (1979).

Das Antibiotikum Penicillin ist eine der bedeutendsten Errungenschaften in der Medizin. Gewonnen wird es aus dem Pilz *Penicillium chrysogenum*.



dings eine schwierig zu beantwortende medizin-historische Frage.

Ab 1945 gab es vermehrt Innovationen, etwa im Bereich der Pharmakotherapie – der medizinischen Behandlung mit Medikamenten: Zu den wichtigsten pharmazeutischen Innovationen gehören Antibiotika wie Penicillin oder der Einsatz von Cortison. Später aber auch in der technischen Entwicklung der Medizin: Zu den aufsehenerregenden Innovationen gehören beispielsweise der Herzschrittmacher oder das Cochlea-Implantat (siehe Abbildung auf S. 40).<sup>4</sup> Dadurch wurden die Grundlagen des Kampfs gegen viele Krankheitsgruppen ganz neu aufgebaut. Selman Waksman, der Nobelpreisträger und Entdecker des Antibiotikums Streptomycin, sprach 1952 in sei-

ner Nobelpreisrede von einer medizinischen Revolution. Auch in der Psychiatrie setzte damals ein Wandel ein. Neue Medikamente ermöglichten erstmals eine wirksame Behandlung und führten langfristig zum Rückgang grosser psychiatrischer Anstalten.<sup>5</sup>

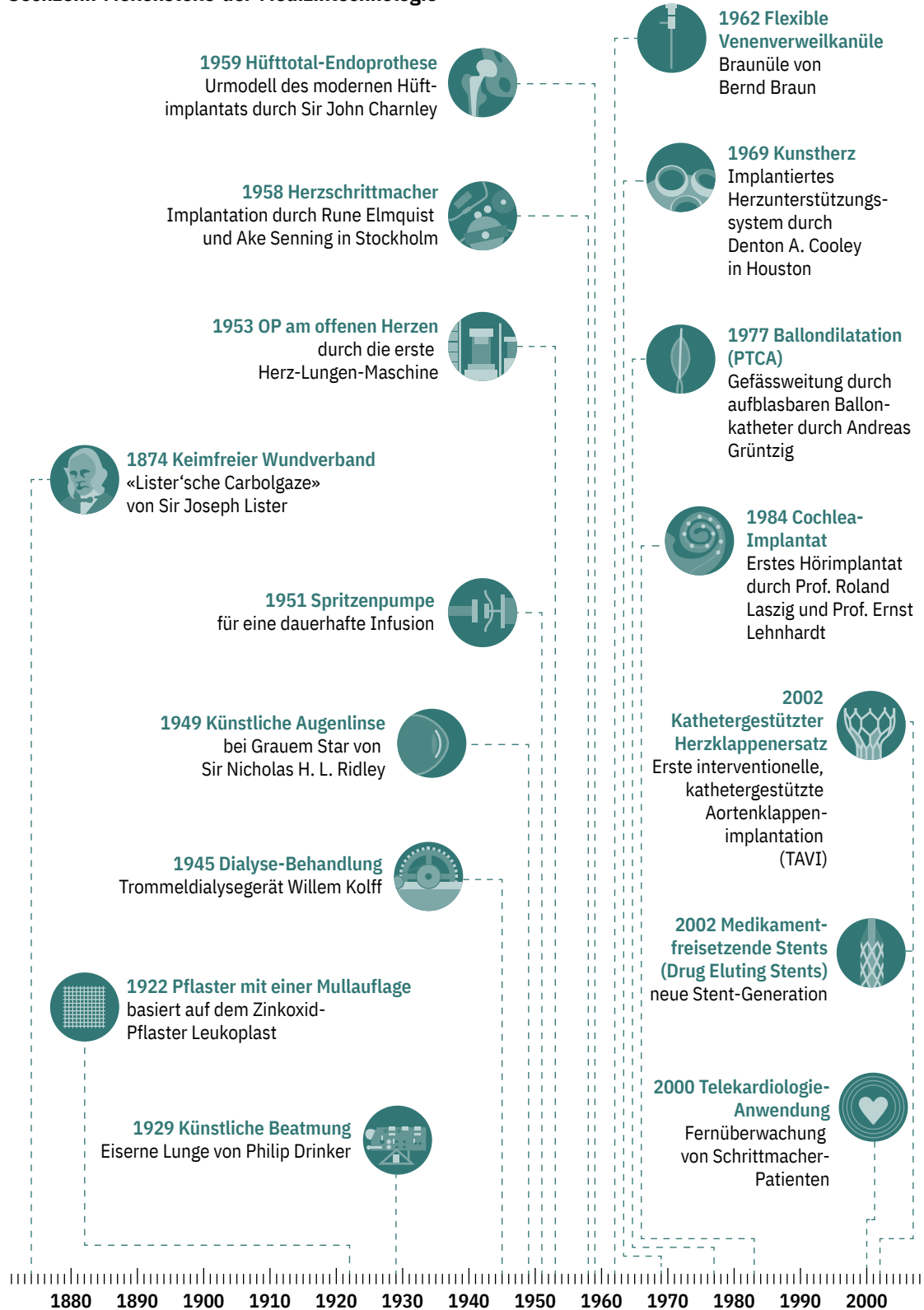
## Moderne Medizin schafft Krankheiten

Man kann also sagen: Die 1950er- und 1960er-Jahre kamen der Vorstellung goldener Jahre in der Medizin recht nahe. Krankheiten, die man vorher kaum kannte oder die schlicht als unheilbar galten, wurden behandelbar. Auch die Lebenserwartung er-

<sup>4</sup> Siehe Greene, Condrau und Siegel Watkins (2016).

<sup>5</sup> Siehe Healy (1997).

## Sechzehn Meilensteile der Medizintechnologie



höhte sich noch einmal deutlich. Trotzdem blieb die Frage offen, wie dieser Fortschritt einzuordnen ist, besonders wenn man ihn nicht nur aus Sicht der Medizin, sondern auch gesellschaftlich betrachtet. Krankheiten waren nämlich nie nur körperliche Phänomene, sondern immer mit gesellschaftlichen Austauschprozessen verbunden: Quecksilber galt lange als wirksames Heilmittel etwa gegen Syphilis oder als Entwurmungsmittel. Trotz seiner schädlichen Wirkung kam es bis ins 20. Jahrhundert bei vielen Krankheiten zum Einsatz. Es steht beispielhaft für eine Therapieform, die gesellschaftlich breit akzeptiert war, gleichzeitig aber auch krank machte.

Für den Theologen und Medizinkritiker Ivan Illich war auch die moderne Medizin keineswegs ein goldenes Zeitalter, in dem allein das Wohl der Erkrankten im Zentrum stand.<sup>6</sup> Vielmehr sprach er in den 1970ern von einer Nemesis der modernen Medizin: Die moderne Medizin produziere mit all ihren diagnostischen und therapeutischen Mitteln immer mehr Krankheitsfälle gleich selbst. Vor allem deshalb, weil sie immer mehr Lebensbereiche in den Gesundheitsmarkt einverleibe: Im Zuge einer umgreifenden Medikalisation würden beispielsweise Geburt und Tod zunehmend medizinisch definiert und der persön-

lichen Bedeutungsebene entzogen. Illichs Reaktion auf die Fortschritte der Medizin in den Nachkriegsjahren stellt daher die wichtige Frage, aus wessen Perspektive die Definition eines goldenen Zeitalters zutrifft. Dies erinnert daran, dass die ungebremschte Fortschrittseuphorie der modernen Medizin ein historisches Phänomen ist und damit gesellschaftlicher Verhandlung unterliegt.

---

### Literatur

- Bundesverband Medizintechnologie – BVMed (2024). Geschichte der Medizintechnik – Meilensteine der Medizintechnologien.
- Gerste, R.D. (2021). Die Heilung der Welt. Das Goldene Zeitalter der Medizin 1840–1914, Stuttgart.
- Greene, J., Condrau, F. und E. Siegel Watkins (Hg.) (2016). Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century, Chicago: University of Chicago Press.
- Healy, D. (1997). The Antidepressant Era, Harvard: University Press.
- Illich, I. (2022). Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, München. 1975.
- McKeown, T.R. (1979). The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? Princeton University Press.
- Rosenberg, C.E. (1977). The Therapeutic Revolution: Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth-Century America, in: Perspectives in Biology and Medicine 20: 485–506.

---

<sup>6</sup> Siehe Illich (2022).



**Flurin Condrau**

Professor für Medizingeschichte,  
Universität Zürich



**Leander Diener**

Dr. phil., Lehrbeauftragter des  
Historischen Seminars, Univer-  
sität Zürich

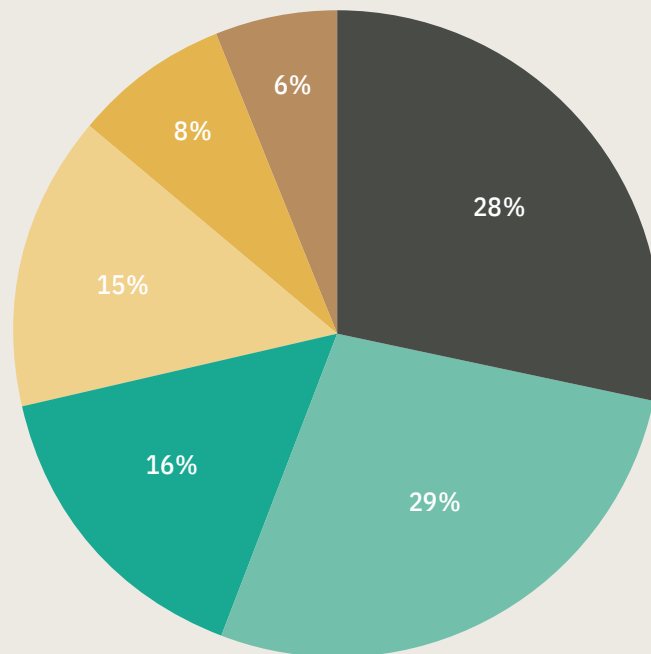
# Drei von vier Studierenden jobben nebenbei

Rund 2000 Franken pro Monat – so viel Geld brauchen Studierende, die nicht mehr zu Hause wohnen. Etwa die Hälfte davon zahlen die Eltern. Den Rest verdienen sich 72 Prozent der Studierenden nebenbei.

## Nur 28 Prozent der Studierenden arbeiten nicht (2024)

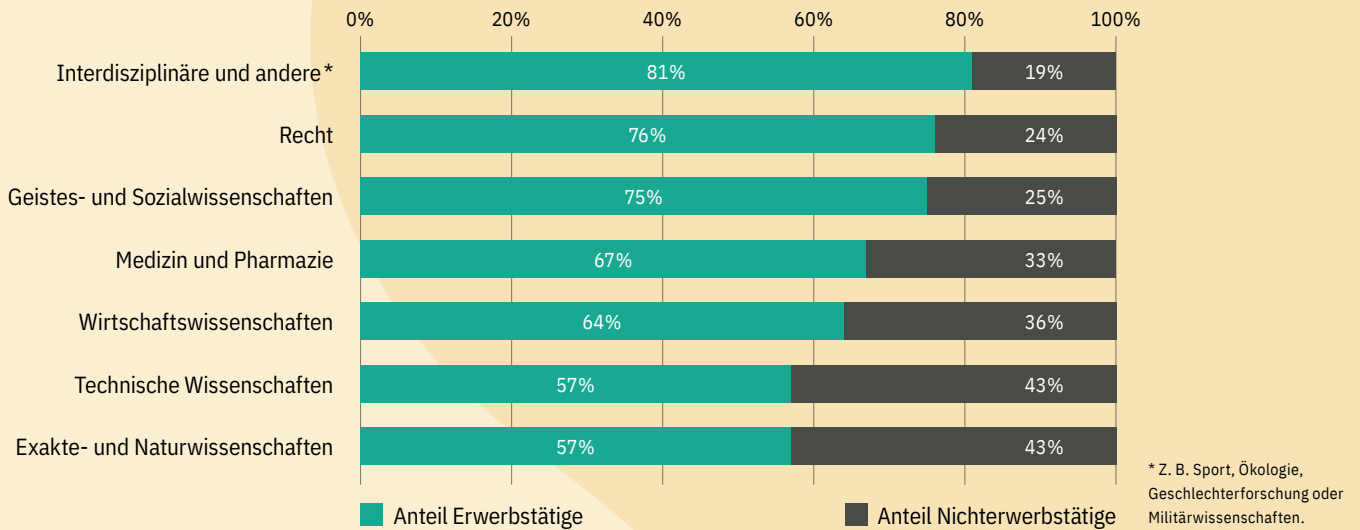
Die Quote der erwerbstätigen Studierenden an Universitäten, ETHs und Fachhochschulen ist seit 2005 von 78% auf 72% zurückgegangen. Allerdings arbeiten heute mehr Studierende als damals mehr als zwei Tage pro Woche.

- keine Erwerbstätigkeit
- bis 1 Tag
- 1–2 Tage
- 2–3 Tage
- 3–4 Tage
- mehr als 4 Tage



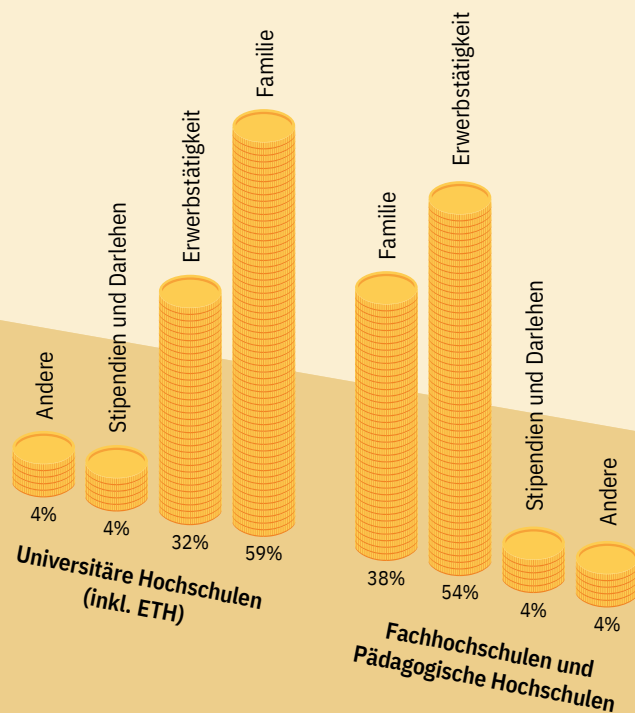
## Studierende von interdisziplinären Fächern und der Rechtswissenschaften sind am häufigsten erwerbstätig

An Universitäten und Eidgenössischen Technischen Hochschulen ist die Erwerbstätigenquote bei Studierenden interdisziplinärer Fächer und von Recht am höchsten. Am geringsten ist sie bei Exakten und Technischen Wissenschaften sowie den Naturwissenschaften.



## Die Familie bleibt eine wichtige Geldquelle

Im Schnitt finanzieren die Eltern rund die Hälfte der Ausgaben. Allerdings gibt es Unterschiede: Bei Studierenden an Unis und ETHs sind es 59%, bei Studierenden an Fach- und Pädagogischen Hochschulen nur 38%. Stipendien und Darlehen machen im Schnitt zwar nur 4% des Budgets aus, doch rund jeder vierte Studierende hat einen Antrag dafür gestellt. Rund 11% haben letztlich ein Stipendium oder ein Darlehen erhalten.



Gemäss der ETH Zürich beträgt das monatlich notwendige Minimalbudget eines Zürcher ETH-Studenten rund 2350 Franken.

Miete und Essen machen ungefähr 65% des Gesamtbudgets aus.

Schweizweit wohnen 40% der Studierenden noch zu Hause.

Wenn die übrigen Nationen weiterhin die Regeln befolgen,  
kann das regelbasierte Handelssystem überleben.



# Ist das regelbasierte Handelssystem am Ende?



Richard Baldwin ist Professor für internationale Ökonomie am International Institute for Management Development (IMD) in Lausanne

## Wie tiefgreifend ist das weltweite Handelssystem durch die neuen US-Zölle erschüttert?

Die einzige wirklich bedeutende Veränderung besteht darin, dass sich die USA, die ehemalige Hüterin des Handelssystems, vollständig aus diesem zurückgezogen haben. Dies ist kein Versuch, den Welthandel neu zu gestalten. Es ist lediglich ein Versuch der US-Regierung, mit der Erhöhung von Zöllen alle Regeln zu ignorieren und alle Handelsversprechen zu brechen, die die USA jemals gemacht haben. Glücklicherweise ist kein anderes grosses Handelsland diesem Regelverstoss gefolgt.

## Wird das regelbasierte globale Handelssystem somit überleben?

Die USA machen weniger als 15 Prozent der weltweiten Importe aus. Daher ist es entscheidend, dass die Nationen, die die restlichen 85 Prozent ausmachen, weiterhin die Regeln befolgen. Wenn sie dies tun oder sich zumindest darum bemühen, wird das regelbasierte System überleben. Es sind schliesslich die WTO-Regeln, die verhindert haben, dass der US-Protektionismus zu einem globalen Protektionismus eskaliert ist.

## In der Nachkriegszeit haben die Länder von Zollsenkungen profitiert. Wie entwickelt sich das globale Handelssystem zukünftig?

Der Protektionismus der USA wird bestehen bleiben. In meinem aktuellen E-Book «The Great Trade Hack» schreibe ich, dass die USA – im Gegensatz zu früher – eher zögerlich oder sogar feindselig gegenüber dem Handel sind. Dies ist mittlerweile ein parteiübergreifender Konsens. Selbst wenn 2028 ein demokratischer Präsident gewinnt, glaube ich, dass ein Grossteil der von Trump eingeführten Zölle bestehen bleibt. Wir steuern meiner Meinung nach auf eine Welt zu, in der die USA mit ihren hohen Zöllen eine Ausnahme bilden. Dies wird die USA zu einer noch geschlosseneren Wirtschaft mit geringeren Importen und Exporten im Verhältnis zum BIP machen.

## Gibt es also keine allgemeine Tendenz zum Protektionismus?

Der neue Schutz ausserhalb der USA wurde grösstenteils mit WTO-konformen Mitteln wie Antidumpingzöllen erreicht. Ebenso gab es auch neue Handelsliberalisierungen, etwa zwischen China und Brasilien oder zwischen Grossbritannien und Indien.

## Sie haben in einem Interview gesagt, dass der Handelskonflikt Chinas Position auf Kosten der USA stärke. Warum?

Bis April 2025 wurden die zunehmenden geopolitischen Spannungen hauptsächlich als Handelskrieg zwischen den USA und China betrachtet. Aber jetzt sieht es vielmehr nach einem Konflikt zwischen den USA und dem Rest der Welt aus. Ebenso untergräbt die chaotische US-Handelspolitik das Vertrauen der Nationen in alles, was die USA versprechen. All dies lässt China als Handelspartner zuverlässiger und stabiler erscheinen.

*Interview: Die Volkswirtschaft*

# Schweizer Wettbewerbspolitik: Eine kurze Tour d'Horizon

Die Schweiz hat keine lange wettbewerbsrechtliche Tradition. Nun stehen mehrere Neuerungen an.

---

Andreas Maschmer, Seco

**I**m internationalen Vergleich hat die Schweiz keine lange wettbewerbsrechtliche Tradition. Während die USA bereits in 1890er-Jahren mit dem Sherman Act ein erstes Kartellrecht schufen, folgten die meisten europäischen Staaten erst ab den 1950er-Jahren. Die Schweiz führte 1963 ein erstes Kartellgesetz ein, doch die Idee, Wettbewerb zu fördern, war diesem noch fremd. Vielmehr wollte man in erster Linie verhindern, dass Kartelle Dritte vom Wirtschaftsleben ausschliessen. Konkret bedeutete dies, dass ein Unternehmen, das noch nicht Mitglied eines Kartells war, einen Aufnahmeanspruch haben konnte. Kartelle waren nicht nur geduldet, sondern wurden ausdrücklich gefördert, insbesondere um einen als ruinös empfundenen Wettbewerb zu verhindern.

Zwar schuf der Gesetzgeber damals bereits eine Kartellkommission, diese sowie das ihr unterstellte Sekretariat hatten allerdings keinerlei Interventionsmöglichkeiten. Ihre Aufgabe beschränkte sich vielmehr darauf, Erhebungen der schweizerischen Kartelllandschaft durchzuführen sowie Empfehlungen und Gutachten im Bereich der Wettbewerbspolitik zu verfassen.

Die erste Kartellgesetzrevision 1981 änderte hieran nichts Wesentliches. Die Konsumentinnen und Konsumenten waren weiterhin täglich mit Kartellen konfrontiert. Das bekannteste war wohl das Schweizer Bierkartell: Von 1935 bis 1991 regulierten nahezu sämtliche Schweizer Brauereien (mit wenigen Ausnahmen) flankiert durch hohe Zölle den Biermarkt

umfassend – neben Preisen und Gebieten wurden so etwa auch die Flaschengrösse und die Stammwürze abgesprochen. Insbesondere durch eine erhebliche Reduktion des Grenzschutzes wurden die Schweizer Brauereien in gewissem Masse echtem Wettbewerb ausgesetzt. Die meisten von ihnen konnten in der Folge nicht erfolgreich mit den bereits seit Langem wettbewerbsorientierten ausländischen Brauereien konkurrieren. Das führte schlussendlich zur Auflösung des Bierkartells.

## EWR-Nein befeuert modernes Kartellgesetz

Nachdem die Schweizer Bevölkerung 1992 den Beitritt zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) abgelehnt hatte, lancierte der Bundesrat ein Programm zur «marktwirtschaftlichen Erneuerung». Dieses führte unter anderem zur Totalrevision des Kartellgesetzes (KG) und damit zu einem Kartellrecht, das dem wirksamen Wettbewerb verpflichtet war. Doch nur wenige Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes im Sommer 1996 zeigte sich ein erster Schönheitsfehler: Über Jahre unterhielten Vitaminhersteller aus mehreren Ländern umfassende Preisabsprachen, die weltweit zu einer Vielzahl kartellrechtlicher Verfahren führten. Allein für das Schweizer Unternehmen Roche endeten diese mit ausländischen Sanktionen von über drei Milliarden Franken. Die



Bis 1991 verhinderte ein Kartell beinahe jeglichen Wettbewerb zwischen Schweizer Brauereien. Nahaufnahme einer Hopfenpflanze.

EU-Kommission sprach vom «schlimmsten Kartell», gegen das sie bis anhin jemals ermittelt habe.

Die Schweiz war damals das einzige Land, welches keine Sanktionen aussprechen konnte. Der Bundesrat hielt in seiner Medienmitteilung zum Verbot des Vitaminkartells in der Schweiz treffend fest, die Wettbewerbskommission (Weko) könne nur «feststellen, dass das Kartell auch in der Schweiz existiert hat». Diese unbefriedigende Situation führte zu mehreren parlamentarischen Vorstössen, die ab 2004<sup>1</sup> direkte Sanktionen ermöglichten. Damit fand vor 21 Jahren der eigentliche Paradigmenwechsel der Schweizer Wettbewerbsgesetzgebung statt. Im Schweizer Kartellrecht gilt spätestens seitdem: Nach der Revision ist vor der Revision.

## Eine Evaluation offenbart Handlungsbedarf

Der Bundesrat lancierte im Auftrag des Parlaments bald darauf eine breit angelegte Evaluation des Kartellgesetzes, die zu einer umfassenden Revision des Gesetzes führen sollte. Das Parlament reichte das vom Bundesrat 2012 vorgeschlagene ambitionierte Paket<sup>2</sup> durch ein umstrittenes Anliegen an: Der Einkauf von Gütern und Dienstleistungen im Ausland sollte erleichtert werden.

Spätestens dieses Anliegen führte dazu, dass das Fuder überladen wurde. Aufgrund des zweimaligen Nichteintretens des Nationalrats 2014 scheiterte diese KG-Revision.

In der Folge nahmen zahlreiche parlamentarische Vorstösse Teile der gescheiterten Revision wieder auf – hatten aber oft keinen Erfolg. Bis zur Volksinitiative «Stop der Hochpreisinsel – für faire Preise (Fair-Preis-Initiative)», die 2017 eingereicht wurde. Sie forderte die Einführung der relativen Marktmacht in das Kartellgesetz sowie ein Verbot von unfreiwilligen Umleitungen von Kunden aus der Schweiz zu (häufig teureren) Schweizer Websites (privates Geoblocking). Mit einem indirekten Gegenvorschlag übernahmen die Räte die Forderungen der Initianten fast vollumfänglich – eine sehr seltene Reaktion des Parlaments auf eine Volksinitiative. Die neuen Regelungen traten Anfang 2022 in Kraft. Die Volksinitiative wurde daraufhin zurückgezogen.

## Weitere Teilrevision steht an

Aktuell beschäftigt sich das Parlament mit einer weiteren Teilrevision des Kartellgesetzes. Das Kernelement dieser Vorlage ist die Modernisierung der schweizerischen Zusammenschlusskontrolle durch Anpassung der Prüfmethode an die internationalen

1 Siehe Botschaft vom 7. November 2001 über die Änderung des Kartellgesetzes. BBl 2002 2022.

2 Siehe Botschaft vom 22. Februar 2012 zur Änderung des Kartellgesetzes und zum Bundesgesetz über die Organisation der Wettbewerbsbehörde, BBl 2012 3905.

wettbewerbsökonomischen Standards. Darüber hinaus schlägt der Bundesrat Verbesserungen des Kartellzivilrechts vor, sodass insbesondere die von einem Kartell Geschädigten (Private, Unternehmen und staatliche Stellen) einfacher Schadenersatz einfordern können. Schliesslich soll das Widerspruchsverfahren praxistauglicher werden. Letzteres ermöglicht es den Unternehmen, Verhaltensweisen durch die Wettbewerbsbehörden auf ihre Kartellrechtskompatibilität überprüfen zu lassen. Diese drei Elemente waren bereits Gegenstand der gescheiterten Revision 2012–2014 und damals weitgehend unbestritten. Schliesslich beinhaltet die aktuelle Vorlage Umsetzungsvorschläge dreier parlamentarischer Vorstösse.<sup>3</sup>

Im Rahmen der Vernehmlassung zur KG-Teilrevision forderten breite Kreise auch eine Reform der Wettbewerbsbehörden (Weko und ihr Sekretariat). Der Bundesrat nahm diese Forderung auf, und das Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) hat verschiedene Reformmöglichkeiten geprüft. Die Vernehmlassung dazu läuft zurzeit.

## Weko soll staatliche Beihilfen verstärkt prüfen

Eine weitere bedeutende und umfangreiche wettbewerbsrechtliche Anpassung betrifft das Verhandlungspaket Schweiz – EU. In diesem Rahmen sollen die Kompetenzen der Weko bei der Prüfung

staatlicher Beihilfen ausgebaut werden. Während sie heute lediglich die Vergabe von staatlichen Beihilfen im Luftverkehrsabkommen prüft, soll sie dies künftig auch bei weiteren Binnenmarktverträgen (Strom und Landverkehr) tun. Darüber hinaus sollen insbesondere Konkurrenten gegen unzulässige staatliche Beihilfen gerichtlich vorgehen können. Der Vorschlag des Bundesrats befindet sich gegenwärtig ebenfalls in der Vernehmlassung.

Auch die Übernahme der Credit Suisse durch die UBS beschäftigt den Bundesrat zurzeit: Im Rahmen der Beantwortung des Postulats<sup>4</sup> der Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats (WAK-N) wird er einerseits beantworten, ob die kartellrechtlichen Rahmenbedingungen bei Zusammenschlüssen von Banken angepasst werden müssen. Andererseits wird er prüfen, inwiefern die Einführung von Sektoruntersuchungen für die Weko und den Preisüberwacher sinnvoll sind.

## Der Reformdruck bleibt hoch

Nach einigen Jahren des weitgehenden gesetzgeberischen Stillstands könnte nun der Moment gekommen sein, in dem das Schweizer Kartellrecht einen Modernisierungsschub erhält. Zudem könnten in naher Zukunft Regeln für die Vergabe staatlicher Beihilfen den Wettbewerb in gewissen Sektoren in der Schweiz intensivieren. Somit sind erstmals seit über zwanzig Jahren gewichtige Änderungen der Schweizer Wettbewerbsgesetzgebung absehbar.

<sup>3</sup> Siehe die Motionen 16.4094 Fournier, 18.4282 Français und 21.4189 Wicki.

<sup>4</sup> Siehe Postulat 23.3444.



**Andreas Maschemer**

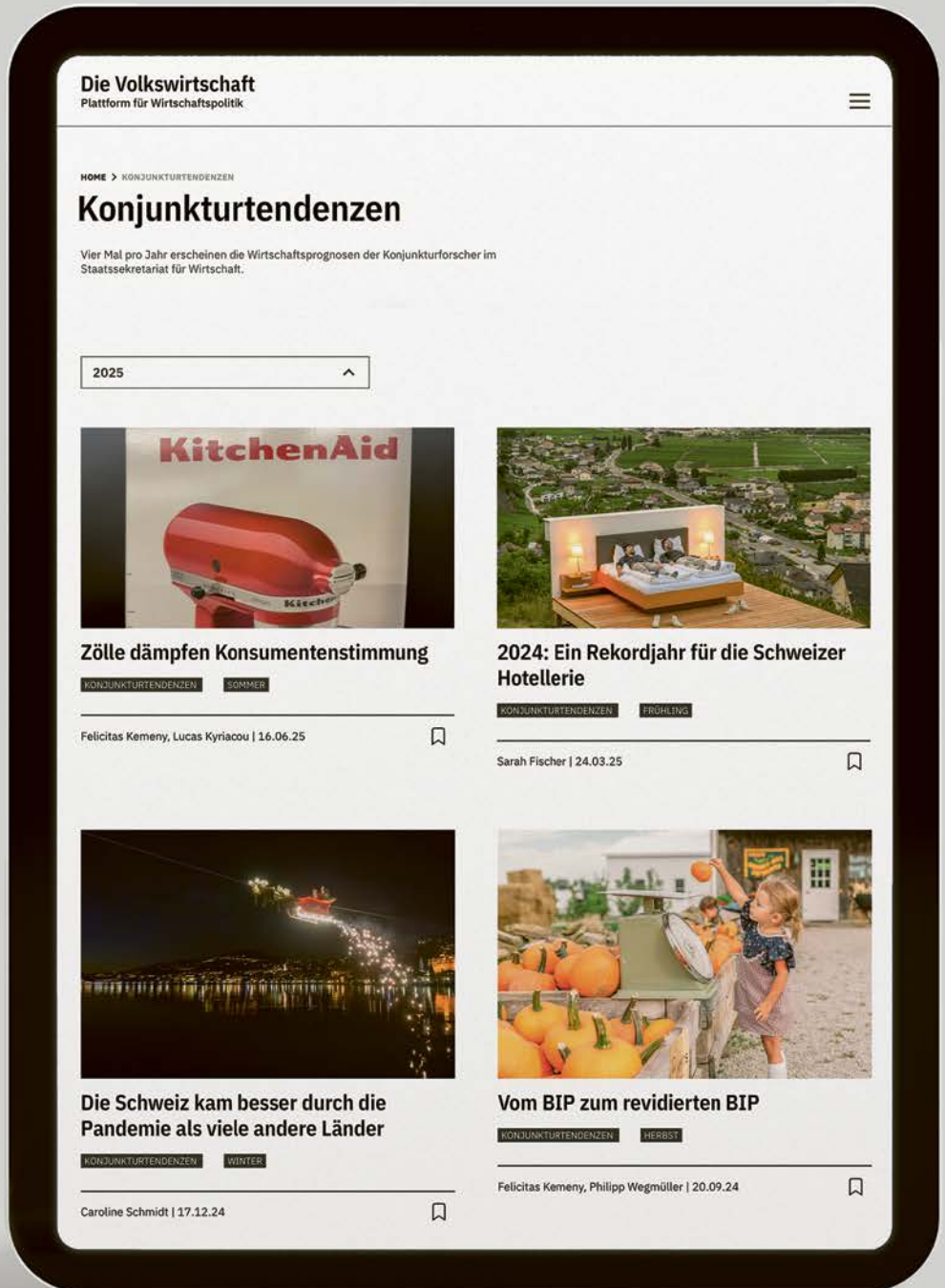
Dr. iur., wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ressort Wachstum und Wettbewerbspolitik, Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), Bern

# Was macht die Schweizer Konjunktur?

dievolkswirtschaft.ch/  
konjunkturtenendenzen



 Die Volkswirtschaft




**Die Volkswirtschaft**  
Plattform für Wirtschaftspolitik

HOME > KONJUNKTURTENENDENZEN

## Konjunkturtenendenzen

Vier Mal pro Jahr erscheinen die Wirtschaftsprognosen der Konjunkturforscher im Staatssekretariat für Wirtschaft.


2025



### Zölle dämpfen Konsumentenstimmung

KONJUNKTURTENENDENZEN SOMMER


Felicitas Kemeny, Lucas Kyriacou | 16.06.25



### 2024: Ein Rekordjahr für die Schweizer Hotellerie

KONJUNKTURTENENDENZEN FRÜHLING


Sarah Fischer | 24.03.25



### Die Schweiz kam besser durch die Pandemie als viele andere Länder

KONJUNKTURTENENDENZEN WINTER

Caroline Schmidt | 17.12.24



### Vom BIP zum revidierten BIP

KONJUNKTURTENENDENZEN HERBST

Felicitas Kemeny, Philipp Wegmüller | 20.09.24



# Deutschland lockert seine Schuldenbremse

Deutschland erlaubt eine höhere Neuverschuldung für Verteidigung und Infrastruktur. Damit ändert die Regierung ihre Finanzpolitik grundlegend.

Thomas Brändle, Benjamin Lerch, Samuel Schmassmann, EFV

Nach der Bundestagswahl Ende Februar 2025 beurteilte Friedrich Merz die sicherheits- und finanzpolitische Lage Deutschlands neu. Auslöser dafür waren die geopolitischen Entwicklungen und insbesondere die veränderte Haltung der USA zur internationalen Sicherheitsordnung. Dies führte zu einem Richtungswechsel in der deutschen Finanzpolitik: Die Regierung beschloss eine Lockerung der Schuldenbremse für Verteidigungsausgaben und die Einrichtung eines Sondervermögens für Infrastruktur. Damit sollen einerseits Landes- und Bündnisverteidigung gestärkt und andererseits deutlich mehr in die Infrastruktur investiert werden. Zudem sollen die Bundesländer und Kommunen gestärkt werden. Insgesamt sollen die damit verbundenen Investitionen das Wachstumspotenzial der stagnierenden deutschen Wirtschaft langfristig erhöhen.

## Richtungswechsel in der deutschen Finanzpolitik

Zentrales Element des Richtungswechsels in der Finanzpolitik ist die Reform der im Grundgesetz verankerten Schuldenbremse. Mit der Reform sind neu Ausgaben für die Verteidigung, die 1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) überschreiten, von der Schuldenbremse ausgenommen. Zudem dürfen neu auch die Länder eine strukturelle – also eine um die

konjunkturelle Entwicklung bereinigte – Nettoneuverschuldung von 0,35 Prozent des Bruttoinlandsprodukts tätigen. Bisher war das nur für den Bund möglich.<sup>1</sup>

Zusätzlich wurde ein Sondervermögen in der Höhe von 500 Milliarden Euro über eine Laufzeit von zwölf Jahren für die Infrastruktur beschlossen. Diese zusätzliche Kreditfinanzierung soll den Ausbau und die Erneuerung der Verkehrswege und der Energieinfrastruktur ermöglichen. Auch sollen damit Digitalisierung und Forschung vorangetrieben sowie in Gesundheit, Betreuung und Bildung investiert werden. Von den 500 Milliarden Euro gehen 100 Milliarden direkt an Bundesländer und Kommunen, weitere 100 Milliarden in den Klima- und Transformationsfonds, um das Ziel der Klimaneutralität bis 2045 zu unterstützen.

Diese Entscheide erweitern den finanziellen Spielraum Deutschlands erheblich: Künftig kann der Bund die jährlichen öffentlichen Ausgaben um bis zu 4 Prozent des BIP erhöhen. Das hat voraussichtlich auch Auswirkungen auf die Schuldenquote – also die Staatsschulden im Verhältnis zur gesamten Wirtschaftsleistung eines Landes (BIP).

Seit der Einführung der Schuldenbremse für das Budgetjahr 2011 ist die Schuldenquote Deutschlands von 80 Prozent des BIP auf 62,5 Prozent im Jahr 2024 gesunken (siehe Abbildung auf S. 52). Gemäss Expertenschätzungen könnte sie aufgrund

1 Anders als die deutsche Schuldenbremse strebt die schweizerische Schuldenbremse einen mittelfristig ausgeglichenen Haushalt an. Damit zielt sie auf eine Stabilisierung der nominalen Schulden. Sie ist damit strenger als die deutsche Schuldenbremse.



Nach Jahren des Sparens investiert Deutschland wieder mehr in seine Infrastruktur. Abriss einer veralteten Autobahnbrücke in Berlin.

der Reform bis 2030 auf rund 70 bis 90 Prozent ansteigen – je nachdem, wie stark Deutschland den neuen fiskalischen Spielraum ausschöpft und wie stark die Wirtschaft wächst.<sup>2</sup> Denn insbesondere höhere Verteidigungsausgaben können das Wirtschaftswachstum positiv beeinflussen.

## Wirtschaftspolitische Einschätzungen

Wirtschaftspolitische Stimmen in Deutschland reagierten unterschiedlich auf die finanzpolitische Wende. Es herrscht weitestgehend Konsens über den Investitionsbedarf und die sicherheitspolitischen Herausforderungen, die kreditfinanzierte Mehrausgaben rechtfertigen. So begrüßen renommierte Institute wie das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung und das Kiel Institut für Weltwirtschaft den finanzpolitischen Richtungswechsel.<sup>3</sup> Zusätzliche Verteidigungsausgaben können die Wirtschaft kurzfristig ankurbeln und gleichzeitig das langfristige

Wirtschaftswachstum stärken – sofern sie auch in Forschung und Entwicklung zukunftsgerichteter Technologien fließen.

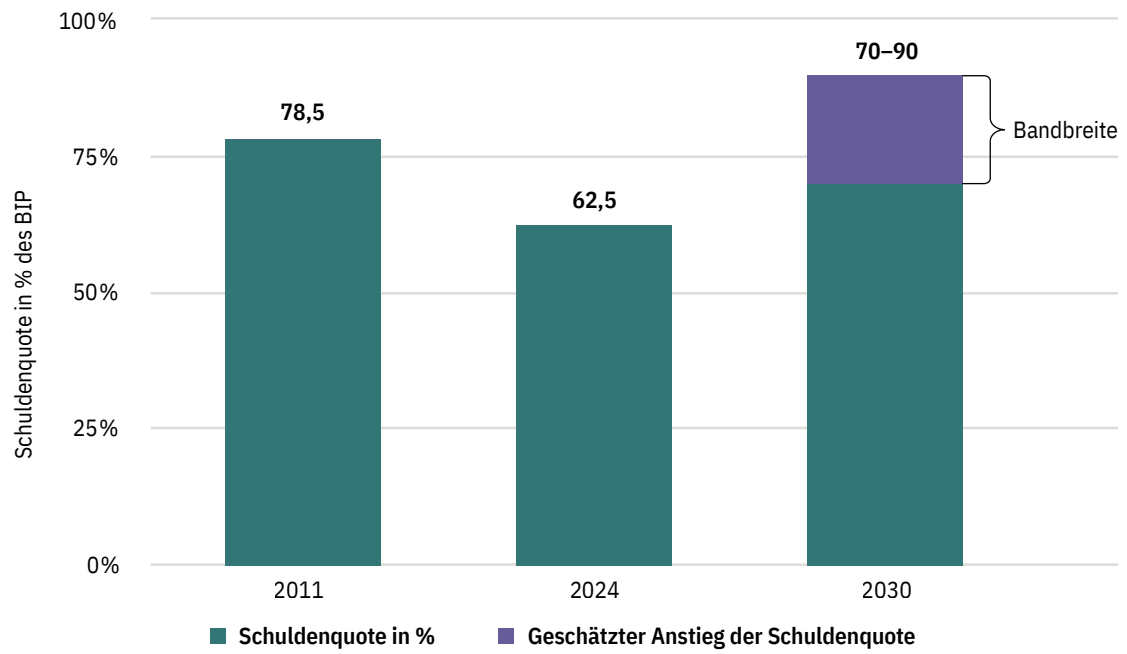
Die Kritik an der Reform der Schuldenbremse und dem neuen Sondervermögen bezieht sich vor allem auf deren Ausgestaltung und die langfristigen fiskalischen Auswirkungen. So wird kritisiert, dass verbindliche Vorgaben fehlen, um zu vermeiden, dass Kernaufgaben des Staats – wie Verteidigung und öffentliche Investitionen – dauerhaft mit Schulden finanziert werden. Auch fehlt es an Vorkehrungen, um sicherzustellen, dass die zusätzlichen Mittel gezielt und in Abgrenzung zum regulären Haushalt verwendet werden.<sup>4</sup> Die Möglichkeit einer unbegrenzten Schuldenfinanzierung für Verteidigungsausgaben sendet zwar ein glaubwürdiges Signal zur Stärkung der Verteidigungsfähigkeit, sie senkt jedoch zugleich Anreize für einen effizienten Mitteleinsatz. Hinzu kommen Bedenken, dass aufgrund der schuldenfinanzierten wirtschaftlichen Impulse wichtige strukturelle Reformen in Bereichen wie Bürokratieabbau, Altersvorsorge und Gesundheitswesen nur zögerlich

<sup>2</sup> Siehe beispielsweise Bruegel (2025), Büttner (2025), IfW Kiel (2025), SVR (2025), Feld, Grimm und Wieland (2025) sowie ZEW (2025).

<sup>3</sup> Siehe Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2025) und Kiel Institut für Weltwirtschaft (2025).

<sup>4</sup> Siehe Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (2025).

## Die Verschuldung Deutschlands könnte bis auf 90 Prozent des BIP ansteigen



Quelle: OECD / eigene Darstellung der Autoren auf Grundlage der Bandbreite potenzieller Entwicklungen der Schuldenquote gemäss Experteneinschätzungen / Die Volkswirtschaft

angegangen werden.<sup>5</sup> Zudem dürfte die steigende Anzahl an Sondervermögen die Budgettransparenz senken und somit die parlamentarische Budgetkontrolle erschweren.

5 Siehe Ifo Institut (2025).

6 Siehe Bruegel (2025), Oxford Economics (2025) und Internationaler Währungsfonds (2025).

7 Siehe Economic and Fiscal Governance auf Economy-finance.ec.europa.eu.

8 Siehe Büttner (2025).

9 Siehe Feld et al. (2025).

10 Siehe zum Beispiel Motion Addor 25.3408.

### EU-Fiskalregeln sind strenger

International wurde die finanzpolitische Wende mehrheitlich begrüsst.<sup>6</sup> Erhofft werden positive Wachstumsimpulse für die stagnierende deutsche Wirtschaft, welche auch auf Europa – inklusive der Schweiz – wirken könnten. Auch die Finanzmärkte reagierten grundsätzlich positiv. Trotz der zu erwartenden höheren Staatsverschuldung sieht der Kapitalmarkt kein erhöhtes Kreditausfallrisiko für Deutschland.

Deutschland hat über einen langen Zeitraum als fiskalischer Stabilitätsanker in der EU gewirkt. Der

Richtungswechsel könnte jedoch die finanzpolitische Disziplin in Deutschland schwächen, die seit der Einführung der Schuldenbremse vorherrschte. Auch könnten die erst kürzlich reformierten EU-Fiskalregeln<sup>7</sup> an Glaubwürdigkeit verlieren. Denn die Reform hat zur Folge, dass nun die Schuldenbremse weniger streng ist als die EU-Fiskalregeln.

Seit März 2025 können die EU-Länder eine nationale Ausweichklausel beantragen, welche die EU-Fiskalregeln temporär lockert. Diese Ausweichklausel erlaubt, zusätzliche Verteidigungsausgaben in den kommenden vier Jahren im Umfang von maximal 1,5 Prozent des BIP mit Krediten zu finanzieren. Allerdings strapaziert die Reform in Deutschland, gerade auch wegen der neuen Verschuldungsmöglichkeiten für die Bundesländer und das Sondervermögen, die EU-Fiskalregeln erheblich, selbst unter Anrufung der nationalen Ausweichklausel.<sup>8</sup> Wenn Deutschland als grösstes EU-Land

die gemeinsamen Fiskalregeln nicht einhält, könnten sie auch in anderen Mitgliedsstaaten an Bindungskraft verlieren.<sup>9</sup> Zweifel an der Schuldentragfähigkeit einzelner Staaten und ein finanzpolitisch weniger diszipliniertes Deutschland bergen Risiken für die Finanz- und Preisstabilität der Eurozone und damit auch für die Schweiz, die wirtschaftlich eng mit der EU verflochten ist.

Der finanzpolitische Richtungswechsel in Deutschland kann auch in der Schweiz vermehrt Diskussionen über eine Lockerung der hiesigen Schuldenbremse auslösen.<sup>10</sup> Es gibt jedoch verschiedene Gründe, die gegen eine Lockerung sprechen. Erstens besteht in der Schweiz – anders als in Deutschland – kein offensichtlicher Nachhol-

bedarf bei der öffentlichen Infrastruktur. Zweitens sollen steigende Verteidigungsausgaben nicht durch neue Schulden finanziert werden. Drittens hat sich die Schuldenbremse seit ihrer Einführung 2003 bewährt. Sie ist politisch breit abgestützt, hat zu einer Reduktion der Schuldenquote geführt und den Budgetprozess verbessert. Ausgeglichene Haushalte und eine niedrige Schuldenquote schaffen finanzpolitischen Spielraum für Krisenzeiten.



Für Literaturverzeichnis  
siehe Onlineartikel



**Thomas Brändle**

Dr. rer. pol., Leiter Fachbereich Wirtschafts- und finanzpolitische Analysen, stv. Leiter Wirtschafts- und Geldpolitik, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern



**Benjamin Lerch**

Dr. rer. oec., Ökonom, Fachbereich Wirtschafts- und finanzpolitische Analysen, Wirtschafts- und Geldpolitik, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern



**Samuel Schmassmann**

Dr. sc., Ökonom, Fachbereich Geldpolitik und Konjunktur, Wirtschafts- und Geldpolitik, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern

# Die Nationale Cyberstrategie – gemeinsam für mehr digitale Resilienz

Cybersicherheit ist zentral für wirtschaftliche Stabilität, digitale Souveränität und Vertrauen in digitale Technologien. Mit der Nationalen Cyberstrategie und einer gesetzlichen Meldepflicht für Cyberangriffe richtet sich die Schweiz proaktiv aus.

Bettina Mavrommatis, Bacs

**C**yberangriffe betreffen längst nicht mehr nur einzelne Unternehmen oder kritische Infrastrukturen. Sie sind Teil des digitalen Alltags. Im Jahr 2024 verzeichnete das Bundesamt für Cybersicherheit (Bacs) rund 63'000 freiwillige Meldungen, das sind rund 13'500 mehr als im Vorjahr.

Über 90 Prozent dieser Meldungen stammten von Privatpersonen, was sowohl auf eine zunehmende Bedrohungslage als auch auf eine gestiegene Sensibilisierung hinweist. Inhaltlich dominierten Betrugsversuche, Phishing und Spam (siehe Abbildung auf S. 56). Zudem wurden rund 975'000 verdächtige Websites auf der dafür vorgesehenen Website Anti-phishing.ch des Bacs gemeldet und mehr als 20'000 davon als Phishing identifiziert.

## Wie reagiert die Schweiz?

Mit der im April 2023 verabschiedeten Nationalen Cyberstrategie (NCS) hat der Bundesrat die Weichen für eine umfassende, zukunftsgerichtete Cybersicherheitspolitik gestellt. Die aktuelle Strategie ist im Unterschied zu den beiden vorgängigen Cyberstrategien bewusst ohne Enddatum konzipiert. Das Hauptziel: Die Cybersicherheit soll durch langfristig ausgerichtete Massnahmen nachhaltig gestärkt werden. Zentral sind dabei fünf strategische Ziele:

1) die Selbstbefähigung der Bevölkerung, 2) die Sicherheit digitaler Dienstleistungen und kritischer Infrastrukturen, 3) die Abwehr und Bewältigung von Cyberangriffen, 4) die Bekämpfung der Cyberkriminalität und 5) die internationale Zusammenarbeit.

Der Schlüssel zu diesen Zielen ist Koordination. Im Zentrum steht das Bundesamt für Cybersicherheit (Bacs). Es ist verantwortlich für die koordinierte Umsetzung der NCS. Das Bacs ist zudem Meldestelle für Cybervorfälle, Informationsdrehscheibe sowie erste Anlaufstelle für Wirtschaft, Verwaltung, Bildungseinrichtungen und Bevölkerung bei Fragen zum Thema.

Ein wesentliches organisatorisches Element der NCS ist der unabhängige Steuerungsausschuss. In diesem Gremium sind Bund, Kantone, Wirtschaft, Wissenschaft und Zivilgesellschaft vertreten. Durch diese breite Zusammensetzung sollen vielfältige Perspektiven eingebracht und die Strategie kontinuierlich weiterentwickelt werden.

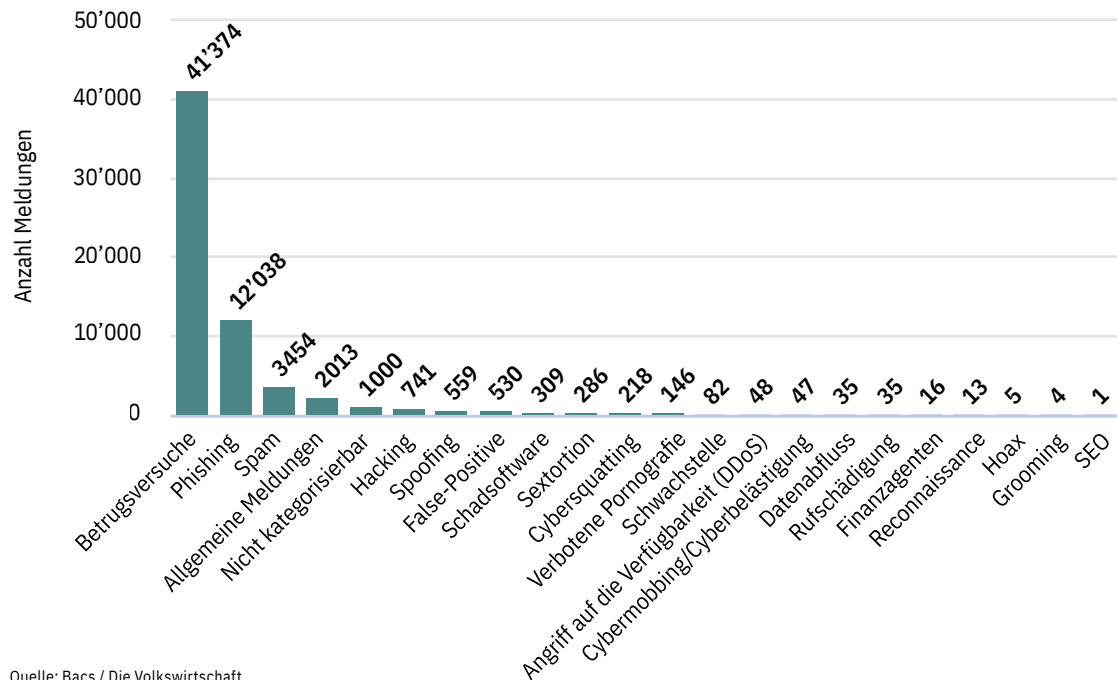
## Vom Strategiepapier zur Umsetzung

Der erste Umsetzungsbericht des Steuerungsausschusses zur Nationalen Cyberstrategie zieht Bilanz für das Jahr 2024. Der Bericht zeigt: Wichtige Ko-

**Börse SIX Exchange in Zürich: In besonders sensiblen Sektoren wie dem Finanzplatz sieht die Cyberstrategie des Bundes spezialisierte Cyber Security Centres vor. Diese bündeln die sektorspezifische Expertise und entwickeln gezielte Schutzmassnahmen.**



### Betrugsversuche, Phishing und Spam wurden dem Bacs am häufigsten gemeldet (2024)



Quelle: Bacs / Die Volkswirtschaft

ordinationsstrukturen wurden etabliert und zentrale Vorhaben angestossen oder umgesetzt. Ein Beispiel ist das Bug-Bounty-Programm des Bundes, bei dem in Zusammenarbeit mit ethischen Hackern allfällige Schwachstellen in IT-Systemen und -Anwendungen identifiziert werden, bevor sie ausgenutzt werden können. Das Programm hat seit dem Start im Jahr 2022 über 400 sicherheitsrelevante Schwachstellen in öffentlichen Systemen frühzeitig erkannt und behoben.

### Koordination als Daueraufgabe

In besonders sensiblen Sektoren wie dem Finanzplatz oder dem Gesundheitswesen wurden zudem spezialisierte Cyber Security Centres (CSCs) aufgebaut. Diese bündeln die sektorspezifische Expertise und entwickeln gezielte Schutzmassnahmen. Das stärkt die Resilienz kritischer Infrastrukturen gezielt und adressiert sektorenspezifische Risiken wirksam.

Im Vordergrund standen im vergangenen Jahr auch die Arbeiten zur Einführung einer Meldepflicht für Cyberangriffe auf kritische Infrastrukturen. Diese trat am 1. April 2025 in Kraft und ist die erste sektor-

übergreifende Regulierung im Bereich Cybersicherheit (siehe Kasten).

Doch operative Fähigkeiten allein reichen nicht – strategisches Lernen ist essenziell. Durch gezielte Sensibilisierungskampagnen wurde das Bewusstsein der Bevölkerung für Cyberrisiken geschärft und ihre Handlungskompetenz gestärkt. Gleichzeitig trägt die Förderung von Bildung und Forschung dazu bei, Talente im Bereich Cybersicherheit zu entwickeln und somit auch den langfristigen Bedarf an Expertinnen und Experten zu sichern.

Ebenso entscheidend ist ein strukturierter, kontinuierlicher Austausch zwischen Behörden und Sektoren, insbesondere im Umgang mit aktuellen Bedrohungsinformationen. Das passiert beispielsweise über die Plattform Cyber Security Hub, mit der das Bacs Informationen zu Cyberbedrohungen, Vorfällen und Sicherheitspraktiken teilt und koordiniert. So können zeitnah Risiken evaluiert und Schutzmassnahmen angepasst werden. Auch eingeübte Reaktionsmuster, klare Kommunikationswege und sektorübergreifendes Verständnis sind zentral. Das haben Krisenübungen auf Bundes-, Kantons- und internationaler Ebene gezeigt.

Gleichzeitig stärkte die Schweiz ihre Rolle auch international und hat, über das «Internationale Genf», gezielt in Dialogformate, Standardentwicklung und vertrauensbildende Massnahmen investiert. In einer zunehmend fragmentierten Weltordnung ist dies für die digitale Handlungsfähigkeit des Landes unabdingbar.

Die NCS ist eine langfristig angelegte und systematisch aufgebaute Strategie. Gleichzeitig verändert sich die Bedrohungslage stetig, neue technologische Entwicklungen etablieren sich, Systeme werden komplexer, und internationale Abhängigkeiten nehmen zu. Die NCS trägt diesem Wandel Rechnung: Sie setzt auf kontinuierliche Feedback-Schleifen, kurze Entwicklungszyklen und sektorübergreifende Zusammenarbeit.

## Neue Meldepflicht für Cyberangriffe auf kritische Infrastrukturen

Seit dem 1. April 2025 sind Organisationen in kritischen Sektoren wie Energie, Gesundheit, Finanzen und Telekommunikation verpflichtet, Cyberangriffe innerhalb von 24 Stunden nach Entdeckung an das Bundesamt für Cybersicherheit (Bacs) zu melden. Mit diesen Informationen kann das Bacs bessere Lagebilder erstellen, sektorübergreifend Angriffsmuster erkennen und frühzeitig Warnungen sowie Handlungsempfehlungen

kommunizieren. Die Meldepflicht erhöht die Transparenz, stärkt das Vertrauen und fördert strategisches Lernen aus realen Vorfällen.

Die Umsetzung erfolgt bewusst kooperativ: Das Bacs stellt technische Hilfsmittel, standardisierte Meldeformulare und Best Practices bereit. Die Einführungsphase bis Oktober 2025 soll den Organisationen Zeit geben, Prozesse aufzubauen – erst danach sind Sanktionen vorgesehen.



**Bettina Mavrommatis**

Dr. sc., Programm-Managerin  
Nationale Cyberstrategie,  
Bundesamt für Cybersicherheit  
(Bacs), Bern

# Ist Hidden Debt auch in der Schweiz ein Problem?

Viele Staaten haben sich in den letzten Jahren stark verschuldet. Der Internationale Währungsfonds und die Weltbank warnen deshalb vor sogenannten versteckten Staatsschulden, welche die makroökonomischen Risiken erhöhen. Hat auch die Schweiz solche Schulden?

---

Andreas Bergmann, ZHAW

**W**egen der hohen und in vielen Ländern steigenden Verschuldung warnen der Internationale Währungsfonds (IWF) und die Weltbank schon seit längerem vor einer neuen Verschuldungskrise. Erinnerungen werden wach an die Finanzkrise 2008, als Staaten wie Griechenland und Portugal aufgrund ihrer hohen Staatsverschuldung der Staatsbankrott drohte. Damals zeigte sich, dass die Probleme der in Not geratenen Staaten oft bei den Zahlungsverpflichtungen ausgelagerter Einheiten, beispielsweise im öffentlichen Verkehr, im Gesundheitswesen oder im Finanzsektor, oder in nicht klassischen Schuldinstrumenten wie Leasing- oder Public-private-Partnership-Verträgen lagen. Das hatte zur Folge, dass die Sanierungsmassnahmen ein wesentlich grösseres Volumen als zuerst angenommen umfassten.

## Versteckte Schulden?

Solche sogenannten versteckten Staatsschulden werden von den Staaten oft nicht ausgewiesen. IWF und Weltbank empfehlen deshalb, diese versteckten Schulden transparent zu machen. Die Idee dahinter ist, dass nur bekannte Schulden ins Risikomanagement einbezogen werden können.

Der IWF hat insbesondere zwei Sachverhalte ermittelt, wo Schulden in erheblichem Ausmass versteckt sind: einerseits die institutionelle Abdeckung (englisch «institutional coverage»), andererseits die Abdeckung hinsichtlich der Schuldinstrumente (englisch «debt instrument coverage»<sup>1</sup>).

Aus diesem Grund haben IWF und Weltbank in jüngeren Regulatorien und Publikationen<sup>2</sup> eine Begriffsanpassung vorgenommen, beispielsweise im Public Sector Debt Statistics Guide (PSDS) – einem Regelwerk des IWF für die Schuldenstatistik. Neu sprechen die beiden Organisationen jeweils von öffentlichen Schulden («public sector debt» oder «public debt») und nicht mehr von Staatsschulden («government debt»).

Der Unterschied: Die öffentlichen Schulden sind grösser und umfassen den gesamten öffentlichen Sektor und nicht nur den Sektor Staat. Zum Sektor Staat zählen die öffentlichen Gebietskörperschaften der drei Staatsebenen (in der Schweiz: Bund, Kantone, Gemeinden) sowie die Sozialversicherungen. Beim öffentlichen Sektor kommen zusätzlich die öffentlichen Finanz- und Nicht-Finanz-Unternehmen hinzu – das heisst sämtliche Unternehmen, Anstalten und Fonds wie etwa die Schweizerischen Bundesbahnen, öffentliche Spitäler oder Infrastrukturfonds. Der Grund, weshalb diese Ins-

---

1 Siehe Vasquez et al. (2024).

2 Siehe insbesondere IWF (2011, 2014, 218), Vasquez et al. (2024) und Ashcroft et al. (2024).



Auslöser der griechischen Staatsschuldenkrise 2010 waren auch «versteckte» Zahlungsverpflichtungen ausgelagerter Einheiten.

titutionen miteinbezogen werden sollen, sind die makroökonomischen Risiken, die ihre Verschuldung mit sich bringt. Ein Beispiel ist die Zahlungsfähigkeit in Krisensituationen.

Versteckte Schulden gibt es gemäss IWF und Weltbank aber auch bei den Schuldinstrumenten, denn die klassische Staatsverschuldung umfasst nur Anleihen («debt securities») und Darlehen («loans»), obwohl auch andere Instrumente zu vertraglichen oder gesetzlichen Zahlungsverpflichtungen führen. Der PSDS schliesst deshalb zusätzlich zu Anleihen und Darlehen alle Instrumente ein, die zu Zahlungs-

verpflichtungen führen, namentlich Versicherungs- und Vorsorgeverpflichtungen, Finanzgarantien, Sonderziehungsrechte, Währungen in Zirkulation, Einlagen, Kreditoren<sup>3</sup> sowie Finanzleasing<sup>4</sup>.

## Grosse Transparenz beim Bund

Der IWF und die Weltbank unterstellen den Ländern nicht, dass sie diese Schulden absichtlich verstecken. Tatsächlich sind die heute publizierten Staatsschulden in den meisten Fällen durch natio-

<sup>3</sup> Siehe IWF (2011).

<sup>4</sup> Siehe IWF (2014).

nale Gesetze vorgegeben und somit rechtmässig, wenn auch nicht unbedingt vollständig.<sup>5</sup>

IWF und Weltbank präsentieren keine Beurteilung einzelner Länder, auch nicht für die Schweiz. Vielmehr haben die beiden Organisationen Diagnoseinstrumente entwickelt, die eine vertiefte Analyse der Zahlungsverpflichtungen erlauben. An dieser Stelle geht es aber nur um eine erste grobe Einschätzung für die Schweiz.

Auf Bundesebene ist die Transparenz der Schulden weitgehend sichergestellt. Dort gibt es die Konsolidierte Rechnung Bund, die nach dem Rechnungslegungsstandard International Public Sector Accounting Standards (IPSAS) erstellt wird. Sie umfasst eine Vollkonsolidierung aller vom Bund kontrollierten Einheiten. Assoziierte Gesellschaften, bei denen der Bund mit 20 bis 50 Prozent beteiligt ist, sind in der Regel entsprechend der Equitymethode erfasst und bewertet. Die Vollkonsolidierung umfasst auch Unternehmen mit hohen Verpflichtungen wie die Postfinance, deren Kundengelder in der konsolidierten Bilanz ausgewiesen werden. Sie umfasst bis 2024 auch alle Arten von Instrumenten, die zu Zahlungsverpflichtungen führen, ab 2025 werden Leasingverpflichtungen nicht mehr erfasst.<sup>6</sup> Nicht konsolidiert werden, in Übereinstimmung mit IPSAS, die Kantone und Gemeinden, da sie nicht durch den Bund kontrolliert sind.

## Kantone weniger transparent

Auf Kantons- und Gemeindeebene ist die Situation dagegen weniger transparent. Das Harmonisierte Rechnungsmodell 2 (HRM2), die Fachempfehlungen für die Rechnungslegung der Kantone und Gemeinden, verlangt nur die Konsolidierung der ersten beiden Kreise. Diese beiden Kreise umfassen nur das Parlament, die Regierung, die engere Verwaltung (Kreis 1) sowie die Rechtspflege und weitere eigenständige kantonale Behörden (Kreis 2).<sup>7</sup> Nur die vier Kantone, die den IPSAS folgen<sup>8</sup>, erstellen eine konsolidierte Rechnung, die auch den dritten Kreis, also die kontrollierten und assoziierten Unternehmen, umfasst.

Auf kommunaler Ebene ist dies nur im Kanton St. Gallen obligatorisch.<sup>9</sup> Die übrigen 22 Kantone sowie die Gemeinden in 25 Kantonen weisen ihre

Beteiligungen an Unternehmen gemäss HRM2 nur im Beteiligungsspiegel aus. Aber auch die vier Kantone mit Konsolidierung des dritten Kreises schliessen einzelne Institutionen, namentlich die Kantonalbanken, aus dem Konsolidierungskreis aus oder erfassen und bewerten sie gemäss der Equitymethode, sodass die Einlagen von Kundengeldern nicht in der konsolidierten Rechnung erfasst sind.

Die anderen Schuldinstrumente dürften bei den vier IPSAS-Kantonen weitgehend erfasst sein. Bei den anderen Kantonen sowie den Gemeinden ist dies grösstenteils, aber nicht vollständig der Fall. Das HRM2 verlangt nämlich nur die Bilanzierung von Anleihen, Darlehen, Vorsorgeverpflichtungen und Kreditoren. Bezüglich Kundengeldern, Finanzgarantien, Finanzierungsleasing sowie Public-private-Partnership gibt es keine verbindliche Vorgabe.

Auch die Finanzstatistik der Eidgenössischen Finanzverwaltung<sup>10</sup> präsentiert nur ein konsolidiertes Bild der klassischen Schulden des Sektors Staat, also der drei Staatsebenen sowie der Sozialversicherungen, nicht jedoch des öffentlichen Sektors. Da sie auf den Jahresrechnungen der Gebietskörperschaften basiert, dürften insbesondere auf subnationaler Ebene zudem nicht alle Zahlungsverpflichtungen erfasst sein.

Die Situation in der Schweiz ist somit auf Bundesebene, dank der Konsolidierten Rechnung Bund, deutlich besser als in vielen anderen Ländern. Auf kantonaler und kommunaler Ebene fehlt allerdings eine aggregierte oder sogar konsolidierte Sichtweise weitgehend, und es bestehen Lücken hinsichtlich der ausgewiesenen Schuldinstrumente.

## Ein möglicher Lösungsansatz

In einzelnen OECD-Ländern gibt es konsolidierte Jahresrechnungen, die den gesamten öffentlichen Sektor des Landes umfassen und auch hinsichtlich der Schuldinstrumente weitestgehend komplett sind. Diese Länder sind jedoch entweder Einheitsstaaten (z. B. Vereinigtes Königreich, Estland), oder sie erstellen die Jahresrechnung für den öffentlichen Sektor aufgrund von landesrechtlichen Vorgaben (z. B. Kolumbien). Beides trifft auf die Schweiz nicht zu. Deshalb dürfte der Weg über eine konsolidierte

5 Siehe Vasquez et al. (2024).

6 Änderung der Finanzhaushaltsverordnung (AS 2025 207).

7 Siehe HRM2 FE12 Ziff. 2.

8 Gemäss SRS-CSPCP (2023) sind das Basel-Stadt, Genf, Luzern und Zürich.

9 Siehe SRS-CSPCP (2023).

10 Siehe Data.finance.admin.ch

Jahresrechnung des gesamten öffentlichen Sektors hierzulande nicht umsetzbar sein.

Eher realistisch scheint daher eine Konsolidierung dieser Informationen über die Finanzstatistik. Sie hat den Vorteil, dass ihr zumindest keine rechtlichen Bedenken entgegenstehen. Allerdings: Wegen der finanziellen Verflechtungen der Gemeinwesen sowie der kontrollierten Einheiten müssten grosse, gegenseitige Transaktionen eliminiert werden, was zweifellos zusätzliche personelle Kapazitäten erforderte. Notwendig wäre zudem auch eine voll-

ständigere Erfassung aller Schuldinstrumente. Insgesamt würde eine solche statistische Gesamtrechnung für den gesamten öffentlichen Sektor eine verlässlichere Steuerung der Verschuldung erlauben.



---

Für Literaturverzeichnis  
siehe Onlineartikel



**Andreas Bergmann**

Professor für öffentliche  
Finanzen, Abteilungsleiter Public  
Sector, Zürcher Hochschule für  
Angewandte Wissenschaften  
(ZHAW), Winterthur

# Pensionskassen: Freie Mittel als Qualitätsindikator

Wenn Vorsorgeeinrichtungen über freie Mittel verfügen, können sie ihre Versicherten mittels zusätzlicher Zinsgutschriften am Erfolg teilhaben lassen. Wieso Pensionskassenratings freie Mittel berücksichtigen sollten, zeigt eine Studie.

---

Michael Huynh, Viac, Yvonne Seiler Zimmermann, Hochschule Luzern,  
Heinz Zimmermann, Universität Basel

**S**inkende Zinssätze am Schweizer Kapitalmarkt setzen Pensionskassen und andere Vorsorgeeinrichtungen unter Druck. Bei gleichbleibender Risikobereitschaft müssen viele Vorsorgeeinrichtungen die jährliche Verzinsung der Altersguthaben senken. Grosszügiger können sich Einrichtungen verhalten, welche über freie Mittel verfügen: Dabei handelt es sich um Gelder, die über einen Deckungsgrad von 100 Prozent und zusätzlich über die vollständig geöffneten Wertschwankungsreserven hinausgehen (siehe Abbildung 1 auf S. 64).

## Grosse Verzinsungsunterschiede

Diese Mittel sind kollektiver Natur, das heisst, sie gehören allen Versicherten. Die Einrichtungen sind hier frei, ob sie die Gelder für die Zukunft zurückhalten oder kurzfristig in Form von Leistungsverbesserungen, namentlich Zinsgutschriften, an die Versicherten ausschütten. Im aktuellen Tiefzinsumfeld rückt für die Entscheidungsträger der Vorsorgeeinrichtungen, das paritätische Organ, deshalb die Frage in den Vordergrund, wie sie solche freien Mittel bilden und verwenden können. Eine neue Studie mit Daten der schweizerischen Pensionskassenstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS) untersucht, welche Faktoren die Entstehung freier Mittel begünstigen.

Zwischen den schweizerischen Vorsorgeeinrichtungen – sowohl firmeneigenen Pensionskassen als auch Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen – bestehen teilweise grosse Verzinsungsunterschiede, wie Studien<sup>1</sup> belegen. Im vergangenen Jahr variierten diese gemäss Swissscanto-Pensionskassenstudie 2025 zwischen 1,75 und 8,25 Prozent.<sup>2</sup> Die Unterschiede mögen teilweise auf Strukturmerkmale wie Deckungsgrad oder Anlagestrategie zurückzuführen sein, aber nicht nur: Die verantwortlichen Organe verfügen darüber hinaus über einen Handlungsspielraum bei der Festlegung der versicherungstechnischen Parameter und der Verzinsungsentscheide. Um die Qualität von Vorsorgeeinrichtungen beurteilen zu können, müssen also neben den freien Mitteln auch die gewährten Leistungsverbesserungen analysiert werden.

Für Versicherte, die bei ihrer Vorsorgeeinrichtung verbleiben, sind Leistungsverbesserungen die einzige Möglichkeit, am finanziellen Erfolg einer Vorsorgeeinrichtung zu partizipieren. Meist erfolgen diese Verbesserungen in Form von Zinsgutschriften. Allerdings sind Leistungsverbesserungen reglementarisch generell nur möglich, wenn die Einrichtung über freie Mittel verfügt, das heisst, die Wertschwankungsreserven vollständig geöffnet sind. Eine Ausnahme bilden die Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen, die auch ohne freie Mittel Leistungsverbesserungen gewähren können, wenn die



Wertschwankungsreserven mindestens zu 75 Prozent des Zielwerts geüffnet sind. Für das paritätische Organ, das in einer Vorsorgeeinrichtung die Ausschüttungspolitik bestimmt, besteht somit ein Trade-off: Zu übermässige Ausschüttungen mindern die Fähigkeit, in Zukunft Leistungsverbesserungen auszurichten. Umgekehrt profitieren bei knausrigen Kassen die Versicherten kaum je von einer guten finanziellen Lage.

### Faktoren, die freie Mittel fördern

Schaffen Einrichtungen freie Mittel dadurch, dass sie in den Vorjahren keine Leistungsverbesserungen gewährten, obwohl sie dazu in der Lage gewesen wären? Dieser Zusammenhang wird mit Daten der Pensionskassenstatistik der Schweiz aus den Jahren 2005 bis 2017 untersucht (siehe Kasten auf S. 65).<sup>3</sup> Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass dies nicht der Fall ist: Die meisten Einrichtungen verfügen nicht länger als in drei aufeinanderfolgenden Jahren über freie Mittel (siehe Abbildung 2 auf S. 64). Die freien Mittel werden also nicht lange gehortet,

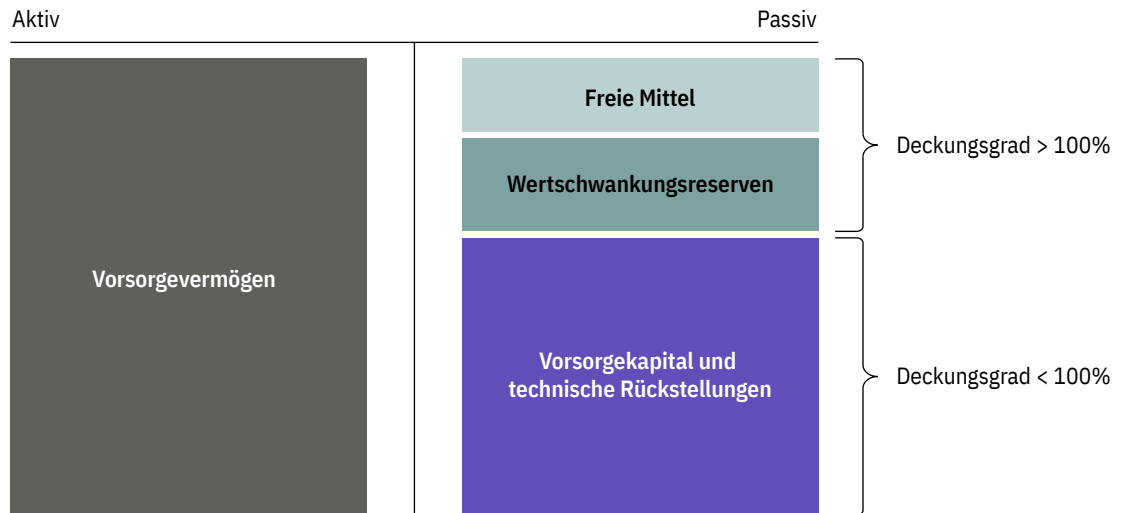
sondern die Einrichtungen geben einen Teil davon an die Versicherten weiter.

Das Entstehen freier Mittel ist von mehreren Faktoren abhängig, welche durch das verantwortliche Organ festgelegt werden. Zum Beispiel vom technischen Zinssatz, welcher der Bewertung künftiger Verpflichtungen dient. Ist er hoch, senkt dies den ausgewiesenen Wert dieser Verpflichtungen, was den Deckungsgrad und die Wahrscheinlichkeit freier Mittel erhöht. Die Studie zeigt, dass freie Mittel wahrscheinlicher sind, je weiter der gewählte Zinssatz über der Obergrenze liegt, welche die Schweizerische Kammer der Pensionskassen-Experten (SKPE) jährlich festlegt. Ebenso belegt die Studie, dass Einrichtungen mit einer konservativen Anlagestrategie, das heisst einem geringen Anteil an Aktien und alternativen Anlagen, eher freie Mittel ausweisen.

### Sammelkassen schütten eher aus

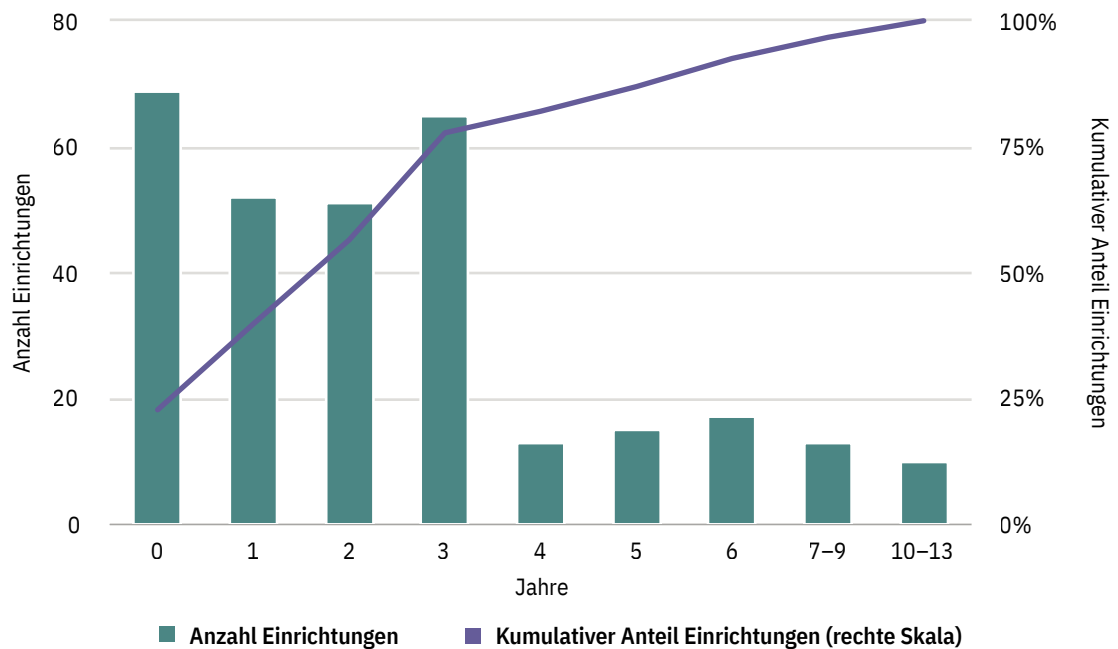
Freie Mittel werden gemäss der Studie auch durch strukturelle Faktoren begünstigt. So weisen Einrichtungen, welche mehrheitlich Personen mit BVG-

- 1 Siehe bspw. die Vergleiche des VZ Vermögenszentrums, der IFZ-Studie Vorsorgeeinrichtungen, der Pensionskassenstudie Swisscanto oder des Schweizer-Pensionskassen-Ratings (SPKR).
- 2 Durchschnittswerte des tiefsten und des höchsten Dezils.
- 3 Siehe Huynh, Zimmermann und Zimmermann (2025). Characteristics of Pension Fund Financial Quality: the Role of Uncommitted Funds. Financial Markets and Portfolio Management (2025).

**Abb. 1: Freie Mittel in der Bilanz einer Vorsorgeeinrichtung**

Anmerkung: Freie Mittel liegen vor, wenn die Ziel-Wertschwankungsreserven vollständig geäuft sind. Wertschwankungsreserven dienen dazu, das Anlagerisiko des Vorsorgevermögens mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit über einen bestimmten Zeithorizont aufzufangen.

Quelle: Eigene Darstellung der Autoren / Die Volkswirtschaft

**Abb. 2: Die meisten Vorsorgeeinrichtungen haben ihre freien Mittel nach drei Jahren aufgebraucht**

Anmerkung: Die Abbildung zeigt die Anzahl Pensionskassen, die über aufeinanderfolgende Jahre freie Mittel melden. Die Stichprobe umfasst nur firmeneigene Pensionskassen. Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen sind nicht berücksichtigt.

Quelle: Huynh, Seiler Zimmermann und Zimmermann (2025) / Die Volkswirtschaft

Mindestleistungen versichern – alle anderen Faktoren identisch –, mit höherer Häufigkeit freie Mittel aus.

Ausserdem zeigen die Ergebnisse, dass unter gleichen Voraussetzungen die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein freier Mittel bei Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen (SGE) grösser ausfällt als bei firmeneigenen Pensionskassen. Denn für SGE spielen Leistungsverbesserungen aus Wettbewerbsgründen eine wichtigere Rolle. Sie haben also einen Anreiz, die Schwankungsreserven unter sonst gleichen Bedingungen tiefer anzusetzen – das zeigen auch die Daten. Immerhin ist dieser Anreiz nach 2012 etwas gesunken. Denn seither sind Leistungsverbesserungen bei SGE bereits erlaubt, wenn mindestens 75 Prozent der Ziel-Schwankungsreserven geäufnet sind.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Studie, dass sich Qualitätsindikatoren für Vorsorgeeinrichtungen nicht nur auf den traditionellen Deckungsgrad oder auf das Vorhandensein freier Mittel

beschränken dürfen. Pensionskassenvergleiche sollten auch die freien Mittel unter Berücksichtigung der gewährten zusätzlichen Leistungsverbesserungen, namentlich Zinsgutschriften, miteinbeziehen. Die empirischen Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die untersuchten Einrichtungen im Durchschnitt freie Mittel weder horten noch übermässig ausschütten. Im Einzelfall kann das Bild jedoch davon abweichen.

## Die Studie im Detail

Die Studie basiert auf den disaggregierten Daten der Pensionskassenstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS). Der Datensatz ist nicht öffentlich verfügbar, sondern wurde durch ein Forschungsprojekt durch das BFS aufgrund ausgewählter

kassenspezifischer Faktoren anonymisiert und zeitlich befristet zur Verfügung gestellt. Nach der Aufbereitung des Datensatzes fliessen die Informationen über insgesamt 4763 Vorsorgeeinrichtungen in die Untersuchung ein.



**Michael Huynh**

Dr. rer. pol., Portfoliomanager,  
Viac, Basel



**Yvonne Seiler Zimmermann**

Professorin für Banking und  
Finance, Institut für Finanz-  
dienstleistungen Zug IFZ, Hoch-  
schule Luzern



**Heinz Zimmermann**

Professor für Finanzmarkt-  
theorie, Wirtschaftswissen-  
schaftliches Zentrum (WWZ),  
Universität Basel

# Italiens Bevölkerung ist gealtert

Die italienische Wirtschaft erholt sich, doch die Alterung der Bevölkerung und die Abwanderung bremsen diese Dynamik. Das Durchschnittsalter liegt derzeit bei gut 47 Jahren.

Roberto Balzaretti, Botschaft der Schweiz in Italien

**D**ie Schweiz im Ausland zu vertreten, ist eine Ehre, aber auch eine grosse Verantwortung. Ich bin im Tessin geboren und aufgewachsen, nur wenige Kilometer von der italienischen Grenze entfernt. Daher schätze ich es besonders, dass ich meine Funktion als Botschafter der Schweiz in einem Nachbarland wie Italien ausüben kann.

Meine persönliche Verbindung ist ein Spiegel der allgemeinen engen wirtschaftlichen, historischen, kulturellen und menschlichen Beziehungen, welche die Schweiz und Italien über die Jahrzehnte geknüpft haben. Auf dieser Wertegemeinschaft können wir eine gemeinsame Zukunft aufbauen. Ein paar Zahlen veranschaulichen die robusten wirtschaftlichen Beziehungen zwischen den beiden Ländern: Italien ist der viertgrösste Handelspartner der Schweiz.<sup>1</sup> 2024 exportierte die Schweiz Waren im Wert von über 24 Milliarden Franken nach Italien, unsere Importe aus dem südlichen Nachbarland machten rund 26 Milliarden Franken aus. Die Schweizer Direktinvestitionen in Italien beliefen sich Ende 2023 auf 26 Milliarden Franken und die italienischen Direktinvestitionen in der Schweiz auf 3,7 Milliarden Franken. Täglich kommen rund 90'000 italienische Grenzgängerinnen und Grenzgänger zum Arbeiten in die Schweiz.

## Zwischen Aufschwung und Unsicherheit

Angesichts des Wandels, mit dem die globale und die nationale Wirtschaft derzeit konfrontiert sind, sind die Beziehungen zwischen der Schweiz und Italien

besonders wertvoll. Seit dem Ende der Pandemie zeigt Italien ermutigende Anzeichen einer wirtschaftlichen Erholung. Trotz der geopolitischen Unsicherheiten erwiesen sich die Exporte als robust und lagen 2024 bei insgesamt 623 Milliarden Euro.<sup>2</sup>

Dank einer umsichtigen Verwaltung der öffentlichen Finanzen gewann das Land an Vertrauen an den Märkten und bei den internationalen Ratingagenturen: Im April 2025 erhöhte die Ratingagentur S&P die Kreditwürdigkeit Italiens von «BBB» auf «BBB+», und einen Monat später hob Moody's die Note für den Ausblick von «stabil» auf «positiv» an. Während die jährliche Neuverschuldung des Staats im Jahr 2023 bei über 7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts lag, strebt Premierministerin Giorgia Meloni für 2025 einen Wert von 3,3 Prozent an. Im Jahr 2026 soll sie sogar unter die 3-Prozent-Marke fallen, wie es der Europäische Stabilitäts- und Wachstumspakt als Obergrenze festlegt.

Für Unsicherheiten sorgen hingegen weiterhin die internationalen Handelsspannungen und die Konjunkturabkühlung in wichtigen Partnerländern. Um die mittelfristigen Aussichten vollständig einschätzen zu können, müssen ausserdem die strukturellen Schwächen berücksichtigt werden, die das Potenzial Italiens langfristig schmälern.

Diese strukturellen Defizite Italiens belasten die Konjunktur. Entsprechend ist das Wachstum nach wie vor bescheiden (voraussichtlich 0,6% im Jahr 2025). Dämpfend wirken die schwache Inlandnachfrage, die im europäischen Vergleich sehr hohen Energiekosten, eine abnehmende Industrieproduktion und rückläufige Exporte aufgrund der aktuellen inter-

A CARIGE ITALIA

BANCOMAT



In Krisenzeiten bewegt  
sich Italien wie eine Vespa  
im römischen Verkehr.

- 1 Siehe Wirtschaftsbericht Italien der Schweizerischen Botschaft in Rom.
- 2 Siehe Wirtschaftsbericht Italien der Schweizerischen Botschaft in Rom.
- 3 Siehe Internationaler Währungsfonds.

nationalen Spannungen. Die eigentliche Achillesferse Italiens ist jedoch die niedrige Arbeitsproduktivität, die seit über 20 Jahren deutlich unter dem EU-Durchschnitt stagniert. Während Deutschland, Frankreich und auch Spanien ihre Produktivität steigern konnten, hat Italien Mühe, seinen Produktionsapparat zu modernisieren. Die Gründe für diesen Rückstand sind vielfältig. Sie reichen von der Dominanz der oftmals kapitalschwachen KMU über eine langsame Digitalisierung bis hin zu einem chronischen Investitions-

defizit im Bereich Forschung und Entwicklung sowie einem unflexiblen Arbeitsmarkt.

## Durchschnittsalter: 47 Jahre

Die Inflation ist aktuell zwar unter Kontrolle – 2024 lag sie bei 1,1 Prozent, 2025 dürfte sie 1,7 Prozent betragen.<sup>3</sup> Dennoch hat die Teuerung die Kaufkraft geschwächt und bei den Privathaushalten ein Klima der Unsicherheit geschaffen. Die Staatsverschuldung lag 2024 bei über 135 Prozent des BIP und schränkt den Handlungsspielraum weiter ein. Und schliesslich verschärft ein vielleicht entscheidender Faktor all diese Schwachpunkte: die Demografie.

Die demografische Entwicklung gehört zu den grössten Herausforderungen Italiens. Für das fragile Wachstumsmodell des Landes wirkt die Alterung der Bevölkerung längerfristig wie eine unsichtbare, immer stärker werdende Dynamik unter der Oberfläche. Das Durchschnittsalter liegt inzwischen bei über 47 Jahren, und fast ein Viertel der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt. Am anderen Ende der Alterspyramide ist die Geburtenrate auf einen historischen Tiefststand gefallen. In den letzten zwei Jahrzehnten ist die Bevölkerung Italiens um fast zwei Millionen Menschen geschrumpft. Die sinkende Geburtenrate und die demografische Alterung haben Italien zu einem der Länder mit dem höchsten Altersdurchschnitt weltweit gemacht.

Die Alterung der italienischen Bevölkerung hat tiefgreifende Folgen für die Wirtschaft, das Gesundheitssystem, den Arbeitsmarkt und die Produktivität, aber auch für die kollektive Haltung: Man geht weniger Risiken ein, die Prioritäten verlagern sich auf die Gegenwart und auf unmittelbare Fragen. Weiter verschärft wird die demografische Situation durch die kontinuierliche Abwanderung: Jedes Jahr verlassen Zehntausende von jungen, gut ausgebildeten Personen das Land auf der Suche nach beruflichen Möglichkeiten und Anerkennung, die sie in Italien nur schwer finden. Diese demografische Realität macht es schwierig, die Zukunft zu planen, die Elite zu verjüngen und eine gemeinsame gesellschaftliche Basis zu schaffen. Ohne strukturierte Lösungen für diese Trends ist das italienische Wirtschaftssystem gefährdet.

## Italien in Zahlen (2024)

Einwohner (Wachstum) <sup>a</sup>	59 Mio. (–0,01%)
Währung	Euro (EUR)
BIP pro Kopf <sup>b</sup> kaufkraftbereinigt: BIP pro Kopf <sup>b</sup> nominal:	61'165 \$ (CH: 94'937 \$) 40'224 \$ (CH: 104'523 \$)
BIP-Wachstum <sup>b</sup>	0,7% (CH: 1,3%)
Arbeitslosenrate gemäss ILO-Modell <sup>a</sup>	6,8% (CH: 4,1%)
Schweizer Direktinvestitionen in Italien <sup>c</sup> (2023)	26 Mrd. Franken
Italienische Direktinvestitionen in der Schweiz <sup>c</sup> (2023)	3,7 Mrd. Franken
Italienische Exporte als Anteil aller Importe der Schweiz <sup>c</sup> (nur Waren, prov.)	8,2% (Rang 2)
Schweizer Exporte als Anteil aller Importe Italiens <sup>c</sup> (nur Waren, prov.)	2,8% (Rang 9)
Schweizer Warenimporte aus Italien <sup>d</sup>	Chemie und Pharmazie (34,7%), Edelmetalle (10,9%), Land- und Forstwirtschaft, Fischerei (9,4%), Maschinen (9,0%)
Schweizer Warenexporte nach Italien <sup>d</sup>	Chemie und Pharma (47,8%), Edelmetalle (17,3%), Energie (9,0%), Uhren und Schmuck (8,3%)
Bevölkerungsanteile <sup>a</sup>	
0–14 Jahre	11,9% (CH: 15,0%)
15–64 Jahre	63,5% (CH: 65,0%)
65+	24,6% (CH: 20,0%)

Stand: 26.8.2025

<sup>a</sup> Weltbank

<sup>b</sup> IWF (2025).  
World Economic  
Outlook, April.

<sup>c</sup> IWF

<sup>d</sup> Bundesamt für Zoll  
und Grenzsicherheit

Der italienische Braindrain findet in der Schweiz ein naheliegendes Ziel: Tausende von qualifizierten Arbeitskräften aus Italien haben sich hier niedergelassen, weil sie von besseren Arbeitsbedingungen profitieren. Diese Abwanderung ist ein Verlust für Italien, stärkt aber die seit Langem bestehenden persönlichen Beziehungen zwischen den beiden Ländern.

## Enge Verflechtungen und gegensätzliche Schicksale

Die Verbindungen zwischen der Schweiz und Italien gehen jedoch noch wesentlich weiter. Italien gehört zu den wichtigsten Handelspartnern der Schweiz: Der Handel mit Waren und Dienstleistungen zwischen den beiden Ländern beläuft sich auf über eine Milliarde Franken pro Woche. Fast 40 Prozent davon entfallen auf die Grenzgebiete. Die schweizerische und die italienische Wirtschaft ergänzen sich gegenseitig, insbesondere in den Bereichen Pharmazie, Chemie, Präzisionsmechanik und Maschinenbau. Intensiviert wird die Zusammenarbeit in strategischen Bereichen wie Energie (Verbund der Stromnetze, Gasenergieprojekte), Verkehr, Forschung (Hochschulpartnerschaften) und Tourismus, da Italien nach wie vor ein beliebtes Reiseziel für Schweizer Touristen ist. Diese

Verflechtungen verleihen der bilateralen Beziehung Schweiz – Italien im unsicheren internationalen Umfeld eine wertvolle strategische Tiefe.

In Krisenzeiten bewegt sich Italien wie eine Vespa im römischen Verkehr: Zögerlich, etwas im Zickzackkurs, aber am Ende findet sie immer einen Weg und erreicht ihr Ziel. In letzter Zeit hat das Land seine Anpassungsfähigkeit erneut bewiesen, sowohl in der Pandemie als auch bei der Diversifizierung der Energiequellen nach Ausbruch des Kriegs in der Ukraine. Von dieser typisch italienischen Agilität könnte sich die Schweiz, die gerne sorgfältig plant, inspirieren lassen. Denn nach einem Hindernis kann man so schnell wieder Fahrt aufnehmen.

### Serie: Blick in die Welt

Neugierig, was dieses oder jenes Land auszeichnet und mit der Schweiz verbindet? Schweizer Botschafterinnen und Botschafter im Ausland stellen ihr Gastland vor. Staffel 2 widmet sich dem Thema «Demografie». Die vollständige Staffel mit Einblicken in die junge, alternde oder gealterte Bevölkerung in Vietnam, Nigeria und Guatemala finden Sie auf unserer Website.



# Mehr Artikel auf dievolkswirtschaft.ch

## Meistgelesen



### Recruiting verändert sich: Kompetenz schlägt Lebenslauf

Verena Gebler, HR Campus, Dirk Schäfer, Universität St. Gallen



### Wie stark beeinflusst die Frauenfussball-EM 2025 das BIP der Schweiz?

Philipp Wegmüller, Seco



### Junges Nigeria – Fluch oder Segen?

Patrick Egloff, Botschaft der Schweiz in Nigeria



## Meinungen



### Wie entwickelt sich die Zufriedenheit am Arbeitsplatz?

Nachgefragt bei Gudela Grote, ETH Zürich



### «Das Ende der Profikarriere ist für viele ein Bedeutungsverlust»

Interview mit Beni Huggel, SRF sowie Athletes Network



### «Ist die Welt überhaupt im Umbruch?»

Interview mit Stefan Paul, Kühne + Nagel



# Nächster Schwerpunkt

7. Oktober 2025 (digital)

## Schweizer Berufsbildung: Internationales Vorbild

Die Berufsbildung ist ein Trumpf der Schweiz. Auch andere Länder wie etwa die USA interessieren sich dafür. Doch das System ist ein komplexes Gefüge. In der Schweiz greifen alle Zahnräder gut ineinander. In unserem Schwerpunkt klären wir, was Staaten in der Berufsbildung voneinander lernen können und ob das duale Bildungssystem der Schweiz die Jugendarbeitslosigkeit hierzulande tief hält.



Hier kostenloses  
Digitalabo einrichten

«Die Volkswirtschaft» alle zwei Wochen in Ihrer Inbox? Abonnieren Sie die kostenlose Digitalausgabe auf [dievolkswirtschaft.ch/abo](http://dievolkswirtschaft.ch/abo) oder via QR-Code.



Nächste Printausgabe: Dezember 2025

### Impressum

#### Herausgeberin

Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Bern

#### Redaktion

Chefredaktion: Guido Barsuglia, Nicole Tesar  
Redaktion: Marie-Jane Berchten, Matthias Hausherr,  
Monika Lüthi, Virginie Parotte

#### Redaktionsausschuss

Eric Scheidegger (Leitung), Antje Baertschi, Guido Barsuglia, Patric Ilg,  
Dragan Ilic, Larissa Müller, Martin Saladin, Markus Spöndli, Nicole Tesar

#### Layout/Druck

Jordi AG, [jordibelp.ch](http://jordibelp.ch)

#### Illustration Cover

[michaelmeister.com](http://michaelmeister.com)

#### Abonnemente

[dievolkswirtschaft.ch/abo](http://dievolkswirtschaft.ch/abo)

#### Kontakt/Leserservice

Holzikofenweg 36, 3003 Bern, +41 58 462 29 39  
[dievolkswirtschaft@seco.admin.ch](mailto:dievolkswirtschaft@seco.admin.ch)

Weitere Informationen auf [dievolkswirtschaft.ch/impressum](http://dievolkswirtschaft.ch/impressum)

ISSN 1011-386X



**Diese Ausgabe und  
mehr digital**  
[dievolkswirtschaft.ch](http://dievolkswirtschaft.ch)

