

Sachdokumentation:

Signatur: DS 5333

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5333



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Tiefere Krankenkassenprämien für den Mittelstand dank Kostensenkungen im Gesundheitswesen



Positionspapier der Schweizerischen Volkspartei zur Gesundheitspolitik

September 2025

Inhalt

1. Ausgangslage: Kostenexplosion ohne Ende.....	3
---	---

1.1 Die Kosten sind in 25 Jahren auf mehr als das Doppelte gestiegen.....	3
1.2 Höhere Kosten führen zu höheren Krankenkassenprämien.....	5
1.3 Medizinischer Fortschritt und Leistungserweiterung als Kostentreiber.....	5
1.4 Massenzuwanderung und Asylumigration als Kostentreiber.....	7
1.5 Die versteckten Milliardenkosten der unkontrollierten Migration.....	9
1.6 Strukturen und Umverteilung als Kostentreiber.....	12
1.7 Ohne einschneidende Massnahmen keine Kostendämpfung.....	15
2. Die Lösungen der SVP.....	17
2.1 Eigenverantwortung führt zu tieferen Prämien.....	17
Bagatellgebühr für Notfallaufnahme im Spital.....	17
Beibehaltung der Prämienregionen für die Krankenkasse.....	18
Erhöhung der Minimalfranchise.....	18
2.2 Systemprofiteure sollen nur Anspruch auf Grundleistungen haben.....	20
Grundleistungen für Asylumigranten.....	20
Asylumigranten sollen aus Steuermitteln finanziert werden.....	21
Wer Prämienverbilligung erhält, obschon er die Prämie bezahlen könnte, soll Zugang zu den Grundleistungen haben.....	21
2.3 Einführung eines «Grundversorgungsmodells».....	22
2.4 Weitere Massnahmen.....	23
Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen.....	23
Höhere Mindestfranchisen und Prämien für neu eingewanderte.....	23
Mehrjahresverträge.....	24
Grundversorgung regional sicherstellen; Spitzenmedizin national koordinieren	24
Lockerung des Vertragszwangs prüfen.....	25
Singapur-Modell prüfen.....	26
3. Fazit: Kosten im Gesundheitswesen senken, Mittelstand stärken.....	27

1. Ausgangslage: Kostenexplosion ohne Ende

1.1 Die Kosten sind in 25 Jahren auf mehr als das Doppelte gestiegen

Das Schweizer Gesundheitswesen kostet jährlich um die 94 Milliarden Franken. Das sind über 11 Prozent des Bruttoinlandprodukts. Noch im Jahr 2000 beliefen sich die Kosten auf etwa 40 Milliarden Franken, was damals um die 9 Prozent des Bruttoinlandprodukts ausmachte.¹ **In 25 Jahren haben sich die Kosten im Gesundheitswesen also mehr als verdoppelt. Sie haben sich um den Faktor 2,3 erhöht!**

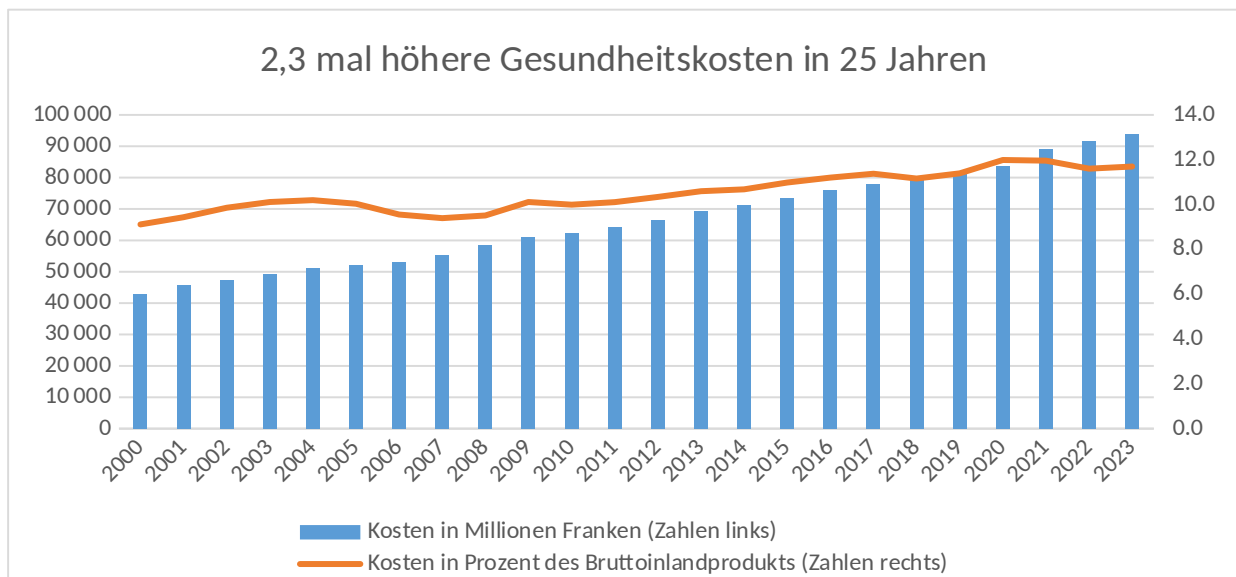


Abbildung 1: Kosten des Gesundheitswesens in Millionen Franken und im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt. Quelle: BfS 2025, je-d-14.05.01.01.

Was heisst das pro Person? Das Gesundheitswesen kostet 881 Franken pro Person und Monat. Das sind über 10'000 Franken pro Jahr. Auch hier fand eine Kostenexplosion statt. Denn im Jahr 2000 beliefen sich die Kosten auf 499 Franken pro Person und Monat. Das waren etwa 6'000 Franken pro Jahr. Das heisst, auch auf der Pro-Kopf-Basis haben sich die Kosten um den Faktor 1,7 oder eben um 170 Prozent erhöht.

¹ Bundesamt für Statistik BfS, 2025, je-d-14.05.01.01.

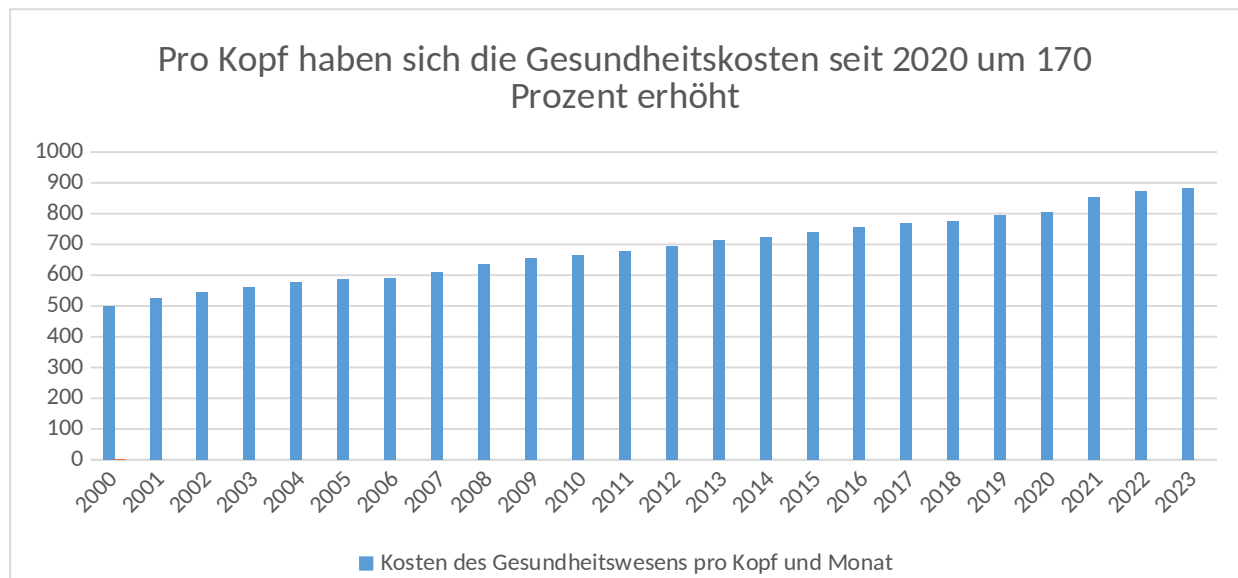


Abbildung 2: Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf und Monat, in Franken. Quelle: BfS, 2025, je-d-14.05.01.01.

In dieser Entwicklung sieht man, wie drei Kostentreiber ineinander hineinspielen:

- Erstens sind der **medizinische Fortschritt und die Ausweitung der Leistungen** in der obligatorischen Krankenversicherung wesentliche **Kostentreiber**. Zunehmend gibt es eine **Vollkasko-Mentalität**. Sie beschleunigt nochmals den Kostenanstieg. Siehe auch Kapitel 1.3.
- Zweitens ist die **masslose Zuwanderung** ein **Kostentreiber**. Im Jahr 2000 hatte die Schweiz um die 7,1 Millionen Einwohner. 25 Jahre später hat sie um die 9 Millionen, vor allem wegen der Zuwanderung. Gerade in dieser Zeit sind die Kosten im Gesundheitswesen explodiert. Warum? **Zuwanderer haben Anspruch auf alle Leistungen. Noch krasser: Asylmigranten haben diesen Anspruch gratis** – das System übernimmt ihre Versicherungsbeiträge. Das setzt massive Fehlanreize für eine Überbeanspruchung des Systems. Diese führt zu höheren Kosten total und pro Kopf. Siehe auch Kapitel 1.4.
- Drittens ist das schweizerische **Gesundheitswesen ein geschlossenes System**. Mit einer Versicherungspflicht und der starken staatlichen Intervention kann der Wettbewerb kaum spielen. Leistungsdifferenzierung, Effizienzsteigerung und Innovation müssen oft den staatlichen Vorgaben, der Bürokratie und der administrativen Kontrolle weichen. Das treibt die Kosten in die Höhe. Siehe auch Kapitel 1.5.

1.2 Höhere Kosten führen zu höheren Krankenkassenprämien

Die explodierenden Kosten im Gesundheitswesen führen zu **höheren Krankenkassenprämien**. Denn die Kosten werden an die Bevölkerung weitergegeben. Da es ein **Obligatorium** gibt, d. h., da alle gezwungen sind, eine Krankenkasse zu haben, **fehlt der Wettbewerb als korrigierendes Instrument**.

Um es wieder auf den Punkt zu bringen: Zwischen den Jahren 1996 und 2024 hat sich die durchschnittliche Krankenkassenprämie im obligatorischen Bereich um den Faktor 2,6 erhöht. Das heisst, sie hat sich von 1'539 Franken auf 4'278 Franken pro Versicherten pro Jahr fast verdreifacht.

Nur schon im Vergleich der letzten Jahre ist die Zunahme markant. Im Jahr 2020 lag der Durchschnitt bei 3'777 Franken. Im Jahr 2024 waren es schon 10 Prozent mehr. Das ist höher als die Teuerung im gleichen Zeitraum.

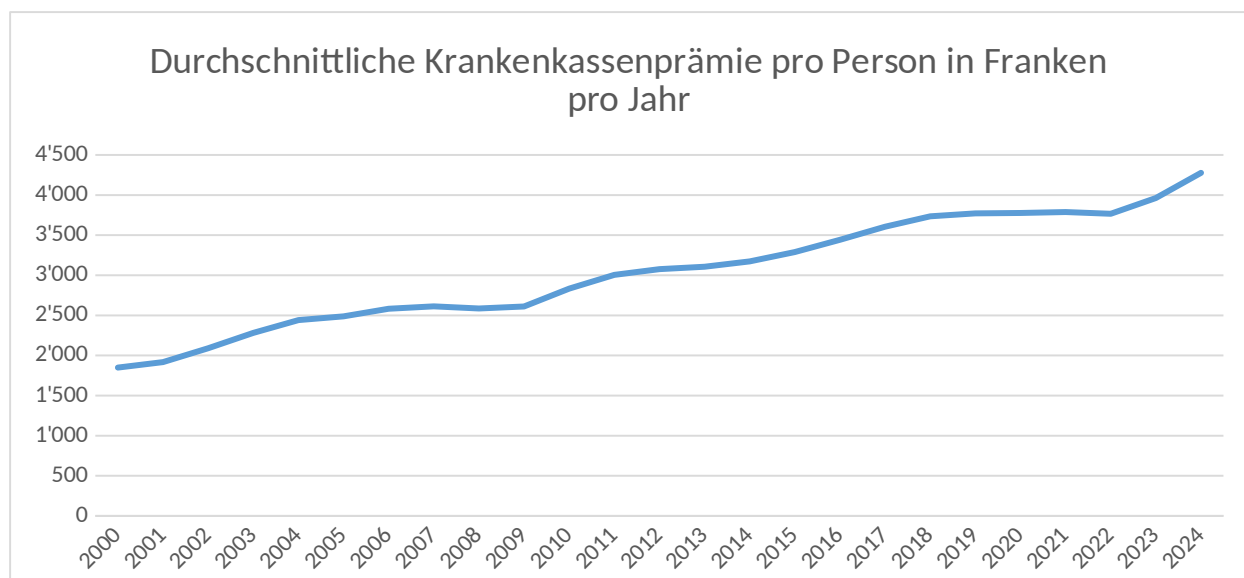


Abbildung 3: Durchschnittliche obligatorische Krankenkassenprämie in Franken pro Person. Quelle: BfS, 2025, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2024, STATKV2024-301d.

1.3 Medizinischer Fortschritt und Leistungserweiterung als Kostentreiber

Der **medizinische Fortschritt** ist eine Kraft des Guten. Doch dieser Fortschritt wird zum Kostentreiber im Gesundheitssystem, wenn er als **Leistung in der obligatorischen Krankenkasse** aufgenommen wird.

Ein Beispiel hat das Institut für empirische Gesundheitsökonomie der CSS berechnet: «Seit 2012 neu in die Grundversicherung aufgenommene Medikamente führten zu Mehrkosten von CHF 180 pro Kopf, was beinahe einem Drittel des gesamten Wachstums entspricht. Bei Medikamenten, die bereits 2012 verfügbar waren, sanken

die Ausgaben pro versicherte Person hingegen um CHF 33. Verantwortlich für den Anstieg der Medikamentenkosten sind somit Medikamente, die nach 2012 neu durch die Grundversicherung übernommen wurden. Der technologische Fortschritt ist also einer der Haupttreiber des Kostenwachstums.»

Der Mechanismus ist dabei einfach erklärt: Die Medizin macht Fortschritte. Diese Fortschritte erfolgen unter anderem als neue Medikamente, neue Maschinen, neue Therapieformen. Der Einsatz dieser Neuerungen muss natürlich abgegolten werden. Auf der einen Seite haben verschiedene Akteure im Gesundheitswesen ein Interesse, diese neuen Leistungen im obligatorischen Bereich anzubieten. Auf der anderen Seite haben die Versicherten ein Interesse, diese Neuigkeiten zu beziehen und erwarten sie zunehmend als Teil des Obligatoriums. **Damit entsteht eine sich selbst verstärkende Dynamik von Angebot und Nachfrage. Doch mit zunehmenden Leistungen im Obligatorium schnellen die Kosten – und damit die Prämien – in die Höhe.** Gerade vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft ist diese Dynamik besonders brisant und stellt die **Generationengerechtigkeit**, die Basis des Systems, zunehmend **in Frage**.

Doch die obligatorischen Leistungen werden auch ohne medizinischen Fortschritt ausgedehnt. Ein Beispiel dafür sind die Leistungen für **Physiotherapie, Psychotherapie, medizinische Massagen oder Hebammen, die immer mehr über das Obligatorium abgerechnet werden.**

Ähnlich verhält es sich mit den Spitälern. Die Schweiz hat eine hohe Spitaldichte. Doch viele Spitäler kommen nicht auf ihre minimalen Fallzahlen. In einer Studie aus dem Jahr 2022 stellt santésuisse fest: «**56 Prozent der Spitalbetriebe verpassen die Mindestfallzahlen** in über 50 Prozent der untersuchten SPLG [Spitalplanungsleistungsgroups], rund zehn Prozent sogar in allen.»² Für santésuisse ist das aus Qualitätsgründen problematisch. Doch dies ist auch ein Kostentreiber. Denn dieser Zustand zeugt von Überkapazitäten. **Überkapazitäten sind Mehrkosten**, die den Prämienzahlern teuer zu stehen kommen. Mit anderen Worten: **Zu viele Spitäler bieten gleiche Leistungen an, bleiben unterbelegt und agieren unkoordiniert.**

Übergeordnet lässt sich feststellen, dass sich generell eine **Vollkasko-Mentalität** etabliert hat. Man erwartet immer mehr Leistungen im Obligatorium. Statt auf Eigenverantwortung zu setzen und sich immer nach der günstigeren Alternative

² Santésuisse, 2022, [Auswertung Fallzahlen ausgewählte Eingriffe DE.pdf](#).

umzuschauen, erwarten heute viele das Neueste und Beste von der Grundversicherung. Das führt zum Kosten- und Prämienanstieg.

1.4 Massenzuwanderung und Asylumigration als Kostentreiber

Allein im Jahr **2024 wanderten 83'392 Personen in die Schweiz ein (Nettozuwanderung)**.³ Dazu kommen die im Jahr 2024 entgegengenommenen 27'740 neuen Asylgesuche. Diese masslose Zuwanderung hat auch Auswirkungen auf das Gesundheitssystem.⁴

Wer in die Schweiz kommt, erhält **vom ersten Tag an die vollen Leistungen einer 5-Sterne-Gesundheitsversorgung** – ohne vorher je einen Franken in dieses Gesundheitswesen investiert zu haben. Gemäss Forschern des Instituts für Schweizer Wirtschaftspolitik (IWP) beträgt das Durchschnittsalter bei Einwanderung 30 Jahre.⁵

Man vergleiche: Ein **30-jähriger Zuwanderer hat vom ersten Tag seines Versicherungsabschlusses an Zugang zu allen Leistungen**. Was hat er bisher, also vor seiner Einwanderung, **einbezahlt? Null**. Ein **in der Schweiz geborener 30-Jähriger** hat auch den vollen Zugang. **Doch er hat schon 30 Jahre lang Prämien einbezahlt – nämlich insgesamt um die 66'588 Franken**.⁶ Dieses Kapital fehlt bei den Zuwanderern. Je älter ein Zuwanderer ist, desto mehr Kapital fehlt. Doch je älter ein Zuwanderer ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er Leistungen beansprucht. Damit ist der Fehlbetrag faktisch noch grösser.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems funktioniert nur, wenn die jüngere, in der Regel gesündere Bevölkerung mehr Geld einzahlt, als sie Gesundheitsleistungen bezieht. Im Alter kehrt sich dieses Verhältnis. **Aber die Massenzuwanderung bringt dieses Gleichgewicht durcheinander.**

Bei einer durchschnittlichen Nettozuwanderung von rund 70'000 Personen pro Jahr braucht es in der Gesundheitsversorgung über 300 zusätzliche Ärzte, über 300 zusätzliche Spitalbetten und über 1'700 zusätzliche Pflegekräfte. Das sind enorme

³ Staatssekretariat für Migration SEM, 2025, Jahresstatistik Zuwanderung 2024.

⁴ Staatssekretariat für Migration SEM, 2025, Asylstatistik 2024.

⁵ Dr. Marco Portmann und Joel Gysel MA, 2024, [Wahrnehmungen und Fakten zur Zuwanderung](#). Gemäss SWI lässt sich weiter unterscheiden: «Die Mehrheit (6 von 10) der Immigrantinnen und Immigranten ist zwischen 20 und 45 Jahre alt, während die Gruppen der unter 20-Jährigen und der über 45-Jährigen jeweils etwa 20 % der Zuzüge ausmachen.» Pauline Turuban, 2025, [Vier von zehn Menschen in der Schweiz haben einen Migrationshintergrund – wer sind sie?](#)

⁶ Berechnung auf der Basis der mittleren Prämien von 105 Franken (0-18 Jahre), 279 Franken (19-25 Jahre) und 397 Franken (ab 26 Jahren). Referenzjahr 2022.

Zusatzkosten. Diese zusätzlichen Kosten äussern sich in steigenden Krankenkassenprämien.

Es ist noch schlimmer: **Asylmigranten müssen für ihre Gesundheitsversorgung nicht bezahlen.** Das macht der Staat für sie. Lange wusste man nicht, wie viel das kostete. Dank des beharrlichen Nachhakens der SVP-Fraktion publizierte das Staatssekretariat für Migration SEM die Daten dazu. Das geschah im Jahr 2023.

In den Jahren 2020 und 2021 lagen die **Gesundheitskosten der Asylmigranten 27 Prozent** beziehungsweise 23 Prozent **höher als in der übrigen Bevölkerung.** 2022 waren sie zwar 4 Prozent tiefer, was allerdings auf einen Rundungsfehler zurückgeführt werden kann. Auf jeden Fall ist das Bild deutlich. Asylmigranten verursachen wesentlich höhere Kosten als Schweizer.⁷ Und bei ihnen bezahlt der Staat alles – ohne Franchise.

Trotz des klaren Befunds ist diese **Berechnung eher untertrieben.** Zwei Gründe sprechen dafür. Erstens sind in dieser Rechnung nicht enthalten Zahnarztkosten, Kosten für nicht rezeptpflichtige Medikamente und für gewisse nichtärztliche Therapien. Zweitens stimmt der Vergleich mit dem Gesamtschweizer Durchschnitt nicht. Die Population der Asylmigranten ist jünger und männlicher als die der Schweizer Bevölkerung. Eine ähnliche Gruppe der jungen Männer verursacht in der durchschnittlichen Bevölkerung die geringsten Kosten.

Also hat das SEM die Kosten konsequent zu tief ausgewiesen. Und trotzdem fallen sie höher aus als der Schweizer Durchschnitt.

1.5 Die versteckten Milliardenkosten der unkontrollierten Migration

Die unkontrollierte Migration belastet den Gesundheitssektor auch indirekt oder gar versteckt. Hier sind einige Beispiele dafür:

Illegale Einwanderer und ihre Milliardenkosten für das Gesundheitssystem

Die Schweiz beherbergt nach verschiedenen Schätzungen zwischen 76'000 und 100'000 Sans-Papiers, also Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus.⁸ Andere Studien gehen sogar von 70'000 bis 300'000 illegalen Aufenthaltern aus.⁹ Diese Menschen

⁷ Beobachter, 29.6.2023, So stark belasten Asylsuchende das Gesundheitswesen, [Zahlen zu Gesundheitskosten von Asylsuchenden: Thomas Aeschi und Samira Marti kommentieren sie | Beobachter](#)

⁸ Der Bundesrat, 2020, Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats der Staatspolitischen Kommission des Nationalrats vom 12. April 2018 (18.3381).

⁹ Universität Luzern, 2015, Rechtsforschung zu Sans-Papiers, <https://www.unilu.ch/forschung/aktivitaeten/fokus-forschung/rechtsforschung-zu-sans-papiers/>

haben trotz ihres illegalen Status Zugang zu medizinischen Leistungen, deren Kosten von der Allgemeinheit getragen werden müssen.

Wie oben aufgezeigt, kostet das Gesundheitswesen 881 Franken pro Person und Monat, also über 10'000 Franken pro Jahr. Bei einer konservativen Schätzung von 76'000 Sans-Papiers entstehen somit jährliche Gesundheitskosten von mindestens 760 Millionen Franken. Bei der höheren Schätzung von 100'000 Personen sind es bereits eine Milliarde Franken pro Jahr.

Diese Rechnung ist jedoch noch untertrieben, da Sans-Papiers oft erst dann medizinische Hilfe suchen, wenn ihre Gesundheitsprobleme bereits fortgeschritten sind. Dies führt zu überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten. Zudem nutzen sie häufig die teuren Notfalldienste der Spitäler, da ihnen der Zugang zu günstigeren Hausarztpraxen verwehrt bleibt.

Ausländer als Mehrheit in Schweizer Spitälern: Die Corona-Pandemie als Brennglas

Die Corona-Pandemie hat schonungslos offengelegt, wer das Schweizer Gesundheitssystem überdurchschnittlich stark beansprucht. Während Ausländer etwa 25 Prozent der Schweizer Bevölkerung ausmachen, stellten sie während der Pandemie die Mehrheit der Spitalpatienten.

Konkrete Zahlen aus dem Jahr 2021 zeigen das erschreckende Ausmass: im Kanton Zürich hatten 70 bis 80 Prozent der Intensivpatienten mit Covid-19 einen Migrationshintergrund.¹⁰ Diese Überrepräsentation ist kein Zufall, sondern hat strukturelle Ursachen. Viele Ausländer, insbesondere aus bestimmten Kulturkreisen, sind es aus ihren Herkunftsländern gewohnt, bei gesundheitlichen Problemen direkt das Spital aufzusuchen, anstatt zuerst einen Hausarzt zu konsultieren.¹¹ Dies führt zu einer systematischen Überlastung der teuren Notfalldienste.

Diese Fehlnutzung des Systems verursacht Mehrkosten in Millionenhöhe. Ein Notfallbesuch kostet das Drei- bis Fünffache einer Hausarztbehandlung. Bei geschätzten 100'000 vermeidbaren Notfallbesuchen pro Jahr entstehen allein dadurch Mehrkosten von 200 bis 300 Millionen Franken, die über höhere Krankenkassenprämien auf die gesamte Bevölkerung abgewälzt werden.

¹⁰ NZZ, 14.9.2021, Herkunft der Corona-Patienten auf der Intensivstation: Der Kanton Zürich legt erstmals Eckdaten vor, <https://www.nzz.ch/zuerich/corona-und-nationalitaet-erstmal-liegen-genauere-zahlen-vor-ld.1645175>

¹¹ NZZ, 18.6.2024, Notfallstationen sind nicht gedacht für Wehwehchen. Eine Gebühr für falsche Notfälle ist sinnvoll, <https://www.nzz.ch/meinung/spitaeler-gebuehr-fuer-falsche-notfaelle-ist-sinnvoll-ld.1835396>

Systematischer Asylmissbrauch für kostenlose Spitzenmedizin

Das Schweizer Asylsystem wird zunehmend als Einfallstor für kostenlose medizinische Behandlungen missbraucht. Konkrete Fälle zeigen, wie das System systematisch ausgenutzt wird, während die Kosten auf die Schweizer Steuerzahler und Prämienzahler abgewälzt werden.

Der Fall Georgien - Organisierter Gesundheitstourismus über Asylgesuche:

Seit Anfang 2024 hat das Staatssekretariat für Migration (SEM) ein Dutzend Asylgesuche von schwerkranken Georgiern registriert, die ausschliesslich zur medizinischen Behandlung in die Schweiz kommen.¹² Diese Personen stellen Asylgesuche, obwohl sie wissen, dass diese chancenlos sind, nur um Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem zu erhalten. Der Mechanismus ist einfach: Georgische Staatsangehörige können visafrei in die Schweiz einreisen. Sobald sie ein Asylgesuch stellen, sind sie automatisch krankenversichert, und der Staat übernimmt sämtliche Kosten – Prämien, Franchise und Selbstbeteiligung. Sie erhalten somit eine kostenlose Vollkasko-Versicherung für Spitzenmedizin, ohne je einen Franken in das System eingezahlt zu haben.

Geschlechtsumwandlungen auf Kosten der Krankenkasse: Ein weiteres Beispiel für den Missbrauch des Gesundheitssystems sind Geschlechtsumwandlungen, die von abgewiesenen Asylbewerbern auf Kosten der Krankenkasse durchgeführt werden. Die parlamentarische Anfrage 18.4014 brachte einen solchen Fall ans Licht.¹³ Das Perfidie daran: Während Schweizer Bürger oft jahrelang auf nicht lebensnotwendige Operationen warten müssen und hohe Franchisen und Selbstbehalte zahlen, erhalten Asylbewerber kostenlose Behandlungen für Eingriffe, die nicht der Lebensrettung dienen. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Geschlechtsangleichungen, wenn eine medizinische Notwendigkeit attestiert wird. Diese Praxis führt zu einer Zwei-Klassen-Medizin, bei der Asylbewerber bessere Leistungen erhalten als arbeitende Schweizer Bürger. Ein Schweizer muss bei einer 10'000-Franken-Operation mit einer Franchise von 2'500 Franken und einem Selbstbehalt von 700 Franken rechnen – insgesamt 3'200 Franken aus der eigenen Tasche. Ein Asylbewerber zahlt nichts.

Prämienverbilligungen für Ausländer: Wenn der Mittelstand doppelt zahlt

¹² SRF, 8.8.2024, Asylgesuche von Schwerkranken kommen ausschliesslich aus Georgien, <https://www.srf.ch/news/schweiz/kosten-im-gesundheitssystem-asylgesuche-von-schwerkranken-kommen-ausschliesslich-aus-georgien>

¹³ 18.4014 Interpellation, Barbara Steinmann, Eine Geschlechtsumwandlung für einen abgewiesenen Asylbewerber.

Das System der Prämienverbilligungen offenbart eine weitere Schieflage im Schweizer Gesundheitswesen. Während der arbeitende Mittelstand immer höhere Krankenkassenprämien zahlen muss, profitieren Ausländer und Asylbewerber überproportional von staatlichen Subventionen.

Automatische Krankenversicherung für Asylbewerber: Asylbewerber sind vom ersten Tag ihres Aufenthalts in der Schweiz automatisch krankenversichert. Der Staat übernimmt nicht nur die Prämien, sondern auch Franchise und Selbstbeteiligung.¹⁴ Sie erhalten somit eine kostenlose Vollkasko-Versicherung, während ein Schweizer Durchschnittsverdiener 2024 über 4'200 Franken Krankenkassenprämien plus Franchise und Selbstbehalt zahlen muss.

Diese Ungleichbehandlung ist stossend: Ein Asylbewerber, der nie einen Franken in das System eingezahlt hat, erhält bessere Konditionen als ein Schweizer, der seit Jahrzehnten Prämien bezahlt. Während der Schweizer bei jedem Arztbesuch zuerst seine Franchise abarbeiten muss, kann der Asylbewerber kostenlos zum Arzt gehen.

Prämienverbilligungen nach Nationalität: Auch bei den regulären Prämienverbilligungen zeigt sich eine problematische Verteilung. Ausländer haben nach sieben Jahren Aufenthalt in der Schweiz Anspruch auf Prämienverbilligungen, auch wenn sie vorher keine Steuern bezahlt haben.¹⁵ Diese Regelung führt zu absurden Situationen: Ein Schweizer Mittelständler, der knapp über der Einkommensgrenze liegt, erhält keine Prämienverbilligung und muss die vollen Prämien zahlen. Ein Ausländer mit ähnlichem Einkommen kann hingegen von Prämienverbilligungen profitieren, wenn er die Aufenthaltsdauer erfüllt.

Konkrete Zahlen zur Verteilung der Prämienverbilligungen nach Nationalität werden von den Behörden nicht systematisch veröffentlicht. Dies ist kein Zufall, sondern politisches Kalkül. Die Zahlen würden zeigen, dass Ausländer überproportional von diesen Subventionen profitieren.

Die doppelte Belastung des Mittelstands: Der Schweizer Mittelstand trägt die Hauptlast des Gesundheitssystems. Er zahlt nicht nur die hohen Krankenkassenprämien, sondern finanziert über seine Steuern auch die Prämienverbilligungen für andere. Diese doppelte Belastung ist besonders stossend, wenn man bedenkt, dass ein erheblicher Teil der Prämienverbilligungen an Personen geht, die nie oder nur kurz in das System eingezahlt haben. Ein Schweizer

¹⁴ SODK, 2018, Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden.

¹⁵ SVP Zürich, 2025, Prämienverbilligungen, <https://svazurich.ch/unsere-produkte/weitere-produkte/krankenversicherung--kvg-/praemienverbilligung/wer-hat-anspruch-.html>

Mittelständler zahlt somit nicht nur seine eigenen Krankenkassenprämien, sondern finanziert über seine Steuern auch die kostenlosen Krankenversicherungen von Asylbewerbern und die Prämienverbilligungen für Ausländer.

1.6 Strukturen und Umverteilung als Kostentreiber

Der andere **Preistreiber** ist das System an sich mit dem **Obligatorium, dem stetigen Ausbau der Leistungen und den staatlichen Interventionen**. Eine kurze Rückblende lohnt sich: Im Jahr 1996 wurde nach einer Volksabstimmung das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) eingeführt. Nur die SVP bekämpfte das Gesetz und warnte vor der Kostenexplosion.

Die damalige Gesundheitsministerin **Ruth Dreifuss** weibelte unermüdlich für das Gesetz. Die **SP-Bundesrätin** versprach der Bevölkerung vor der Abstimmung eine «hochwertige» Medizinversorgung, «die für alle und jeden noch bezahlbar ist.»¹⁶ Die Konkurrenz zwischen Ärzten, Spitälern usw. würde deren Leistungen «unweigerlich verbilligen». Die zusätzlichen Kosten würden sich in einem «vernünftigen Rahmen» bewegen. «Wie die Gesetzesgegner zu ihren Zahlen kommen, entzieht sich meiner Kenntnis. Sie sind jedenfalls völlig aus der Luft gegriffen.»¹⁷

Zu den Gegnern gehörte der damalige Nationalrat Ueli Maurer, der vor Milliarden Mehrkosten warnte: «Wir dürfen kein Gesetz machen, das wir nicht bezahlen können.» Die Revision bringe nur eine Umverteilung, die «vom Mittelstand, also von uns»,¹⁸ über Prämienerrhöhung und Steuern gleich doppelt bezahlt würde.

Kaum trat das KVG in Kraft schnellten die Kosten in die Höhe. In einem Beschwichtigungsversuch behauptete Ruth Dreifuss 1999: «Unsere Massnahmen zur Kostendämpfung greifen jedes Jahr besser.» Das Gegenteil war der Fall. Das Krankenversicherungsgesetz ist eine der teuersten Irreführungen der Schweizer Bevölkerung.

Und was ist **heute**? Die Ungleichgewichte haben sich fest zementiert:

- Die **Umverteilung** macht das gesamte System intransparent. Von den 869 Franken pro Monat und Person, die das Gesundheitswesen kostet, finanziert der Staat fast 33 Prozent. Damit gibt es **kein Verursacherprinzip**, die Kosten können nicht eindeutig zugeordnet werden und die **Steuerzahler tragen neben der**

¹⁶ Für diese und die weiteren Zitate in diesem Abschnitt, siehe Abschnitt 2.1 in «Argumentarium zu den beiden Krankenkassen-Abstimmungen vom 9. Juni 2024», www.svp.ch/positionspapiere.

¹⁷ Siehe Fussnote 11.

¹⁸ Siehe Fussnote 11.

Prämie noch eine Zusatzlast. Die als Unterstützung gedachte Prämienverbilligung macht die Umverteilung noch stärker. Darüber hinaus setzt sie noch den falschen Anreiz, dass noch mehr Menschen die Umverteilung für sich nutzen.

- Der **mangelnde Wettbewerb** zwischen den Leistungserbringern setzt keine Anreize zur rationalen, auf die echten Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmte Planung der Leistungen und Standorte. Ebenso **fehlen Anreize zur Kostensenkung oder Effizienzsteigerung in der Leistungserbringung**.
- Leistungserbringer sind alle Stellen, die eine Leistung im Gesundheitswesen erbringen. Dazu gehören etwa Spitäler, Ärzte oder Zahnärzte. Das Problem des Gesundheitswesens ist, dass beinahe **bei allen Leistungserbringern die Kosten stetig steigen**.¹⁹ Die drei wichtigsten Leistungserbringer sind die Spitäler, die sozialmedizinischen Einrichtungen (Zum Beispiel Alters- und Pflegeheime, Spitex, Suchtzentren) und die Arztpraxen. Allein im Jahr 2023 – der jüngsten Statistik nach dem Bundesamt für Statistik – entstanden in den **Spitälern** 34,1 Milliarden Franken Kosten für Gesundheitsleistungen. Das war ein Plus von etwa 4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Kosten der **sozialmedizinischen Einrichtungen** beliefen sich auf 15,1 Milliarden Franken, über 4 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Kosten der **Arztpraxen** waren mit 14,9 Milliarden Franken, um circa 7 Prozent höher als im Vorjahr.
- Die Leistungen im obligatorischen Bereich werden stetig ausgedehnt. SVP-Nationalrat Sebastian Frehner verlangte 2018 eine Aufstellung über die Entwicklung der Leistungskatalogs im Obligatorium.²⁰ In der Antwort darauf gab die Verwaltung unumwunden zu: «Die vonseiten des Interpellanten gewünschten Aufstellungen von neuen und gestrichenen Leistungen sowie Angaben über Mehrkosten und Einsparungen zulasten der OKP über den ganzen Zeitraum seit Inkrafttreten des KVG sind in dieser Form nicht verfügbar.» Man will keine Transparenz und keine Übersicht über die Kostentreiber. Die gleiche Antwort auf die Interpellation versucht doch noch zu quantifizieren. Auch wenn die Verwaltung mit Zahlenakrobatik die Tatsache verdecken will: Die Leistungen wurden ausgebaut.²¹

¹⁹ Bundesamt für Statistik BfS, 2025, gr-d-14.05.01.07.

²⁰ [18.3847](#) Interpellation. Entwicklung des Leistungskatalogs der OKP seit dem Inkrafttreten des KVG

²¹ Hier ist ein Teil der Antwort auf die Interpellation 18.3847: «Eine Analyse des BAG im Jahr 2016 zu den Leistungsanpassungen zwischen 2010 und 2015 ergab im Bereich der KLV und Anhang 1 26 Neuaufnahmen und 25 Anpassungen von bestehenden Einträgen mit zusätzlichen

Wenn man die Kostenentwicklung der Leistungserbringer näher anschaut, gibt es eine wichtige Erkenntnis: **Die Kosten der Zahnarztpraxen bleiben seit 2017 etwa konstant.**²² Warum ist das wichtig? Diese Leistungserbringer werden so finanziert, dass sie am ehesten der Kostenwahrheit und dem Verursacherprinzip entsprechen. Die anderen haben viele versteckte Subventionen und Umverteilungen. Das heisst: **Wo Kostenwahrheit herrscht, dort steigen die Kosten nicht oder weniger an.** Noch wichtiger: Die zahnärztliche Behandlung ist nicht im Obligatorium inkludiert. Sie wird grossteils nach dem echten Bedarf bezahlt. Also: **Wo Kunden für ihren echten Bedarf bezahlen, dort steigen die Kosten nicht oder weniger an.**

1.7 Ohne einschneidende Massnahmen keine Kostendämpfung

Die Situation ist angespannt. Die Bundesverwaltung hat offensichtlich kein Interesse daran, die Kostentreiber im Gesundheitswesen zu identifizieren, zu quantifizieren und zu steuern. Doch **ohne einschneidende Massnahmen werden die Kosten weiter explodieren.** Damit **steigen die Prämien** an. Und damit **sinkt die reale Kaufkraft** insbesondere des Mittelstands. Folgende Punkte lassen sich als Zusammenfassung und Fazit zur Ausgangslage feststellen:

- Das Krankenversicherungsgesetz KVG bremst die Explosion der Gesundheitskosten nicht. Es verstärkt sie sogar. Die Versprechen, die der Bundesrat bei der damaligen Volksabstimmung gemacht hat, haben sich als leer erwiesen.
- Die Kosten im Gesundheitswesen nehmen massiv zu: in Franken insgesamt, in Franken pro Kopf und im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt. Heute hat die Schweiz eines des teuersten Gesundheitswesens im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt.
- Im Gesundheitswesen gibt es wenig Koordination und viel Umverteilung sowie viele (versteckte) Subventionen.
- Die Last der Umverteilung trägt vor allem der arbeitende und Steuern zahlende Mittelstand. Denn der Mittelstand ist schon die mengenmässig grösste Bevölkerungsgruppe der Schweiz. Das führt zu einer Schlechterstellung des Mittelstands und zu einer Verringerung seiner Kaufkraft.

Kosten von rund 100 Millionen Franken, im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste (Migel) 21 Neuaufnahmen, 16 Anpassungen und 4 Streichungen mit insgesamt Kosteneinsparungen von rund 20 Millionen Franken sowie im Bereich Analysenliste (AL) 30 Neuaufnahmen, 15 Anpassungen und 70 Streichungen mit Zusatzkosten von rund 5 Millionen Franken.»

²² Bundesamt für Statistik BfS, 2025, gr-d-14.05.01.07.

- Die tieferen Franchisen des KVG laden geradezu ein, Leistungen zu beziehen. Das erhöht den Druck auf die Umverteilung und damit auf die Kosten und Prämien.
- Asylmigranten verursachen viel höhere Gesundheitskosten pro Person als Schweizer. Asylmigranten werden aber rundum vom Staat versorgt. Sie unterstehen nicht dem Solidaritätsprinzip des KVG. Mit anderen Worten: Schweizer bezahlen für die höheren Gesundheitskosten der Asylmigranten. Diese leisten selbst keinen Beitrag an das System.
- Die Zuwanderung treibt die Gesundheitskosten in die Höhe. Denn Zuwanderer erhalten, ohne je einen Beitrag geleistet zu haben, ab dem ersten Tag in der Schweiz die volle Leistungsberechtigung.
- In den Bereichen des Gesundheitswesens, wo die Kostenwahrheit und das Verursacherprinzip besser umgesetzt sind, fällt der Anstieg der Kosten geringer aus. Bei den Zahnarztpraxen blieben die Kosten sogar stabil.
- Ohne Reformen, welche die Fehlanreize korrigieren, können die Kosten im Gesundheitsbereich nicht unter Kontrolle gebracht werden. Zudem sind Massnahmen nötig, welche die Bevorteilungen der Asylmigranten und der Zuwanderer korrigieren.

2. Die Lösungen der SVP

2.1 Eigenverantwortung führt zu tieferen Prämien

Der wichtigste Hebel im Kampf gegen die hohen Kosten im Gesundheitssystem ist die Eigenverantwortung. Es ist **von der zunehmenden Vollkasko-Mentalität abzukehren**. Das heisst konkret, wegen Bagatellen wie einem Schnupfen nicht mehr sofort zum Arzt zu gehen, immer die günstigere Behandlungsalternative auszuwählen, Generika zu bevorzugen und wo möglich auf ambulante Behandlung zu setzen.

Dabei ist für die SVP klar: Grundsätzlich bleibt das Gesundheitswesen in der Hoheit der Kantone. Eine **neue Bundeskompetenz lehnt die SVP ab**. Ebenso entschieden **lehnt sie die Einheitskrankenkasse ab**. Zentralisierung und Vereinheitlichung sind mit der Eigenverantwortung nicht zu vereinbaren. Sie sind Kostentreiber, weil sie Verantwortung an zentrale Systeme ohne Wettbewerb delegieren. Zudem würde die Einheitskasse bestenfalls die Verwaltungskosten reduzieren. Die Probleme des Gesundheitswesens an sich würden nicht adressiert.

Um die Eigenverantwortung zu stärken, fordert die **SVP gezielte Verbesserungen** am aktuellen Gesundheitssystem der Schweiz. Diese Verbesserungen setzen auf Kostenwahrheit und Positiv-Anreize. **Wer das System weniger beansprucht, soll belohnt werden**. Dies senkt die Kosten und damit auch die Prämien. Die SVP fordert deshalb:

Bagatellgebühr für Notfallaufnahme im Spital

Notfallstationen in den Spitälern sind zeitweise stark belastet. Die Anzahl Konsultationen hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Es zeigt sich jedoch, dass der Spitalnotfall in vielen Fällen primäre Anlaufstelle ist, selbst wenn aus medizinischer Sicht keine Dringlichkeit gegeben ist. Dies gilt insbesondere bei jüngeren Personen oder in ausländischen Bevölkerungsgruppen.

Mit der **Einführung einer Notfallgebühr** kann ein Anreiz gesetzt werden, dass bei solchen Bagatellen zuerst gemäss Wahlmodell vorgegangen wird. **Die Gebühr wird dann fällig, wenn aus medizinischer Sicht keine Dringlichkeit besteht**. In «echten» Notfällen ist die Gebühr hinfällig. Dadurch wird die Eigenverantwortung gezielt gestärkt.

Eine entsprechende Vorlage wurde in den gesundheitspolitischen Kommissionen des Parlaments diskutiert und ordentlich vernehmlasst. Die SVP unterstützt die Vorlage.²³

Beibehaltung der Prämienregionen für die Krankenkasse

Die Krankenkassenprämien spiegeln die Kostenstruktur einer Region. Sind die Kosten besonders hoch, so fallen die Prämien höher aus. Bleiben die Kosten niedrig, so sind die Prämien niedriger. Grundsätzlich unterscheiden sich die Prämien nach Kantonen. In Kantonen mit grossen regionalen Unterschieden gibt es verschiedene Prämienregionen. Diese Differenzierung ist ein wettbewerbliches Instrument, das erlaubt, die Prämien nach dem Grad der Eigenverantwortung zu unterscheiden. **Mehr Eigenverantwortung führt zu tieferen Kosten und deshalb zu tieferen Prämien**. Entsprechend setzt sich die SVP dafür ein, diese **Differenzierung zwischen Prämienregionen beizubehalten** und auszubauen.

Erhöhung der Minimalfranchise

Bei der Einführung des KVG betrug die Minimalfranchise 150 Franken. Letztmalig wurde sie 2004 angepasst. Eine Erhöhung der Minimalfranchise würde sich spürbar auf die Gesundheitskosten auswirken. Wie verschiedene Studien zeigen, führt die höhere Franchise zu einer gezielteren Auswahl der beanspruchten Leistungen. **Mit der leichten Erhöhung der Franchise können grosse Einsparungen gemacht werden. Das senkt wiederum die Prämien.**

Die SVP handelt entsprechend. Nationalrätin Diana Gutjahr und Ständerätin Esther Friedli verlangen in ihren gleichlautenden Motionen eine **Anpassung der Mindestfranchisen an die realen Gegebenheiten**.²⁴

Gemäss einer Studie aus dem Jahr 2017 besteht einen Zusammenhang zwischen höheren Franchisen, tieferen Kosten im Gesundheitswesen und tieferen Krankenkassenprämien.²⁵ Die Ergebnisse dieser Studie sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

²³ [17.480 | Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

²⁴ [24.3636 | Mindestfranchise den realen Gegebenheiten anpassen | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#) und [24.3608 | Mindestfranchise den realen Gegebenheiten anpassen | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

²⁵ Kaiser, Boris; Gerfin, Michael, 24.10.2017, Höhere Franchisen reduzieren Kosten. *Die Volkswirtschaft*, [Höhere Franchisen reduzieren Kosten – Die Volkswirtschaft](#).

Franchise (in Fr.)	300	500	1000	1500	2000	2500	alle
Alter	54,4	57,7	44,2	43,7	40,1	41,1	50,0
Monatliches Äquivalenzeinkommen (in Fr.)	4113	4262	4695	4786	5149	5171	4461
Wahlmodell (Hausarzt, Telmed und HMO, in %)	47,8	45,8	70,7	71,8	88,0	75,5	58,4
Anzahl Arztbesuche pro Jahr	8,5	7,7	4,3	3,2	2,5	2,2	6,1
Bruttoleistungen pro Jahr (in Fr.)	6717	5844	2514	1710	1185	1103	4519
Spitalaufenthalt im Vorjahr (in %)	11,8	10,0	3,8	2,6	1,5	1,2	7,7
Anteil Versicherte (in %)	46,6	13,8	3,5	14,5	4,9	16,5	100,0

Abbildung 5: Zusammenhang zwischen Franchisen und Verhalten im Gesundheitswesen. Quelle: Kaiser und Gerfin, 2017, [Höhere Franchisen reduzieren Kosten – Die Volkswirtschaft](#)

Der grösste Anteil der Versicherten, etwa 60 Prozent, hat eine tiefe Franchise von 300 oder 500 Franken im Jahr. Diese Gruppe bezieht relativ hohe Leistungen aus dem System (6717 respektive 5844 Franken), geht viel öfters zum Arzt (8,5 respektive 7,7 Besuche pro Jahr) und verzeichnet einen höheren Anstieg der Spitalaufenthalte im Vergleich zum Vorjahr (11,8 respektive 10,0 Prozent). Zudem wählt nur eine Minderheit dieser Gruppe weitere kostendämpfende Modelle, wie etwa das Hausarzt-Modell oder Telmed.

Allerdings: Von den etwa 45 Prozent, welche eine Mindestfranchise von 300 Franken gewählt haben, schöpfen etwa 60 Prozent diese gar nicht aus. Das heisst, sie würden auch eine höhere Franchise nicht ausschöpfen. Das bedeutet wiederum, dass sie mit der Erhöhung der Franchise nichts verlieren.²⁶

Etwa 40 Prozent der Versicherten wählten Jahresfranchisen von 1000 Franken und mehr. Sie beziehen weniger Leistungen – 2500 bis 1100 Franken im Jahr, sie gehen seltener zum Arzt – zwischen 3,8 und 1,2 Besuche im Jahr – haben eine weniger stark steigende Anzahl an Spitalaufenthalten im Vergleich zum Vorjahr – zwischen 3,8 und 1,2 Prozent – und wählen mehrheitlich kostendämpfende Zusatzmassnahmen.

Würde man auf höhere Franchisen setzen, könnte man Kosten eindämmen und die Prämien senken – ohne Abbau der Leistungen, so die Studie. Diese Ergebnisse wurden im Jahr 2024 nochmals bestätigt. Eine Studie des *Basel Center for Health Economics* im

²⁶ NZZ, 28.10.2024, [Franchise 10000 Franken – Solidarität nur für teure Krankheiten?](#)

Auftrag des Krankenversicherers Helsana, zeigt: **Wenn die Mindestfranchise von 300 auf 500 Franken steigen würde, sinken die Kosten des Gesundheitswesens um etwa 1,2 Milliarden Franken pro Jahr.** Das könnte je nach Kasse und Modell zu einer **Prämien-Einsparung von bis zu 160 Franken pro Versichertem und Jahr** führen.²⁷

Dabei würde dies nicht einer Schlechterstellung führen. Denn um die 56 Prozent der Versicherten schöpfen ihre Franchise nicht aus (Stand 2019).²⁸ Sollte man dann doch die Franchise ausschöpfen müssen, wird der höhere Betrag durch die Prämieinsparung ausgeglichen. Für chronisch Kranke und andere Schutzbedürftige gibt es besondere Versicherungsleistungen, die den Bedürfnissen dieser Personen besser gerecht werden als eine tiefe Franchise mit hohen Prämien. Zusammengefasst: **Die Erhöhung der Mindestfranchise führt zur Entastung der Prämienzahler.**

2.2 Systemprofiteure sollen nur Anspruch auf Grundleistungen haben Grundleistungen für Asylmigranten

Asylmigranten bezahlen ihre Prämien nicht selbst. Sie werden von den anderen Versicherten getragen. Diese krasse Umverteilung **verteuert die Prämie. Stand 2024 befanden sich über 200'000 Personen im Asylsystem.**

Die durchschnittlichen Prämienkosten eines Asylanten, welcher in einem Bundesasylzentrum untergebracht war, betrug 2022 240 Franken pro Monat. Für 100'000 Asylanten (wie im Jahr 2022 inklusive effektiv registrierte Ukrainer) wären dies auf ein Jahr hochgerechnet 288 Millionen Franken nur für Prämienzahlungen! Dazu kommen zehntausende Asyl-Migranten, die bereits im Asylprozess sind. Die durchschnittlichen monatlichen Kosten pro Person für Franchise und Selbstbehalt betrugen 233 Franken im Jahr 2021.

Deshalb sollen **Asylmigranten** nur noch den Anspruch auf eine **Grundleistung** haben. Bei ihnen muss also die **ordentliche Versorgung im Krankheitsfall oder im Notfall** gewährleistet werden. Das bedeutet aber umgekehrt, dass ihre Wahlfreiheit, insbesondere die freie Arzt-, Spital- oder Therapiewahl, sowie die Leistungen einzuschränken sind. Für sie müsste es eine Verpflichtung geben von überwachter und koordinierter Versorgung im Fall eines Gesundheitsereignisses, Erstberatung vor

²⁷ NZZ, 11.9.2024, Höher Franchisen führen zu tieferen Gesamtkosten, [20240911 Hoehere Franchisen fuehren zu tieferen Gesamtkosten.pdf \(unibas.ch\)](#)

²⁸ NZZ, 28.10.2024, [Franchise 10000 Franken – Solidarität nur für teure Krankheiten?](#)

Fachmedizin und Generika. Dieser Fokus auf die Grundversorgung ist sowohl im Bereich der akutsomatischen wie der psychischen Gesundheit sicherzustellen.

Asylmigranten sollen aus Steuermitteln finanziert werden

Um den Druck auf die Prämien zu lindern, soll die Prämie von Asylanten nicht mehr von den Prämienzahlern sondern vom Staat getragen werden. Damit würde die **Finanzierung vollständig aus Steuermitteln** erfolgen, ohne Einbindung der regulären Krankenkassen. Dadurch könnten die Krankenkassen entlastet werden, was die Prämien tiefer hält. Dies würde zwar die Umverteilung nicht beenden. Doch sie erfolgt nicht mehr zu Lasten der Prämienzahlenden. SVP-Nationalrätin Diana Gutjahr hat dazu einen Vorstoss eingereicht.²⁹

Im Übrigen: Würden die Gesundheitskosten der Asylmigranten von der öffentlichen Hand übernommen, dann **müssten sie transparent ausgewiesen werden**. Das bietet wiederum die Möglichkeit für eine bessere politische Kontrolle und für andere Gegenmassnahmen. SVP-Nationalrat Thomas Aeschi hat einen Vorstoss eingereicht, der dieses Anliegen aufnimmt.³⁰ SVP-Nationalrätin Vroni Thalman-Bieri hat einen ähnlichen Weg in einer anderen Motion eingeschlagen.³¹

Wer Prämienverbilligung erhält, obschon er die Prämie bezahlen könnte, soll Zugang zu den Grundleistungen haben

Auch **Bezüger von Prämienverbilligungen, welche die Prämien eigentlich bezahlen könnten**, schaden dem System. Das Resultat sind höhere Kosten für das System und entsprechend höhere Prämien für die grosse Masse der regulären Beitragszahler.

Die Ungleichbehandlung muss korrigiert und die Prämienverbilligung muss auf die Personen, die sie wirklich brauchen, fokussiert werden. Entsprechend sind auch die Bezüger von Prämienverbilligungen, welche die Prämie aber bezahlen könnten, auf die **ordentliche Versorgung** im Krankheitsfall oder im Notfall zu verpflichten. Aber auch

²⁹ [24.4159 | Kantone bei der Finanzierung der Gesundheitskosten für Personen mit Schutzstatus S entlasten | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

³⁰ [24.4170 | Krankenkassenprämienwachstum bremsen. Gesundheitskosten \(mit stark abgespecktem Leistungskatalog!\) von Asylgesuchstellern, anerkannten Asylsuchenden, vorläufig aufgenommenen Ausländern und Status S Migranten sind neu direkt durch den Staat zu bezahlen und nicht mehr über die OKP | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

³¹ [24.3752 | Zeitnahe Entlastung des Gesundheitswesens durch Übernahme der Gesundheitskosten von asylsuchenden Personen durch den Bund | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

sie müssten auf die **Wahlfreiheit verzichten** und auch sie müssen sich einer integrierten Versorgung unterziehen.

2.3 Einführung eines «Grundversorgungsmodells»

Die Einführung eines neuen Versicherungsmodells mit **reduzierter Prämienlast**, dem sogenannten «Grundversorgungsmodell», soll als Ergänzung im Krankenversicherungsgesetz umgesetzt werden. Dieses Modell bietet allen Versicherten auf freiwilliger Basis die Möglichkeit, ihre Gesundheitsversorgung zu einer tieferen Prämie zu organisieren. Das «Grundversorgungsmodell» ist besonders für Personen gedacht, die bereit sind, als Gegenleistung für tiefere Prämien, Einschränkungen bei der Wahl ihrer medizinischen Versorgung hinzunehmen.

Der Fokus dieses Modells liegt auf der **ordentlichen Versorgung im Krankheits- und Notfall**. Damit wird sichergestellt, dass die grundlegende Gesundheitsversorgung stets gewährleistet bleibt. Im Unterschied zur herkömmlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung verzichtet das Modell jedoch auf die freie Wahl von Arzt, Spital und Therapie. Dies bedeutet, dass die Versicherten an vorab definierte Versorgungsnetzwerke gebunden sind, was zu **einer effizienteren und kostengünstigeren Organisation der medizinischen Leistungen** führt.

Zusätzlich beinhaltet das Modell eine Verpflichtung der Versicherten zur integrierten Versorgung. Diese sieht vor, dass alle medizinischen Massnahmen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Bevor Fachärzte konsultiert werden, ist eine Erstberatung verpflichtend, beispielsweise durch einen Hausarzt oder ein telemedizinisches Zentrum. Dies soll unnötige Facharztbesuche und damit verbundene Kosten reduzieren. Weiterhin werden die Versicherten dazu angehalten, Generika anstelle von teureren Originalmedikamenten zu verwenden, sofern dies medizinisch vertretbar ist.

Das «Grundversorgungsmodell» bietet somit eine Möglichkeit, die Gesundheitskosten zu senken, ohne die Grundversorgung zu gefährden. Es stellt eine flexible Alternative für jene dar, die bereit sind, ihre Wahlfreiheit im Gesundheitssystem zugunsten finanzieller Entlastung einzuschränken, und könnte somit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheitskosten in der Schweiz leisten.

Dieses «Grundversorgungsmodell» kann mit **positiven Anreizen** in Form von Boni verbunden werden. Beispielsweise können Versicherte mit Patientenverfügungen oder Organspendeausweise von einem Rabatt profitieren oder einen Bonus erhalten. **Wer sich also kostenmindernd verhält, soll belohnt werden.**

2.4 Weitere Massnahmen

Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen

Bürokratie und Regulierung führen zu höheren Kosten. Das Schweizer Gesundheitswesen zeichnet sich durch hohe Regulierungsdichte aus. Mit dem gezielten Abbau von Regeln und Vorschriften können Kosten gesenkt werden. SVP-Nationalrat Thomas de Courten brachte den Vorstoss 24.3441 «Kostensenkung im Gesundheitswesen und Minderung der Prämienlast durch Abbau unnötiger bürokratischer Regulierungen in der medizinischen Versorgung und Pflege» ein.³²

Er verpflichtet den Bundesrat zu prüfen, wie die zunehmende administrative Belastung von Ärzten, medizinischem Fachpersonal und Pflegenden durch bürokratische Regulierungen, Dokumentations- und Reportingpflichten, Statistik und Archivierung wirkungsvoll gebremst und wieder auf ein vernünftiges, verhältnismässiges und effizientes Mass zurückgeführt werden kann, ohne dass Behandlungsqualität und Patientensicherheit gefährdet werden. Dank dem Vorstoss kann endlich der **Bürokratieabbau** im Gesundheitswesen beginnen.

Höhere Mindestfranchisen und Prämien für neu eingewanderte

Eingewanderte Personen haben direkten Zugang zum 5-Sterne-Gesundheitswesen der Schweiz. Sie können alle Leistungen beanspruchen, ohne dass sie vorgängig Nettobeitragszahler gewesen sind. Um die Auswirkung dieser Fehlkonstruktion zu korrigieren, sollen eingewanderte Personen **in den ersten 5 Jahren ihrer Niederlassung in der Schweiz einer Pflichtfranchise von 2000 Franken und einem Wahlmodell unterstehen**. Nach der Vollendung des fünften Jahres nach der Niederlassung wechseln sie in die ordentliche obligatorische Versorgung.

Diese Personen müssen auch eine **höhere Prämie** bezahlen. Die erhöhte Prämie ist als **Abgeltung** für die Zuwanderung in die **bereits erstellte Infra- und Sozialstruktur** des Schweizer Gesundheitswesens zu verstehen und zu kalkulieren.

Bei **Grenzgängern** muss klar der Grundsatz gelten, dass nur jene Personen in der Schweiz behandelt werden, die eine Schweizer Versicherung haben. Auch Grenzkantone mit Vereinbarungen mit dem Ausland müssen Kostenwahrheit herstellen. Dabei **dürfen Schweizer Geldmittel nie die Behandlung von Ausländern (Personen ohne Schweizer Versicherung) bezahlen oder subventionieren**.

³² [24.3441 | Kostensenkung im Gesundheitswesen und Minderung der Prämienlast durch Abbau unnötiger bürokratischer Regulierungen in der medizinischen Versorgung und Pflege | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

Mehrjahresverträge

Heute gelten Verträge in der Grundversicherung jeweils für ein Jahr. Durch die Einführung (optionaler) Mehrjahresverträge kommt es zu **weniger Krankenkassenwechsel und somit zu geringeren administrativen Kosten für die Krankenversicherungen**. Einsparungen, die über **Bonusmodelle** an die Versicherten weitergegeben werden und sich somit letztlich auf die Prämien auswirken. Ebenso lohnt es sich für die Krankenversicherungen aufgrund der längerfristigen Vertragsbindung mehr, in die **Gesundheits-Prävention und damit in die Verhinderung von Erkrankungen zu investieren**.

Die Motion «Stärkung der koordinierten Versorgung durch Mehrjahresverträge im KVG» (23.3504), die den Bundesrat auffordert, freiwillige Mehrjahresverträge zwischen Krankenversicherern und Versicherten zu ermöglichen, ist bereits überwiesen.³³ Nun ist es am Bundesrat, sie umzusetzen.

Grundversorgung regional sicherstellen; Spitzenmedizin national koordinieren

Gerade im Zusammenhang mit den Leistungserbringern nehmen die Spitäler eine besondere Stellung ein. Die **Grundversorgung** ist flächendeckend im ganzen Land **sicherzustellen**. Die **erweiterte Versorgung und die Spitzenmedizin** muss jedoch **kantonsübergreifend, in Versorgungsregionen koordiniert** werden. Damit die Kantone nicht über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilen und somit regionale Überkapazitäten schaffen, sollen die Planungskriterien zudem um Kriterien zur Bedarfsnotwendigkeit ergänzt werden. Spitallisten sind hier ein wertvolles Instrument.

Die Spitalplanungen und Erstellung der Spitallisten soll in der Kompetenz der Kantone verbleiben, denn nur sie kennen die regionalen Bedürfnisse, denen auch bei einer überregionalen Versorgungsplanung angemessen Rechnung getragen werden muss. Eine interkantonale Planung der stationären Gesundheitsversorgung, in der das Angebot über die Kantonsgrenzen hinaus innerhalb von überkantonalen Versorgungsregionen aufeinander abgestimmt wird, findet aber bisher kaum statt. Eine interkantonale Spitalplanung sowie eine aufeinander abgestimmte gemeinsame Erteilung von Leistungsaufträgen (Spitalliste) würde das **bestehende Überangebot an stationären Angeboten eindämmen und damit signifikant Kosten senken, gleichzeitig aber auch die Qualität stark fördern**.

³³ [23.3504 | Stärkung der koordinierten Versorgung durch Mehrjahresverträge im KVG | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die bisherigen Bestrebungen der Kantone unbefriedigend sind und das Potenzial der überregionalen Spitalplanung noch nicht ausgeschöpft ist. Mit der Revision der Krankenversicherungsverordnung wurde die interkantonale Koordination in einem ersten Schritt gestärkt. Mit der Einführung einer durch die Kantone regionalen Abstimmung und Erteilung der Leistungsaufträge innerhalb einer Versorgungsregion wäre das Potenzial noch besser und rascher auszuschöpfen.

Lockerung des Vertragszwangs prüfen

Das geltende Krankenversicherungsgesetz kennt den **Kontrahierungszwang**. Dieser verpflichtet die Krankenversicherer, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen. Für die Zulassung sind ausschliesslich formale Kriterien wie berufliche Qualifikationsnachweise oder Anforderungen an die Infrastruktur relevant.

Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung spielen in der Realität bisher nur eine untergeordnete Rolle.

Heute gibt es nicht die Möglichkeit, aus mehreren Leistungserbringern aufgrund von Kriterien wie Qualität und Abdeckung eine Auswahl zu treffen und diese Möglichkeit als Versorgungsinstrument zu nutzen. So sind Punkte wie bestehendes Überangebot oder ineffiziente Leistungserbringung eines Leistungserbringers nicht relevant für seine Aufnahme in einen Tarifvertrag. Das muss sich ändern.

Die Lockerung des Vertragszwangs ist als griffiges Instrument gegen die Mengen- und Kostenexplosion zu prüfen. **Die Versorgung der Patienten muss dabei sichergestellt werden.** Doch die Krankenkassen müssen die Freiheit haben, auszuwählen mit welchem Leistungserbringer sie vertraglich verbunden sein möchten. Das schafft mehr Wettbewerb und kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität verbessern.

Singapur-Modell prüfen

Das Gesundheitssystem Singapurs gilt ebenso wie das Schweizer System als eines der besten der Welt. Die Lebenserwartung ist in beiden Ländern nahezu identisch. Gleichzeitig sind die Kosten des Gesundheitswesens in Singapur pro Kopf fast dreimal tiefer als in der Schweiz. **Das Singapur Modell sieht vor, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner zusammen mit ihrem Arbeitgeber im Monat einen fixen Prozentsatz des Lohnes auf ein individuelles Gesundheitskonto einzahlen – analog der beruflichen Vorsorge in der Schweiz.** Auf diesem Sperrkonto öffnet sich über die Jahre ein Vermögen, welches für die Behandlung von

«allgemeinen» gesundheitlichen Problemen verwendet wird. Zur Absicherung grosser Risiken wie teure Spitalaufenthalte besteht zudem eine Hochrisikoversicherung.

Ziel eines solchen Modells ist wiederum die Stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung. In der Schweiz liesse sich das System anwenden, indem ein Teil der Krankenversicherungsprämie zur Finanzierung allgemeiner Behandlungen ebenfalls auf ein individuelles **Gesundheitskonto** fliessen würde. Die Beiträge wären risikobereinigt, um dem höheren Bedarf beispielsweise älterer Personen Rechnung zu tragen. Der Rest würde für eine Hochrisikoversicherung verwendet. Am Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherung und Versicherten würde sich dabei im Vergleich zum bestehenden Modell nichts ändern.

3. Fazit: Kosten im Gesundheitswesen senken, Mittelstand stärken

Die SVP setzt im Gesundheitswesen auf Eigenverantwortung und Marktwirtschaft. Zur Eigenverantwortung gehört, dass man das Leben selbst plant und die Konsequenzen des eigenen Tuns trägt. Dabei ist dem einzelnen Menschen und den einzelnen Familien viel mehr zuzutrauen, als die öffentliche Hand es tut. Die meisten finden eine gute Balance zwischen Prävention und Beanspruchung der Leistungen des Gesundheitswesens. Zur Marktwirtschaft gehört der Wettbewerb beispielsweise zwischen Krankenkassen und beim Angebot der Medikamente, der Bürokratieabbau und die stetige Erhöhung der Effizienz.

Doch im Gesundheitswesen wird so viel staatlich gesteuert, dass Eigenverantwortung und Marktwirtschaft es nicht allein richten können. Das Krankenversicherungsobligatorium hat sich als Kostenfalle entpuppt. Der stetige Ausbau der Leistung und die masslose Zuwanderung sind weitere Kostentreiber. Der Mittelstand trägt die negativen Folgen dieser Kostenexplosion. Die immer höheren Prämien fressen das Budget auf. Das führt zu einem Verlust der realen Kaufkraft des Mittelstandes.

Es ist deshalb dringend nötig, jetzt Massnahmen einzuleiten. Die SVP hat Lösungen für das Problem der stetig expandierenden Kosten und der steigenden Prämien. Die Erhöhung der Mindestfranchisen, die Einführung eines «Grundversorgungsmodells» und die differenzierte Behandlung der Asylmigranten im Gesundheitswesen führt zu Milliarden-Einsparungen und zu tieferen Prämien. Weiter sind die Einführung einer Bagatellgebühr bei der Notfallaufnahme im Spital sowie von höheren Mindestfranchisen für neue Zuwanderer sowie die Option auf Mehrjahresverträge gute kostendämpfende Massnahmen.

Bei den Trägern von Leistungen im Gesundheitssystem ist bei den kostenintensivsten anzusetzen, den Spitälern. Dabei gilt, dass die Grundversorgung regional sicherzustellen ist. Die Spitzenmedizin ist jedoch zu koordinieren. Spitallisten können ein gutes Instrument in diesem Zusammenhang sein.

Die Gesundheitspolitik der SVP bringt der einzelnen Schweizerin und dem einzelnen Schweizer konkrete Vorteile:

- ✓ Die Senkung der Kosten des Gesundheitssystems dämpft den Anstieg der Prämien ab.
- ✓ Mit der sinkenden Prämienlast steigt die Kaufkraft, insbesondere des Mittelstandes.

- ✓ Mehr Auswahl bezüglich Pläne und Optionen bedeutet, man kann selbst wählen, wofür man bezahlen will.
- ✓ Die Steigerung der Effizienz der Abläufe erhöht die Qualität der Gesundheitsversorgung.
- ✓ Die fokussierte Behandlung der Asylmigranten schafft Transparenz, trägt zu tieferen Kosten und damit zu tieferen Prämien bei.