

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	20.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Prix des médicaments
Acteurs	Sans restriction
Type de processus	Sans restriction
Date	01.01.1965 - 01.01.2022

Imprimer

Éditeur

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Contributions de

Benteli, Marianne
Bernath, Magdalena
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Meyer, Luzius
Rohrer, Linda
Salathe, Laura
Schneuwly, Joëlle
Schubiger, Maximilian

Citations préféré

Benteli, Marianne; Bernath, Magdalena; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Meyer, Luzius; Rohrer, Linda; Salathe, Laura; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Prix des médicaments, 1989 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 20.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Economie	1
Agriculture	1
Production animale	1
Politique sociale	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	3
Médicaments	3
Epidémies	16
Assurances sociales	17
Assurance-maladie	17
<hr/>	
Partis, associations et groupes d'intérêt	27
Partis	27
Partis conservateur et de droite	27

Abréviations

BAFU	Bundesamt für Umwelt
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EU	Europäische Union
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
WHO	World Health Organization
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
BJ	Bundesamt für Justiz
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
EG	Europäische Gemeinschaft
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
HMO	Health Maintenance Organization
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
SAV	Schweizerischer Apothekerverein
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
WBK-NR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats
EPD	Elektronisches Patientendossier
Fedpol	Bundesamt für Polizei
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung

OFEV	Office fédéral de l'environnement
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
UE	Union européenne
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OMS	Organisation mondiale de la Santé
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'action sociale
OFJ	Office fédéral de la justice
EEE	l'Espace économique européen
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
CE	Communauté européenne
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)
HMO	Health Maintenance Organization
SSPS	Société suisse pour la politique de la santé
OICM	Office intercantonal de contrôle des médicaments
SSPh	Société suisse de Pharmacie
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
CSEC-CN	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national
DEP	Dossier électronique du patient
Fedpol	Office fédéral de la police
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Chronique générale

Economie

Agriculture

Production animale

MOTION
DATE: 17.03.2015
LAURA SALATHE

Der Ständerat teilte die Ansicht der grossen Kammer nicht und entschied, die Motion Gschwind (cvp, JU) zur **Senkung der Tierarzneimittel-Preise** mit 26 zu 14 Stimmen (3 Enthaltungen) abzulehnen. Zwar werden laut SGK-Sprecherin Egerszegi-Obrist (fdp, AG) tiefere Tierarzneimittelpreise und vereinfachte Rahmenbedingungen für einen Marktzutritt für Tierarzneimittel von einer Kommissionsmehrheit befürwortet, der Vorschlag, die Preise generell auf das EU-Niveau zu senken, aber abgelehnt. Es sei wichtig den Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier nicht für tiefere Preise aufs Spiel zu setzen. Eine von Graber (cvp, LU) angeführte Minderheit versuchte erfolglos die kleine Kammer von der Motion zu überzeugen. Die befürwortenden Ständeratsmitglieder argumentierten, dass in Anbetracht der Frankenstärke nichts unversucht bleiben dürfe, um das Preisniveau für Tierarzneimittel auf ein tieferes Niveau zu senken. Das Nein des Ständerates führte jedoch zur endgültigen Ablehnung der Motion.¹

Politique sociale

Santé, assistance sociale, sport

Santé, assistance sociale, sport

Jahresrückblick 2019: Gesundheit, Sozialhilfe und Sport

RAPPORT
DATE: 31.12.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

2019 befasste sich das Parlament mit zahlreichen Geschäften zu Schweizer Gesundheitspolitik, Sport und Sozialhilfe. Besonders relevant waren bezüglich **gesundheitspolitischer Themen** die Diskussionen um das **elektronische Patientendossier (EPD)**. Dieses soll 2020 in allen Regionen der Schweiz verfügbar sein, weshalb 2019 dazu einige Vorstösse behandelt wurden. So wurde ein Postulat Wehrli (fdp, VD; Po. 18.4328), welches Auskunft über die bereits ergriffenen und die noch zu ergreifenden Massnahmen verlangte, um die Umsetzung des EPD und dessen Nutzung zu fördern, vom Nationalrat angenommen. Ebenfalls Ja sagte die grosse Kammer zu einer Motion der SGK-NR (Mo. 19.3955). Diese hatte den Anschluss sämtlicher am Behandlungsprozess beteiligter Gesundheitsfachpersonen an das EPD zum Ziel und wird nun in einem nächsten Schritt im Stöckli behandelt. Mit dem im Juni 2019 verabschiedeten Bundesratsgeschäft zur **«Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im KVG»** (BRG 15.083) sollen zudem die Qualität der erbrachten Leistungen im Gesundheitsbereich verbessert, die Patientensicherheit nachhaltig erhöht und die Steigerung der Kosten in der OKP abgeschwächt werden.

In Sachen **Spitäler** standen 2019 die Kosten im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Unter anderem intendierte Verena Herzog (svp, TG) mittels Motion, **gemeinwirtschaftliche Leistungen dem öffentlichen Beschaffungsrecht zu unterstellen** (Mo. 16.3842). Denn durch eine Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen und der damit verbundenen Transparenz könne man nicht nur Kosten reduzieren, sondern auch an Effizienz gewinnen, erklärte die Motionärin. 2018 hatte der Nationalrat dieser Vorlage zugestimmt, der Ständerat gab ihr in der Herbstsession 2019 allerdings einen Korb. Mit einem **Selbstkostenanteil**, der beim **Aufsuchen der Spitalnotfallstation** (und beim ambulanten Praxisbesuch) entrichtet werden soll, wollten sowohl Thomas Weibel (glp, ZH; Pa.lv. 17.480) als auch Thomas Burgherr (svp, AG; Pa.lv. 17.452) der Kostenentwicklung entgegenwirken, die Eigenverantwortung der Patientenschaft stärken und den Spitalnotfall entlasten. Die grosse Kammer gab in der Wintersession 2019 der parlamentarischen Initiative Weibel, nicht aber der Initiative Burgherr Folge. Des Weiteren nahm das Stöckli als Zweitrat eine Motion der SGK-NR bezüglich **Referenzтарifen für ausserkantonale Behandlungen** an (Mo. 18.3388). Damit wollte die Kommission sicherstellen, dass die Kantone für Behandlungen ihrer Einwohnerinnen und Einwohner ausserhalb des Wohnkantons nicht weniger bezahlen würden als innerhalb. Bezüglich Ärzteschaft reichte Bea Heim (sp, SO; Mo. 18.3107) eine Motion zur **Offenlegung der Honorare von Ärztinnen und Ärzten** in einer leitenden Position ein. Transparenz sei notwendig, um falsche Anreize, unnötige Eingriffe und hohe Kosten für

die OKP zu verhindern, so Heim. Die Motion wurde im März 2019 von der grossen Kammer gutgeheissen und an die kleine Kammer überwiesen.

Rund um das **Pflegepersonal** waren die **Pflegeinitiative und der indirekte Gegenvorschlag** ein wichtiges Thema. Gefordert wurden unter anderem die Sicherstellung von genügend diplomierten Pflegefachleuten und eine Kompetenzerweiterung im Bereich der direkten Abrechnung von Pflegeleistungen zu Lasten der OKP. In der Wintersession empfahl der Nationalrat in Übereinstimmung mit dem Bundesrat die Ablehnung der Initiative und gab dem von der SGK-NR ausgearbeiteten indirekten Gegenvorschlag mit einigen kleinen Änderungen Folge. Anders als seine Kommission wollte er beispielsweise nicht, dass eine Vereinbarung zwischen Pflegefachpersonen und Krankenkasse für die Abrechnung der Pflegenden über die OKP generell nötig ist.

Im Frühling 2019 verabschiedete das Parlament eine **Änderung des Heilmittelgesetzes** (BRG 18.081), die aufgrund zweier neuen EU-Verordnungen zur Erhöhung von Sicherheit und Qualität von Medizinprodukten nötig geworden war, damit die Schweizer Patientenschaft weiterhin von allen europäischen Produkten profitieren kann und die Hersteller keinen Wettbewerbsnachteil erfahren. Qualität und Behandlungssicherheit waren ebenfalls Gegenstand eines Postulates Stahl (svp, ZH; Po. 19.3382), das den Bundesrat dazu aufforderte, die Bedingungen zur Ermöglichung eines **Versandhandels nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel** zu überprüfen. Weiter stimmte der Nationalrat in der Sommersession einer Motion Humbel (cvp, AG; Mo. 19.3005) zur Kostenvermeidung bei der **Umteilung von den Medikamenten der Kategorie C in die Kategorie B** zu und überwies sie an den Ständerat. Antibiotika und ihre Resistenz wurden 2019 mittels zweier Vorstösse thematisiert. Zum einen sprach sich der Nationalrat als Erstrat für eine Motion Graf (gp, BL; Mo. 19.3861) aus, die den Bundesrat damit beauftragte, seine One-Health-Strategie mit der Erforschung von Antibiotikaresistenzen zu ergänzen, um so eine Vorgehensweise zur Bekämpfung ihrer Ursachen ausarbeiten zu können. Zum anderen reichte Claude Béglé (cvp, VD, Po. 19.3860) ein Postulat zur «Förderung der Erforschung und der Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel» ein, welches allerdings im Rat nicht auf Anklang stiess. Im Herbst 2019 beschäftigte sich das Stöckli mit einer Motion Müller (fdp, LU; Mo. 19.3743), mit der die **Eliminierung von Hepatitis** in ein nationales Programm zu sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten integriert werden soll.

Auch über **Tabakwaren** wurde 2019 angeregt diskutiert. So befasste sich der Ständerat erneut mit dem **Bundesgesetz über Tabakprodukte**, nachdem 2016 ein erster Entwurf an den Bundesrat zurückgewiesen worden war. Das Gesetz soll in erster Linie dazu dienen, Teenager, aber auch die Gesamtbevölkerung vor den negativen Auswirkungen des Tabakkonsums zu schützen. In den Medien war hingegen insbesondere das Thema «E-Zigaretten» zentral. Dieses fand auch seinen Weg ins Parlament; im Ständerat wurde über eine tiefere Besteuerung von elektronischen Zigaretten diskutiert (Mo. 19.3958 der SGK-SR). Vor dem Hintergrund der 2017 eingereichten Motionsserie zu **wissenschaftlichen Pilotversuchen mit Cannabis** trat der Nationalrat im Dezember 2019 auf die vom Bundesrat vorgeschlagene Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ein (BRG 19.021). Neben E-Zigaretten berichteten die Medien auch ausführlich über die umstrittene Auswahl des Tabakkonzerns **Philip Morris als Hauptsponsor des Schweizer Pavillons an der Weltausstellung 2020** in Dubai. Nachdem der Schweiz für diesen Entscheid viel Unverständnis entgegengebracht worden war und sich gar die WHO zu Wort gemeldet hatte, erklärte Aussenminister Ignazio Cassis Ende Juli, dass man die Partnerschaft nicht weiterführen werde.

Trotz grosser Aufmerksamkeit in den Medien – dieses Thema ist mitverantwortlich für den Peak des Gesundheitsthemas im Juli 2019 – kaum Eingang ins Parlament fand dieses Jahr die Frage der **Sterbehilfe**. Aufgegriffen wurde von den Zeitungen vor allem der Gerichtsprozess rund um Erika Preisig und den assistierten Suizid bei psychisch kranken Personen.

Die mediale Berichterstattung zu **sportlichen Themen** war im Juni 2019 besonders intensiv. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in diesem Monat nicht nur das Eidgenössische Turnfest in Aarau stattfand, sondern auch ein Formel-E-Rennen in Bern ausgetragen wurde, das bei der Bevölkerung auf Widerstand stiess und anlässlich dem eine Velo-Demonstration durchgeführt wurde. Zudem wurde die durch die Fussball-Weltmeisterschaft der Frauen ausgelöste Diskussion um die Gleichstellung der Geschlechter in dieser Sportart ebenfalls von den Schweizer Medien aufgenommen. Im Parlament wurden bezüglich Sport zwei Vorlagen zu **Sportzentren respektive zu der**

Finanzierung ihres Betriebs diskutiert. So nahmen beide Räte eine Motion Engler (cvp, GR, Mo. 18.4150) an, welche beabsichtigte, dem Bund eine Mitfinanzierungsrolle beim Trainings- und Wettkampfbetrieb auf Sportanlagen nationaler Bedeutung zukommen zu lassen. Im Dezember 2019 sagte die kleine Kammer Ja zu einem weiteren Postulat Engler (Po. 19.4044), das einen Bericht zur Realisierung von drei bis vier Wintersportzentren anstelle eines nationalen Schneesportzentrums forderte. Silva Semadeni (sp, GR), die in Vergangenheit eine referendumsfähige Gesetzesgrundlage zur Bundesmilliarde für Sion 2026 schaffen wollte, reichte 2018 eine parlamentarische Initiative ein, um die **Unterstützung Olympischer Spiele** im Allgemeinen einem fakultativen Referendum zu unterstellen (Pa.lv. 18.445). In einem ersten Schritt gab die WBK-NR diesem Geschäft im Juni 2019 Folge. Im Gebiet der **Dopingpolitik** überwies der Nationalrat eine Motion Bourgeois (fdp, FR; Mo. 19.3667) an den Ständerat, die die Prüfung der Errichtung einer Koordinationsstelle für Dopingfragen beim Fedpol zum Gegenstand hatte.

Im Bereich **Sozialhilfe** interessierten sich die Medien insbesondere für die **Höhe der Sozialhilfebeiträge**, über die in verschiedenen Kantonen diskutiert wurde. Als erster Kanton stimmte Bern im Mai in einer Volksabstimmung über entsprechende Kürzungen ab. Hätte sich das Stimmvolk für die Revision des Sozialhilfegesetzes ausgesprochen, so hätte der neue Grundbetrag die Empfehlung der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (Skos) deutlich unterschritten. Von Bedeutung war dieser Entscheid auch für die anderen Kantone, da man sich vor einem «Domino-Effekt» und «Sozialhilfe-Tourismus» fürchtete. Gemäss Einschätzungen des Tagesanzeigers von Anfang Oktober verlor die Forderung nach dem Nein in Bern in anderen Kantonen und Städten an Unterstützung.²

Politique de la santé

Als **Gründe für die Kostenexpansion im Gesundheitswesen** nennen Fachleute das immer grössere Leistungsangebot in den Spitälern, die starke Zunahme der Zahl der Ärzte, den vermehrten Medikamentenkonsum, die steigenden Lohnkosten, die erhöhte Nachfrage nach therapeutischen Leistungen und die Alterung der Bevölkerung. Sie verweisen darauf, dass das Gesundheitswesen nicht nach Marktprinzipien funktioniert, ein Umstand, der preistreibend wirke, da sowohl für die Patienten wie für die Leistungsanbieter ein echter Anreiz zu kostengünstigeren Behandlungen fehlt.³

Lösungen, die aus der Kostenspirale herausführen sollen, sind nur in Ansätzen vorhanden und teilweise politisch recht brisant. **Alternative Krankenkassenmodelle** (HMO und Bonus-Versicherung) möchten die Patienten zu gesundheits- und kostenbewussterem Handeln anleiten, könnten aber auch zu einer wachsenden Entsolidarisierung zwischen den Versicherten führen. Eine Rationierung der Leistungen – beispielsweise die Verweigerung aufwendiger Therapien bei Patienten mit geringen Heilungschancen oder in fortgeschrittenem Alter – mag ökonomisch sinnvoll erscheinen, würde aber die Gesellschaft vor kaum lösbare menschliche und soziale Probleme stellen.⁴

Médicaments

Die Preisgestaltung der Medikamente geriet ebenfalls wieder in Bewegung. Die Kartellkommission hielt an ihrer bereits 1988 geäusserten – und von der Pharmaindustrie aufs heftigste bestrittenen – Auffassung fest, die **Generika würden durch die bestehende Marktordnung benachteiligt**, und sie drohte, eine Untersuchung des Arzneimittelmarktes einzuleiten. Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) führte eine Tagung zu diesem Thema durch, in deren Verlauf die Meinungen ziemlich heftig aufeinanderprallten.⁵

DÉBAT PUBLIC
DATE: 31.01.1990
MARIANNE BENTELI

DÉBAT PUBLIC
DATE: 25.08.1990
MARIANNE BENTELI

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 17.11.1989
MARIANNE BENTELI

ÉTUDES / STATISTIQUESDATE: 30.01.1990
MARIANNE BENTELI

Erneut gerieten die **Medikamentenpreise** ins Kreuzfeuer der Kritik. Ein von der Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) publizierter **internationaler Preisvergleich** zeigte, dass dieselben Arzneimittel in der Schweiz durchschnittlich fast doppelt so teuer sind wie in den EG-Staaten. Die von den Herstellern vorgebrachte Rechtfertigung, wonach die allgemeinen Lebenshaltungskosten, die staatliche Preiskontrolle sowie Wechselkursschwankungen dafür verantwortlich seien, vermochte den Preisüberwacher nicht zu überzeugen. In Absprache mit dem Bundesamt für Sozialversicherung und der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) sprach er sich dafür aus, der gesamte Medikamentenmarkt, d.h. auch die wichtigen Medikamente auf der sogenannten Spezialitätenliste, sei dem **Preisüberwachungsgesetz** zu unterstellen.⁶

ACTE ADMINISTRATIFDATE: 21.08.1990
MARIANNE BENTELI

Auf Vermittlung der Kartellkommission wurde bei den Generika eine gewisse Annäherung der Positionen erzielt, insofern als die **Handelsmargen der Generika etwas angehoben** wurden, was dazu führen dürfte, dass vermehrt preisgünstige Nachahmerprodukte verschrieben werden.⁷

INTERPELLATION / QUESTIONDATE: 23.01.1991
MARIANNE BENTELI

Mit dem Inkrafttreten des Preisüberwachungsgesetzes erhielt der **Preisüberwacher** im Bereich der Medikamente **mehr Kompetenzen**. Neu kann er auch die kassenpflichtigen Medikamente der sogenannten Spezialitätenliste unter die Lupe nehmen. Dies störte die beiden Basler Ständeräte Miville (sp, BS) und Rhinow (fdp, BL), welche in einer gemeinsam unterzeichneten Interpellation den Bundesrat baten, den Forschungsstandort Schweiz nicht durch übertriebene staatliche Kontrollmechanismen zu gefährden. In seiner Antwort anerkannte Bundespräsident Cotti durchaus die Verdienste der Basler Pharma-Industrie, wies aber darauf hin, dass bei der Bekämpfung der Kostenexpansion im Gesundheitswesen alle Beteiligten ihren Beitrag zu leisten hätten.⁸

DÉBAT PUBLICDATE: 25.04.1992
MARIANNE BENTELI

Nach Ansicht des Preisüberwachers sind die **Medikamentenpreise in der Schweiz massiv überhöht**, werden dafür doch rund 40 Prozent mehr bezahlt als im europäischen Durchschnitt. Er forderte deshalb das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) auf, bei der Preiskontrolle künftig auch auf das tiefere Auslandniveau abzustellen. Die Pharmabranche wollte die Zahlen des Preisüberwachers nicht gelten lassen. Gemäss ihren Angaben sind ältere Medikamente in der Schweiz tatsächlich etwas teurer als im Ausland, neuere Präparate hingegen billiger als in den europäischen Vergleichsländern. Zumindest in der Eidgenössischen Arzneimittelkommission setzte sich der Preisüberwacher durch. Die Kommission, welche nur beratende Funktion hat, fand es angemessen, die Preise für Originalmedikamente, die seit mehr als 30 Jahren auf dem Markt sind, um 15 Prozent zu senken. Die Preisschutzfrist soll zudem sowohl für alte wie für neue Medikamente von heute 30 auf 15 Jahre gesenkt werden.⁹

ORDONNANCE / ARRÊTÉ FÉDÉRAL SIMPLEDATE: 17.02.1993
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat will das **Preisgefälle zwischen hiesigen und ausländischen Medikamenten** in den Griff bekommen. Er gab den Auftrag zu den entsprechenden Verordnungsänderungen. Dabei ist auch ein Preisvergleich mit dem Ausland vorgesehen, wie ihn der Preisüberwacher im Vorjahr gefordert hatte, sowie eine Überprüfung der Patentdauer. Gleichzeitig soll die Verwendung von Generika – den kostengünstigeren Nachahmerpräparaten – gefördert werden. Die Apotheker wehrten sich gegen die geplanten Preissenkungen, die ihrer Ansicht nach zu einem Apothekensterben und damit zum Wegfall einer bedeutenden Dienstleistung im Gesundheitswesen führen würden. Vehement wiesen die Apotheker auch den Vorschlag einzelner Krankenkassen zurück, ihren chronischkranken Versicherten die Medikamente direkt abzugeben. Die Kassen argumentierten, bei der Abgabe von Langzeitpräparaten sei die Apotheker-Marge nicht mehr durch das Beratungsgespräch gerechtfertigt.¹⁰

ORDONNANCE / ARRÊTÉ FÉDÉRAL SIMPLE In Zusammenarbeit mit der Preisüberwachung und der Eidg. Arzneimittelkommission erarbeiteten das EDI und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) eine **neue Arzneimittelverordnung**, die eine **Korrektur der Preisstruktur sowie Preissenkungen im Bereich der kassenpflichtigen Medikamente** bewirken soll mit dem Ziel, die Schweizer Preise für Medikamente vermehrt den ausländischen anzunähern. Von den angestrebten Preissenkungen, welche für die Krankenkassen mittelfristig Einsparungen in Millionenhöhe bringen, werden nur Produkte auf der sogenannten Spezialitätenliste betroffen, das heisst jene Medikamente, die von den Krankenkassen zurückerstattet werden und demzufolge der Preiskontrolle durch das BSV unterstehen. Nach dem neuen Modell sollen ältere Originalpräparate durch eine Verkürzung der Preisschutzfrist billiger werden, neuere durch die Einführung eines Innovationszuschlags etwas teurer.¹¹

COLLABORATION INTERCANTONALE Die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) beschloss, bei der Registrierung eines Medikamentes den **Detailverkaufspreis nicht mehr als Kriterium** zu berücksichtigen. Die Preiskontrolle soll inskünftig durch den Preisüberwacher oder das BSV erfolgen. Gleichzeitig hob die IKS auch das Verbot der Publikumswerbung für jene Medikamente auf, die nur in Apotheken erhältlich sind. Für rezeptpflichtige Arzneien gilt das Werbeverbot aber weiterhin, ebenfalls für jene, die Suchtstoffe enthalten oder deren Anwendung ärztlicher Anleitung bedarf.¹²

ORDONNANCE / ARRÊTÉ FÉDÉRAL SIMPLE Der Bundesrat verabschiedete die **revidierte Arzneimittelverordnung**, mit welcher aufgrund einer Verkürzung der Preisschutzfrist ältere Originalmedikamente billiger, neue hingegen durch die Einführung eines Innovationszuschlages etwas teurer werden. Nach der geänderten Verordnung ist bei der Preisbestimmung auch der Verkaufspreis im Ausland ausschlaggebend. Diese neuen Bestimmungen betreffen aber nur die Präparate auf der Spezialitätenliste mit vereinbarten und von den Krankenkassen akzeptierten Preisen, also nur rund ein Viertel der in der Schweiz angebotenen Medikamente.¹³

ACTE ADMINISTRATIF Ausgehend von der revidierten Verordnung über die Arzneimittelpreiskontrolle, welche auf den 1. Januar 1996 in Kraft trat, nahm das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die **Preise von rund 280 Präparaten unter die Lupe**. Kernpunkt des neuen Vorgehens ist ein Preisvergleich mit Deutschland, Dänemark und den Niederlanden. In einer ersten Überprüfung wurden für 70 ältere, patentabgelaufene Medikamente die Preise gesenkt, gleichzeitig aber für 90 neuere Arzneimittel Preiserhöhungen vorgenommen, da diese Produkte im internationalen Vergleich zu billig abgegeben würden. Nach dem gleichen Vorgehen werden bis zum Jahr 2000 alle Medikamente verbilligt, die vor 1985 auf den Markt gekommen sind. Das soll zu Einsparungen von gut CHF 500 Mio. führen; der verbesserte Patentschutz auf den neueren Medikamenten wird demgegenüber mit rund CHF 70 Mio. zu Buche schlagen.¹⁴

DÉBAT PUBLIC Die Absicht der Krankenkassen Helvetia und Visana, zur Senkung der allgemeinen Gesundheitskosten inskünftig einen Teil der **Medikamente per Post** und unter Ausschluss der Apotheken zu vertreiben, stiess beim Schweizerischen Apothekerverein (SAV) auf harsche Kritik. Der SAV verlangte ein gesamtschweizerisches Verbot derartiger Praktiken, da ein Medikamentenversandhandel fachlich unvertretbar, patientenfeindlich, gesetzeswidrig und unwirtschaftlich sei. Der SAV schlug stattdessen ein neues Abgeltungssystem vor, bei dem die Apotheker wirtschaftliche Anreize erhalten sollen, um Medikamentenkosten einzusparen.¹⁵

DÉBAT PUBLIC Mit Besorgnis wurde registriert, dass sich **über Internet** problemlos – und oftmals zu deutlich tieferen Preisen – **Arzneimittel bestellen** lassen, die im eigenen Land nicht zugelassen sind oder für die ein entsprechendes Rezept eines Arztes fehlt. Nationale Kontrollstellen und Vorschriften werden so obsolet, da sie ohne weiteres umgangen werden können. Die juristische Lücke soll demnächst geschlossen werden. Europaweit laufen Anstrengungen für ein generelles Teleshopping-Verbot für Medikamente.¹⁶

POSTULAT
DATE: 13.12.1996
MARIANNE BENTELI

Preisüberwacher Marti nahm mit Genugtuung von den Preissenkungen Kenntnis, kündigte aber an, dass er die Preiserhöhungen noch einmal auf ihre Verordnungskonformität anschauen werde. Bundesrätin Dreifuss schloss sich dem an und wies das BSV an, die Preiserhöhungen noch einmal zu überprüfen und dabei auch die übrigen Kriterien der Verordnung (medizinisches Bedürfnis, Zweckmässigkeit, Zuverlässigkeit und Wirtschaftlichkeit) anzuwenden. Inskünftig soll es dem BSV untersagt sein, automatische Preiserhöhungen von Amtes wegen vorzunehmen; zudem muss es **Preiserhöhungen der Preisüberwachung unterbreiten**, damit diese ihr Empfehlungsrecht wahrnehmen kann. Ein überwiesenes **Postulat** Hochreutener (cvp, BE) bemängelte überdies die **Preisverzerrungen**, die wegen der gewählten Methode (Vergleich des Publikumspreises) entstanden seien, und regte an, inskünftig auf einen Vergleich der Herstellerpreise abzustellen.¹⁷

ACTE ADMINISTRATIF
DATE: 28.01.1997
MARIANNE BENTELI

Auf den 15. Februar setzte das BSV die im Vorjahr beschlossene **Preiskürzung für 126 Medikamente**, deren Patentfrist abgelaufen und deren Verkaufspreis im Ausland viel niedriger ist als in der Schweiz, in Kraft. Die Preissenkung (je nach Medikament zwischen 3% und 56%) war für 37 Medikamente von 13 Herstellern vorerst nur provisorischer Natur, da diese gegen die Preiskorrekturen Rekurs beim Eidg. Versicherungsgericht erhoben, welches ihrer Einsprache allerdings die aufschiebende Wirkung entzog. Dennoch liefen die Verhandlungen zwischen dem BSV und der Pharma-Industrie – wenn auch harzig – weiter. Ziel der Gespräche ist eine Preissenkung um mindestens 10% für alle Arzneien, deren Patentfrist abgelaufen ist, sowie eine Anpassung an das europäische Niveau für die neueren Medikamente. Auf den 15. September wurde die zweite Etappe der Preissenkungen eingeläutet. Diesmal waren 74 Medikamente betroffen. In 45 Fällen fochten die Hersteller auch diese Verfügung mit einer Beschwerde an; sieben Medikamente wurden von den Herstellern gar vom Markt zurückgezogen.¹⁸

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 31.07.1997
MARIANNE BENTELI

Eine **Volksinitiative "für tiefere Arzneimittelpreise"** wurde Ende Juli vom Grossverteiler Denner lanciert und kam noch vor Jahresende mit rund 127'000 Unterschriften zustande. Die Initiative verlangt, dass im Ausland zugelassene Medikamente in der Schweiz zu den gleichen Bedingungen verkauft werden können und anstelle der teuren Originalpräparate grundsätzlich die preisgünstigeren Generika von den Ärzten verschrieben oder in den Apotheken abgegeben werden sollen.¹⁹

MOTION
DATE: 18.03.1998
MARIANNE BENTELI

Der Ständerat überwies eine **Motion** Simmen (cvp, SO), welche von der Landesregierung verlangt, die **Parallelimporte von Arzneimitteln sowie die Substitution durch Generika gesetzlich zu regeln**. Dieser Vorstoss verstand sich als Aufforderung an den Bundesrat, einen indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative "für tiefere Arzneimittelpreise" auszuarbeiten; gemäss Simmen würde dieses Begehren zu weit gehen und insbesondere der Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu wenig Beachtung schenken. Der Bundesrat, der sich aufgrund der laufenden Entwicklungen nicht die Hände binden lassen wollte, beantragte vergeblich Umwandlung in ein Postulat. Die Zustimmung zur Motion erfolgte mit 18:2 Stimmen.²⁰

ACTE ADMINISTRATIF
DATE: 09.04.1998
MARIANNE BENTELI

Trotz öffentlich geäussertter Missbilligung durch den Preisüberwacher, der am ursprünglichen Konzept festhalten wollte, einigten sich das BSV und die Pharmabranche auf einen **Kompromiss in der zweiten Preissenkungsrunde**. Demnach wird für die Festsetzung der Preise der älteren Medikamente nicht der Ladenpreis in den vergleichbaren europäischen Ländern herangezogen, sondern der Fabrikabgabepreis. Damit bleiben diese Heilmittel in der Schweiz weiterhin um rund einen Drittel teurer als in den Referenzstaaten Deutschland, Dänemark und Niederlande. Im Gegenzug verpflichteten sich die Hersteller und Importeure, die von ihnen zwischen 1996 und 1998 eingereichten Beschwerden zurückzuziehen. Auf den 15. September läutete das BSV die **dritte Preissenkungsrunde** ein und verfügte eine Verbilligung von bis zu 70% für 113 weitere ältere Medikamente; in 20 Fällen wurde von den Produzenten erneut Beschwerde eingereicht.²¹

ACTE ADMINISTRATIF
DATE: 29.04.1998
MARIANNE BENTELI

Im Gleichklang mit der im Vorjahr vom Detailhandelisten Denner eingereichten Volksinitiative „für tiefere Arzneimittelpreise“ setzte sich der **Preisüberwacher** nicht nur für eine **Senkung der Verkaufspreise** in der Schweiz ein, sondern auch dafür, dass alle in den Nachbarländern zugelassenen Medikamente in der Schweiz ohne zusätzliche Bewilligung verkauft werden dürfen. Gleichzeitig prüfte die Wettbewerbskommission, welche rechtlichen Hindernisse diesen **Parallelimporten** im Weg stehen.²²

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 21.09.1998
MARIANNE BENTELI

Mitte Jahr gab der Bundesrat bekannt, er werde die **„Denner“-Initiative** aus ähnlichen Überlegungen, wie sie Simmen vorgebracht hatte, ablehnen und dazu einen **indirekten Gegenvorschlag** präsentieren. Einen ersten Schritt tat er mit seinen Revisionsvorschlägen für das Krankenversicherungsgesetz. Nach seinen Vorstellungen sollen die Ärzte zunehmend nur noch den Wirkstoff verschreiben, worauf dann die Apotheker gehalten sind, ein Generikum abzugeben, es sei denn, der Arzt habe deutlich das Originalpräparat rezeptiert. Ende Jahr erlaubte das BSV der Krankenkasse „Swica“, ein neues, für die Prämienzahler kostengünstigeres Versicherungsmodell anzubieten, bei dem die Kunden zugunsten von Generika auf Originalpräparate verzichten. Allerdings muss nach Ansicht der Behörden auch in dieser neuen Versicherungsform eine medizinisch angemessene Behandlung im Rahmen der Pflichtleistungen gewährleistet sein. Es wäre mit dem KVG nicht vereinbar, wenn sich die Versicherten verpflichteten, sich auch dann mit einem billigeren Medikament zufrieden zu geben, wenn ein teureres erwiesenermassen wirksamer wäre.²³

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 18.12.1998
MARIANNE BENTELI

Mehr Unterstützung fand die Landesregierung vorerst in der grossen Kammer, die eine analoge Motion Hochreutener (Mo. 97.3637) sowie zwei ähnlich gelagerte **Motionen** Wiederkehr (ldu, ZH) (Mo. 98.3189) und Cavalli (sp, TI) (Mo. 98.3191) nur als Postulate annahm. Ausformulierte Vorschläge machte eine Motion Gysin (sp, BS) (Mo. 97.3309). Bei Verfügbarkeit eines Generikums sollten die Krankenkassen lediglich verpflichtet werden, das **kostengünstigere Präparat** zu bezahlen; zudem dürften die Ärzte nur mehr den Wirkstoffnamen und nicht mehr ein konkretes Produkt verschreiben. Auch dieser Vorstoss wurde nur in der abgeschwächten Form des Postulats verabschiedet. Bis Ende Jahr liess sich dann aber offensichtlich auch der Nationalrat davon überzeugen, dass es an der Zeit ist, hier Druck aufzusetzen. Oppositionslos nahm er in der Wintersession eine **parlamentarische Initiative** Strahm (sp, BE) an, welche **Parallelimporte** unter der Bedingung gestatten will, dass der darin enthaltene Wirkstoff bereits einmal in der Schweiz zugelassen wurde.²⁴

CONTRE-PROJET DIRECT À UNE INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 12.05.1999
MARIANNE BENTELI

Im Gegenzug beantragte der Bundesrat dem Parlament, die vom Detailhandelgrossisten Denner lancierte **Volksinitiative „für tiefere Arzneimittelpreise“** Volk und Ständen zur Ablehnung zu empfehlen, da sie zu radikal sei und zu einer Gefährdung der Volksgesundheit führen könnte. Die vorberatende Kommission des Nationalrates befand aber, ohne eine wirklich griffige Alternative könnte die Initiative durchaus Chancen in einer Volksabstimmung haben. Deshalb beschloss sie äusserst knapp (mit 9 zu 8 Stimmen bei einer Enthaltung) einen **direkten Gegenvorschlag**, der die Frage der Parallelimporte im Sinn des Bundesrates, aber auf Verfassungsstufe regelt. Damit soll der Druck aufrecht erhalten bleiben, bis das Heilmittelgesetz vom Parlament verabschiedet ist.²⁵

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 27.05.1999
MARIANNE BENTELI

Die **Volksinitiative** der Apotheker **„für eine sichere und gesundheitsfördernde Arzneimittelversorgung“**, welche im Vorjahr in Rekordgeschwindigkeit zustande gekommen war, wurde im April mit 265'804 gültigen Unterschriften eingereicht. Das Volksbegehren, welches verlangt, dass Medikamente nur unter Mitwirkung von Gesundheitsfachleuten abgegeben werden dürfen, richtet sich vordergründig gegen die neuen Vertriebsformen in Warenhäusern sowie im Versand- und Internethandel. Dahinter stehen aber die Ängste eines ganzen Berufsstandes, der durch die Liberalisierung der Medikamentenabgabe um seine Pfründen bangt. Den Apothekern ist vor allem die Selbstdispensation der Ärzteschaft ein Dorn im Auge, welche mit dem lukrativen Medikamentenverkauf – für den sie nicht selten von den Pharmafirmen bis zu 50% Rabatt erhalten – ihre Umsätze in den letzten Jahren stark steigern konnten.²⁶

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 22.12.1999
MARIANNE BENTELI

Mit der ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) soll den kostengünstigeren **Generika** zum Durchbruch verholfen werden. Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, den Apothekern die Möglichkeit zu geben, ein Originalprodukt durch ein billigeres, aber gleichwertiges Produkt zu ersetzen, wenn der Arzt nicht ausdrücklich mit seinem Rezept die Abgabe des Originals verlangt. Weil dieser Vorschlag ihrer Ansicht nach nur bedingt zum Umsteigen auf Generika führen würde, beschloss die vorberatende Kommission des Ständerates, analog zum Arzttarif eine Leistungsentschädigung für die Apotheker einzuführen, denn nur wenn ihr Einkommen nicht mehr von der Höhe der Medikamentenpreise abhängt, hätten die Apotheker ein Interesse am Generikaverkauf. Zudem sollen sie den Arzt erst nach der Abgabe des Medikaments über die Substitution informieren müssen.²⁷

PROCÉDURE JUDICIAIRE
DATE: 31.12.1999
MARIANNE BENTELI

Einen vorläufigen Rückschlag mussten die Verfechter von Parallelimporten kurz vor Jahresende vom **Bundesgericht** hinnehmen. Dieses entschied, der 15 Jahre dauernde **Patentschutz** erlaube es, **für diese Produkte Parallelimporte zu verbieten**. Die Lausanner Richter liessen aber ein Fenster offen. Sie hielten nämlich fest, sie hätten nur eine Gesetzeslücke im bestehenden Patentrecht geschlossen. Wenn das Parlament die Sache anders regeln wolle, so sei ihm dies unbenommen. Preisüberwacher und Nationalrat Marti (sp, GL) sowie die beiden Abgeordneten David (cvp, SG) und Strahm (sp, BE) erklärten deshalb, sie würden zum neuen Heilmittelgesetz einen Anhang beantragen, welcher das Patentgesetz in den entsprechenden Dispositionen ändert, bzw. andere Möglichkeiten finden, um die Parallelimporte dennoch zu ermöglichen.²⁸

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 08.06.2000
MARIANNE BENTELI

Einstimmig lehnte der Nationalrat die vom Detailhandelsgrossisten Denner eingereichte **Volksinitiative „für tiefere Arzneimittelpreise“** ab. Wie schon der Bundesrat widersetzte sich auch der Nationalrat diesen Vorschlägen aus Gründen der Patientensicherheit sowie im Namen der Therapiefreiheit der Ärzte. Dem Rat lag noch ein Kommissionsantrag vor, welcher die Initiative mit einem direkten Gegenvorschlag abfangen wollte. Die Befürworter dieser Lösung argumentierten, das Ansinnen der Initianten sei an und für sich legitim, wenn eben auch gefährlich formuliert; mit ihrem vielversprechenden Titel sei ein Erfolg der Initiative in der Volksabstimmung nicht auszuschliessen. Die bürgerliche Ratsmehrheit befand aber, mit dem neuen Heilmittelgesetz und den mit der 1. Teilrevision des KVG beschlossenen Massnahmen bezüglich der Abgabe von Generika seien die Fragen genügend geklärt. Der Kommissionsantrag wurde mit 77 zu 71 Stimmen knapp abgelehnt, die Denner-Initiative einstimmig verworfen. Oppositionslos wies auch der Ständerat die Initiative ab, ebenso wie (mit 29 zu 5 Stimmen) einen Antrag Studer (sp, NE) auf Ausarbeitung eines Gegenvorschlags; anders als jener im Nationalrat betraf dieser nur die privilegierte Abgabe von Generika, nicht aber die Zulassung von Parallelimporten.²⁹

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 04.03.2001
MARIANNE BENTELI

Am 4. März gelangte die 1997 vom Grosshandeldetaillisten Denner eingereichte und im Vorjahr vom Parlament zur Ablehnung empfohlene **Volksinitiative „für tiefere Arzneimittelpreise“** zur Abstimmung. Sie verlangte, dass alle in den Nachbarländern zugelassenen Medikamente auch in der Schweiz verkauft werden dürfen; Ärzte, Apotheken und Krankenkassen sollten verpflichtet werden, soweit vorhanden Generika beziehungsweise das preisgünstigste Präparat zu verschreiben, abzugeben oder zu vergüten. Die bürgerlichen Parteien sprachen sich geschlossen gegen die Initiative aus. Ihrer Ansicht nach hätte das Begehren die Therapiefreiheit der Ärzteschaft beschnitten, die Patientensicherheit gefährdet und den Pharmastandort Schweiz geschwächt. Die SP zeigte sich gespalten, weshalb sie schliesslich Stimmfreigabe beschloss. Eine Minderheit um die beiden Nationalräte Strahm und Sommaruga (beide BE) konnte der Initiative als Signal gegen die „Hochpreispolitik der Pharmamultis“ durchaus positive Seiten abgewinnen; sie waren der Ansicht, die Mängel des relativ unklar formulierten Begehrens könnten in der ausführenden Gesetzgebung behoben werden. Die Abstimmungskampagne gestaltete sich teilweise recht gehässig. Die Befürworter stiessen sich daran, dass im „Bundesbüchlein“ von den „billigsten“ anstatt den „preisgünstigsten“ Medikamenten die Rede war. Dass die Initiative, die von keiner namhaften Partei unterstützt wurde, über 30% Ja-Stimmen auf sich vereinte, wurde von Beobachtern als Zeichen dafür gewertet, dass sie den Finger auf einen wunden Punkt gelegt hatte.

Abstimmung vom 4. März 2001

Beteiligung: 55,0%
Ja: 791 589 (30,9%) / 0 Stände
Nein: 2 565 718 (69,1%) / 20 6/2 Stände

Parolen:

- Ja: Lega; Schweiz. Stiftung f. Konsumentenschutz
- Nein: FDP, SVP, CVP, CSP, GP(2*), LP, SD, EVP, EDU, PdA; Economiesuisse, SAGV, SGV, SBV, SGB, KSK, SGCI, Apothekervereinigung, Schweiz. Konsumentinnenforum, Schweiz. Patientenorganisation
- Stimmfreigabe: SP (4*); CNG

* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen ³⁰

DÉBAT PUBLIC
DATE: 25.09.2001
MARIANNE BENTELI

Die mit der 1. KVG-Revision beschlossenen Neuerungen im Medikamentenbereich traten schrittweise in Kraft. Bereits ab Anfang Jahr wurde es den Apotheken freigestellt, ohne ausdrücklichem Vermerk auf der Verschreibung statt eines Originalprodukts ein kostengünstigeres **Generikum** abzugeben. Damit dies auch vermehrt geschieht, wurde auf den 1. Juli die **leistungsorientierte Abgeltung** (LOA) eingeführt, die den Anreiz zum Verkauf von besonders teuren Medikamenten abbaut. Neu übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Leistungen der Apotheken unabhängig vom Produktpreis; durch diesen Pauschalzuschlag entfällt ein Teil der bisherigen Margen für Beratung, Vertrieb und Lagerhaltung. Der neue Abgeltungsmodus stiess in der Bevölkerung vorerst auf Unverständnis, da er dazu führte, dass bis anhin kostengünstige Medikamente teurer wurden. Aber auch einzelne Krankenkassen und der Konsumentenschutz verlangten eine Neuverhandlung der Tarifverträge mit den Apotheken. Verglichen zum Ausland fristen die Generika in der Schweiz nach wie vor ein Schattendasein; ihr Anteil am Markt betrug 2000 lediglich rund 3% ³¹

AUTRE
DATE: 12.10.2001
MARIANNE BENTELI

Die Kritik an der Höhe der Medikamentenpreise verstummte denn auch nicht. Gleich nach der Ablehnung der Denner-Initiative „für tiefere Arzneimittelpreise“ forderte das **Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer** (KSK) die Einberufung eines „Runden Tisches“, um mit allen Beteiligten Massnahmen zur Stabilisierung der Medikamentenkosten zu beraten. In den letzten Jahren stiegen die Medikamentenkosten in der Grundversicherung meistens zweistellig; rund ein Fünftel der Prämien wird mittlerweile für Arzneimittel eingesetzt. Die Konferenz fand Anfangs Juli statt, brachte aber kaum Neues. Es wurde vereinbart, auf allen Ebenen den Einsatz von Generika zu fördern; die Pharmaindustrie wurde zudem aufgefordert, kleinere Packungen anzubieten, um der Verschwendung von Arzneimitteln entgegen zu wirken. Der Preisüberwacher intervenierte ebenfalls erneut und verlangte eine Ausdehnung des Ländervergleichs auf alle Nachbarstaaten (ein von der Preisüberwachung 2000 angestellter Vergleich ergab beispielsweise, dass die Preise in der Schweiz knapp 20% über jenen in Deutschland – wie die Schweiz ein Hochpreisland – liegen; bei den nicht-kassenpflichtigen Arzneimitteln betrug die Differenz 33,3%), auch jene mit deutlich niedrigerem Preisniveau (Italien und Frankreich), eine Anregung, die ein vom Nationalrat überwiesenes Postulat Robbiani (cvp, TI) (Po. 01.3101) übernahm. Zudem wurde eine Motion Gysin (fdp, BL) (Mo. 99.3333), die verlangte, die Vergünstigungen, die Spitäler und Ärzte beim Direktbezug von Medikamenten erhalten, seien vollumfänglich an die Patienten weiterzugeben, auf Antrag des Bundesrates als Postulat angenommen. Die SP möchte die steigenden Gesundheitskosten in den nächsten Jahren vorrangig mit Massnahmen im Medikamentenbereich bekämpfen. ³²

ACTE ADMINISTRATIF
DATE: 04.07.2002
MARIANNE BENTELI

Ausgehend von den Ergebnissen eines im Vorjahr vom EDI einberufenen runden Tisches zum Thema Medikamentenkosten und nach intensiven Abklärungen mit den interessierten Verbänden, der Wettbewerbskommission und dem Preisüberwacher beschloss der Bundesrat, ab dem 1. Juli neben Deutschland, Dänemark und den Niederlanden auch **Grossbritannien als Vergleichsland bei der Festlegung des Vergütungspreises eines Medikaments** hinzuzuziehen; die Nachbarländer Frankreich, Italien und Österreich werden subsidiär in den Vergleich einbezogen. (Mit dem Entscheid, nur Grossbritannien vollumfänglich in den Preisvergleich einzubeziehen, kam der Bund den Einwänden der Pharmaindustrie entgegen.) Der Preis eines neu zugelassenen Arzneimittels wird neuerdings bereits nach zwei Jahren wieder überprüft und nicht erst nach Ablauf der Patentschutzfrist. Wird dabei festgestellt, dass der Preis zu hoch war, muss das betroffene Pharmaunternehmen die entsprechenden

Einnahmenüberschüsse zugunsten der Versicherten zurückerstatten.³³

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 13.12.2002
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der **2. KVG-Teilrevision** im Nationalrat setzte sich ein Antrag Goll (sp, ZH) durch, welcher verlangte, dass die Ärzte künftig nur noch Wirkstoffe verschreiben dürfen und nicht mehr die einzelnen Produkte. In der Apotheke soll dann bei gleichwertigem Angebot das kostengünstigste Medikament abgegeben werden. Mit dieser gesetzlichen Regelung möchte Goll den Verkauf von **Generika** (gleichwertige Nachahmerprodukte von Originalpräparaten) ankurbeln, die mit einem Marktanteil von 3% im Vergleich mit den umliegenden Ländern immer noch ein Schattendasein fristen. Der Antrag stiess im bürgerlichen Lager auf Widerstand. Im Namen der FDP-Fraktion erinnerte Egerszegi (AG) daran, dass die Stimmbürger erst 2001 die „Denner-Initiative“ ähnlichen Inhalts verworfen haben. Unterstützung erhielt sie von Drogist und SVP-Nationalrat Stahl (ZH), der vor einer Qualitätseinbusse im Gesundheitswesen warnte. Die CVP äusserte sich nicht, stimmte dann aber fast geschlossen mit der Linken und den Grünen und verhalf so dem Antrag mit 75 zu 73 Stimmen knapp zum Durchbruch. Da die KVG-Revision in der Gesamtabstimmung abgelehnt wurde, ist dieser Beschluss – zumindest vorderhand – hinfällig.³⁴

ÉTUDES / STATISTIQUES

DATE: 13.12.2002
MARIANNE BENTELI

Wie der Schweizerische Apothekerverband mitteilte, konnte der **Kostenanstieg für grundversicherte Medikamente** gegenüber dem Vorjahr um 200 Mio Fr. gebremst werden. Die Einsparungen kamen einerseits durch das leistungsorientierte Abgeltungsmodell (LOA) zustande, andererseits durch die Einführung des Kostenstabilisierungsbeitrags (KBS), nach dem die Apotheken den Versicherern pro rezeptpflichtiges Medikament einen Rabatt gewähren. Noch nicht richtig angelaufen sei hingegen der Verkauf von Generika. (Für 2002 betragen die Einsparungen rund 130 Mio Fr.)³⁵

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 17.06.2003
MARIANNE BENTELI

In der zweiten Runde der KVG-Revision stimmte der Ständerat mit 21 zu 8 Stimmen einem Antrag der Kommission zu, wonach im Sinn der Kostendämpfung bei gleicher Eignung das preisgünstigere Medikament zu verabreichen sei. Schiesser (fdp, GL) versuchte vergebens, dies zu verhindern. Er machte geltend, dies würde einem „Zwang“ gleichkommen, **Generika** abzugeben. Auch Bundespräsident Couchepin sprach sich gegen eine derartige Verpflichtung für die Ärzte und Apotheker aus, mit dem Argument, der Spareffekt durch Generika sei derart gering (rund 80 Mio Fr. pro Jahr), dass es sich nicht lohne, dafür die therapeutische Freiheit der Ärzte zu beschneiden. Der Nationalrat ergänzte den Beschluss der kleinen Kammer mit der Bestimmung, dass Apotheken auch bei Verschreibung eines Originalpräparats dieses durch ein Generikum ersetzen können, falls der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe des Originals verlangt. Im Vorjahr hatte er noch knapp einen Antrag Goll (sp, ZH) angenommen, wonach die Ärzte nur noch Wirkstoffe hätten verschreiben dürfen, worauf dann die Apotheken bei gleichwertigem Angebot das kostengünstigste Medikament abzugeben hätten. Goll reichte ihren Antrag erneut ein, scheiterte aber mit 100 zu 56 Stimmen deutlich. Da die KVG-Revision vom Nationalrat letztlich abgelehnt wurde, sind diese Bestimmungen hinfällig.³⁶

MOTION

DATE: 08.12.2003
MARIANNE BENTELI

Eine Motion Joder (svp, BE), welche verlangte, dass die Aufnahme eines Medikaments auf die Spezialitätenliste auch vom Nachweis der Abgabe in **kleinen und therapiegerechten Verpackungsgrößen** abhängig gemacht werden soll, wurde auf Antrag des Bundesrates, der darauf verwies, dass die Überprüfung (allerdings nicht als Bedingung) ohnehin erfolge, lediglich als Postulat angenommen.³⁷

MOTION

DATE: 19.03.2007
MARIANNE BENTELI

Mit zwei Motionen wollte die CVP-Fraktion Einfluss auf die **Medikamentenkosten** nehmen. Sie beantragte einerseits (Mo. 05.3015), die **Spezialitätenliste** sei dahingehend abzuändern, dass die obligatorische Krankenversicherung nicht mehr verpflichtet sei, Heilmittel für Bagatellerkrankungen abzugelten. Der Bundesrat erklärte dazu, die Positivliste der krankenkassenpflichtigen Medikamente werde momentan vom BAG kritisch durchleuchtet; der Begriff der geringfügigen gesundheitlichen Störung sei aber zu ungenau und eigne sich nicht für eine Abgrenzung. Der Nationalrat nahm die Motion dennoch mit 104 zu 71 Stimmen an. Der Ständerat schloss sich dann der Argumentation des Bundesrates an und lehnte sie diskussionslos ab. Andererseits berief sich die CVP

auf zwei Standesinitiativen der Kantone Genf und Wallis, welche der Ständerat im Vorjahr zwar definitiv abgeschrieben, in deren Anschluss er aber eine vom Nationalrat noch nicht behandelte Motion angenommen hatte, welche den Bundesrat beauftragt, eine Regelung vorzuschlagen, die Klarheit schafft über die Transparenz und das zulässige Ausmass von Rabatten, die im Rahmen der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten gewährt werden. Während der Auftrag des Ständerates allgemein formuliert ist, gibt die CVP-Motion verbindliche Leitlinien vor. Aus diesem Grund beantragte der Bundesrat Ablehnung, weil er abwarten möchte, wie sich die Praxis entwickelt, konnte sich aber nicht gegen den Nationalrat durchsetzen, der mit 95 zu 60 Stimmen der Meinung war, hier müsse rasch gehandelt werden.³⁸

MOTION
DATE: 11.12.2008
LINDA ROHRER

Die Medikamentenkosten waren auch dieses Jahr wieder ein Thema im Parlament. Einerseits behandelte der Nationalrat eine Motion der Kommission des Ständerates, welche im Anschluss an die Ablehnung von zwei Standesinitiativen der Kantone Genf und Wallis entstanden war. Diese beauftragte den Bundesrat, eine Regelung vorzuschlagen, welche Klarheit schafft über die Transparenz und das zulässige Ausmass von **Rabatten**, die im Rahmen der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten gewährt werden. Die Motion, welche der Ständerat bereits im Jahr 2006 angenommen hatte, fand auch im Nationalrat Anklang und wurde hier ebenfalls angenommen. Der Ständerat seinerseits überwies die im Vorjahr vom Nationalrat gut geheissene Motion der CVP (Mo. 05.3016) für mehr Transparenz bei der Verschreibung von Arzneimitteln.³⁹

ÉTUDES / STATISTIQUES
DATE: 22.12.2010
LUZIUS MEYER

Bezüglich der Kosten von Medikamenten passte sich das Schweizer **Preisniveau** für Originalmedikamente immer mehr dem Durchschnitt anderer Länder an. Demnach lagen die Schweizer Fabrikationspreise zuletzt noch 6% über dem Schnitt der sechs Vergleichsländer (Deutschland, Frankreich, Österreich, Niederlande, Dänemark und England). Bei den Generika hingegen lagen die Schweizer Preise nach wie vor 46% höher als im Ausland.⁴⁰

MOTION
DATE: 27.09.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die **Neufestsetzung der Medikamentenpreise** wurde in einer Kommissionsmotion, welche im April im Nationalrat eingereicht wurde, gefordert. Dabei wird der Bundesrat beauftragt, bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Medikamenten, zusammen mit den Versicherern und der Pharmaindustrie eine einvernehmliche Lösung zu finden. Neben der Abfederung von Wechselkursschwankungen sei dabei insbesondere darauf zu achten, dass auch der Nutzen eines Medikamentes über den therapeutischen Quervergleich berücksichtigt werde. In seiner Stellungnahme verwies der Bundesrat auf oft divergierende Interessen zwischen Pharmaindustrie und Versicherern, weswegen er sich nicht dazu verpflichten könne, einvernehmliche Lösungen zu finden. Dieses Argument konterte Kommissionssprecher Frehner (svp, BS) allerdings in der Ratsdebatte, als er das Kommissionsanliegen vortrug: Aus durchgeführten Hearings mit Vertretern der Stakeholder gingen andere Erkenntnisse hervor, nämlich dass die beteiligten Akteure sehr wohl bereit seien, in einvernehmlichen Prozessen die Medikamentenpreise zu setzen. So sei dem EDI von Seiten der Pharmaindustrie ein Vorschlag zum Einlenken im nach wie vor bestehenden Konflikt um die Umsetzung der Preisverordnung unterbreitet worden. Der Verband Santésuisse tat in einer Medienmitteilung ebenfalls seine Unterstützung für die Motion kund. Angesichts dieser Signale erhielt die Motion zusätzliche Bedeutung: Es gehe nicht zuletzt auch darum, eine sich anbahnende konkrete Verhandlungslösung positiv zu begleiten, so der Kommissionssprecher. Die Ratsmehrheit setzte sich in der Gesamtabstimmung gegen eine Kommissionsminderheit und den Bundesrat durch und stimmte der Motion mit 99 zu 67 Stimmen zu, wobei die Ratslinke den bürgerlichen Parteien unterlag. Damit lag die Entscheidung über den Fortbestand dieser Motion beim Ständerat, welcher aber im Berichtsjahr nicht mehr dazu kam, sich über das Geschäft zu beugen.⁴¹

POSTULAT

DATE: 28.09.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ein Postulat auf dem Gebiet der Medikamentenpreise wurde im Mai von Nationalrat Bortoluzzi (svp, ZH) eingereicht. Darin wurde der Bundesrat aufgefordert, zu den Anpassungsvorschlägen der Pharmaindustrie für das **Medikamenten-Preisbildungssystem** Stellung zu nehmen und aufzuzeigen, wie er die herrschenden Probleme zu lösen beabsichtige. Neben zwei Forderungen zum Auslandspreisvergleich – die Ermöglichung von Preissenkungen und Preiserhöhungen sowie die Berücksichtigung des therapeutischen Quervergleichs – wollte der Postulant ein neues, nutzen- und patientenorientiertes Preisfestsetzungssystem für Medikamente erarbeiten lassen, um damit das geltende System, welches massgeblich von den Währungsschwankungen und politischen Entscheidungen im Ausland abhängig sei, abzulösen. Diese letzte Forderung war die einzige, welche der Bundesrat in seiner Antwort positiv aufnahm. Im Rahmen verschiedener Gespräche mit Vertretern der Pharmaindustrie, der Versicherer und der Konsumentenorganisationen habe das EDI Offenheit für gemeinsame Vorschläge der genannten Stakeholder gezeigt, wie der Preisfestsetzungsmechanismus mittelfristig (ab 2015) angepasst werden soll. So schlug der Bundesrat unter Berücksichtigung eines Postulates Schenker (sp, BS) (Po. 12.3614) die Annahme dieses Punktes vor, jedoch die Ablehnung der zwei vorangestellten Forderungen. Diesem Antrag folgte die grosse Kammer.⁴²

POSTULAT

DATE: 28.09.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das Postulat Schenker (sp, BS) wurde von der Nationalrätin Mitte Juni eingereicht und beauftragte den Bundesrat, einen Bericht zu verfassen und aufzuzeigen, wie in der nächsten **Medikamenten-Preisfestsetzungsrunde** (ab 2015) vorgegangen werden könne. Dabei seien sowohl die Interessen der Pharmaindustrie, jene der Krankenkassen als auch diejenigen der Konsumentinnen und Konsumenten zu berücksichtigen. Die Methode sei so auszugestalten, dass sie auf möglichst klaren und transparenten Grundlagen basiere und dem Gleichgewicht zwischen therapeutischem Wert und Wechselkursen besser gerecht werde, als dies bis anhin der Fall gewesen sei. Der Bundesrat sah ein, dass im Hinblick auf die nächste Festsetzung der Preise ein Dialog stattfinden müsse. Mit dem Vorschlag auf Annahme des Postulats und der Aussicht auf Besserung der Gespräche mit allen betroffenen Akteuren legte der Bundesrat den Grundstein zur Annahme des Geschäfts, die im September in der grossen Kammer erfolgte.⁴³

ACTE ADMINISTRATIF

DATE: 08.05.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mitte April gab der Bundesrat bekannt, eine Einigung im Streit um die Medikamentenpreise für die Dauer von 2013 bis 2015 erzielt zu haben. Die Pharmabranche wollte nicht akzeptieren, dass der Bundesrat im vergangenen Jahr beschlossen hatte, die Medikamentenpreise zu senken, und legte beim Bundesgericht zahlreiche Beschwerden ein. Das EDI beantragte nun dem Bundesrat, das Zulassungsverfahren für Medikamente zu beschleunigen. Vertreter der Pharmabranche veranlassten im Gegenzug, dass ihre Mitglieder die bei Gericht hängigen Beschwerden zu Medikamentenpreisen zurückziehen und darauf verzichten würden, neue einzureichen. Damit wurde die vom Bundesrat beschlossene **Senkung der Medikamentenpreise** wirksam. Ziel ist es, das Zulassungsverfahren zu verkürzen, damit das BAG bei Vorliegen eines zeitgerecht und vollständig eingereichten Gesuchs innert 60 Tagen nach der Zulassung eines Arzneimittels durch Swissmedic über die Aufnahme in die Spezialitätenliste entscheiden kann. Dies bedeutet eine erhebliche Reduktion der Verfahrensdauer und zusätzliche Einsparungen von rund CHF 720 Mio. Gleichzeitig wird ein neuer Preisfestsetzungsmechanismus ab Anfang 2015 ausgearbeitet.⁴⁴

INITIATIVE PARLEMENTAIRE

DATE: 26.10.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Eineinhalb Jahre nach ihrer Einreichung gelang der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG) der entscheidende Schritt, nämlich die Zustimmung auch in der zweiten Gesundheitskommission. Die Kommission des Erstrates hatte bereits im Frühjahr 2017 den Vorstoss zum Moduswechsel bei der Aushandlung der Medikamentenpreise gutgeheissen. So sollten neu die **Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste** (MiGeL) direkt zwischen den Herstellern oder Lieferanten und den Krankenkassen beziehungsweise deren Verbänden ausgehandelt werden. Sekundiert wurde Humbel von 16 weiteren mitunterzeichnenden Parlamentarierinnen und Parlamentariern aller Parteien. Bis anhin wurden die Höchstvergütungsbeträge vom EDI bestimmt, wobei sie jedoch teilweise als überhöht kritisiert wurden. Nachdem Humbel bereits zwölf Jahre zuvor eine ähnliche Motion eingereicht hatte, die zwar von beiden Räten angenommen worden war, in der Folge jedoch keine Wirkung entfaltet hatte, gelangte das Anliegen nun mit mehr Nachdruck erneut auf die Agenda. Die Initiantin ortete in den Höchstpreisen faktische Fixpreise, weil es für die Anbieter kaum

Anreize gebe, diese zu unterbieten. Letztlich zementiere dies das zu hohe Kostenniveau. Die mit der Initiative herbeigeführte freie Preisaushandlung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern solle ein effizienteres Gegenmodell zum gegenwärtigen System der Höchstpreisvergütung schaffen. Die SGK des Nationalrates hatte der Initiative mit 13 zu 5 Stimmen (eine Enthaltung) Folge gegeben, die Kommission des Ständerates folgte dem Votum mit 9 zu 1 Stimmen (3 Enthaltungen). Letztere versprach sich mit der Neuerung eine – zumindest leichte – Hemmung des Kostenanstiegs im Bereich der Arzneimittelpreise.⁴⁵

MOTION

DATE: 15.12.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mit einer Motion wurde von Nationalrätin Humbel (cvp, AG) angeregt, ein **differenziertes Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel** einzuführen. Diese auf die Spezialitätenliste anzuwendende Neuerung soll nicht nur Tagestherapiekosten berücksichtigen, sondern überdies auch Kostenfolgen für das Gesamtsystem abbilden. Hinzu käme eine systematische Evaluation teurer und innovativer Arzneimittel gegen Krankheiten mit hoher Prävalenz (Krankheitshäufigkeit). Auf der anderen Seite wird mit der Motion eine Verschlankung der Modalitäten zur Neuzulassung patentabgelaufener Heilmittel angestossen. Vier Ziele wurden von der Motionärin gleich mitgeschickt: Erstens sollten Preisreduktionen folgen, wenn eine Mengenausweitung oder Indikationserweiterungen stattfinden. Zweitens sollte für innovative Therapien die Zulassung nur unter Auflagen erteilt werden und so rasch als möglich Evaluationen dieser neuen Heilmethoden angestossen werden. Als dritte Absicht wollte Humbel sogenannte „Pay-for-Performance-Modelle“ testen lassen. Das würde heissen, dass die Finanzierung von Arzneimitteln von deren Heilungserfolg abhängig gemacht würde. Ihre letzte Vision war eine wettbewerbliche Preisfindung für Medikamente, deren Patent abgelaufen ist und die ein neuer Zulassungsnehmer in Umlauf bringen will. Hierfür sollten Zugangshürden abgebaut werden.

Nachdem der Bundesrat bereits im Rahmen einer früheren Interpellation Eberle (svp, TG; Ip. 16.3428) positive Signale gesendet hatte, stellte er in seiner Antwort zur Motion Humbel ebenfalls in Aussicht, die Preisfestsetzungsregeln zu überdenken, und empfahl daher das Geschäft zur Annahme. Er habe den Handlungsbedarf erkannt und suche nach Verbesserungspotential in allen Bereichen (patentabgelaufene, preisgünstige oder auch hochpreisige Medikamente). Die Landesregierung blieb jedoch auf dem Standpunkt, dass „die Marktkräfte von Angebot und Nachfrage nicht genügend spielen und eine behördliche Regulierung der Preise weiterhin notwendig ist“. Insofern sei eine KVG-Revision bereits angedacht worden, die sich prinzipiell jedoch vorerst auf die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Therapien beschränke. Nachdem das Ratsplenum die Motion in der Wintersession 2017 stillschweigend angenommen hatte, stand der Umsetzung dieser Massnahmen seitens des Nationalrates nichts mehr im Weg. Offen blieb, welche Aspekte in einer noch auszuarbeitenden Gesetzesvorlage tatsächlich berücksichtigt würden. Hierzu kann sich auch die Ständekammer noch äussern.⁴⁶

MOTION

DATE: 15.12.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Nachdem sein ähnlich formuliertes Postulat aus dem Jahr 2013 nach zweijähriger Nichtbehandlung abgeschrieben wurde, brachte Manuel Tornare (sp, GE) sein Anliegen in einer Motion abermals auf die Agenda. Der Motionär wollte eine gewichtige Änderung in den Schweizer Arzneimittelmarkt einführen, den **Einzelverkauf von Medikamenten**. „Wagen wir den Versuch!“ So kämpferisch sein Vorstoss daher kam, so erfolgreich meisterte er die erste Hürde: Der Nationalrat nahm die Motion Mitte Dezember 2017 ohne Debatte an.

Tornare führte seine Motion auf das Problem der Medikamentenverschwendung zurück. Das BAFU geht davon aus, dass rund 30 Prozent aller gekauften Medikamente nicht verbraucht werden. Für den Motionär lagen die Vorteile eines Einzelverkaufs auf der Hand: Zunächst werde dadurch die Menge an nicht konsumierten Arzneimitteln verringert, zudem könne damit aber auch das Risiko nicht sachgemässer Selbstmedikation mit übrig gebliebenen Tabletten minimiert werden. Zur Umsetzung seiner Vision dränge sich eine Testphase mit freiwillig mitmachenden Apotheken auf. Die Regierung zeigte sich offen für diesen Versuch und stellte in Aussicht, eine Pilotstudie ausarbeiten zu lassen. Ähnliche Erfahrungen aus Frankreich zeigten vielversprechende Resultate, was dem Bundesrat – wie auch vom Motionär bereits in die Überlegungen miteinbezogen wurde – vor allem hinsichtlich zunehmender Antibiotikaresistenzen auch für die Schweiz gewinnbringend erschien. Obwohl die Auseinzelnung von Medikamenten in der Schweiz nicht verboten ist und in der Verantwortung der Kantone liegt, werde davon ausgegangen, dass dies erst selten zur Anwendung komme. 29 weitere Nationalrätinnen und Nationalräte aus allen Fraktionen

hatten die Motion mitunterzeichnet.⁴⁷

MOTION

DATE: 18.09.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

Wie bereits der Nationalrat nahm im September 2018 auch der Ständerat die Motion Tornare (sp, GE) zum **Einzelverkauf von Medikamenten** entsprechend der einstimmigen Empfehlung seiner SGK an. Dabei wurde wie zuvor in der Debatte der grossen Kammer mit den guten Erfahrungen einer Studie aus Frankreich, der Reduktion weggeworfener oder nichtkonsumierter Medikamente sowie der Risikoverminderung von Selbstmedikation und Resistenzbildung argumentiert. Der vom Bundesrat vorgeschlagene Pilotversuch, welcher in einem Kanton stattfinden soll, sei angesichts der geltenden Rechtslage problemlos durchführbar, so Joachim Eder (fdp, ZG) für die Kommission. Über konkrete Punkte bezüglich des Pilotversuchs befinde man sich allerdings noch im Dunkeln. Dies veranlasste Didier Berberat (sp, NE) zur Frage, ob der Bundesrat mit den Kantonen bereits in Kontakt stehe und ob es schon einen potentiellen Versuchskanton gebe. Alain Berset, der die Motion im Namen des Gesamtbundesrates unterstützte, erwiderte, es hätten sich zurzeit noch keine Kantone gemeldet, er vermute allerdings, dass eventuell der Kanton Neuenburg, der Kanton Zug oder aber auch andere Kantone am Pilotprojekt interessiert seien. Es gehe nun darum, möglichst schnell herauszufinden, wo dieses durchgeführt werden könne, bevor man die Motion Tornare im grossen Stil umsetze. Stillschweigend sprach sich der Ständerat daraufhin für die Motion aus.⁴⁸

DÉBAT PUBLIC

DATE: 04.12.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

Anlässlich der Heilmittelgesetzrevision ging Swissmedic dem Auftrag des Bundesrates nach, die Selbstmedikation und den Arzneimittelzugang zu lockern, indem die Abgabekategorie E – Arzneimittel, die ohne Fachberatung abgegeben werden dürfen – erweitert wurde. Bisher waren 146 **Medikamente im Detailhandel** erhältlich. Von den 540 Arzneimitteln, die eine externe Kommission untersuchte, wurden 94 Medikamente neu der Kategorie E zugeteilt und somit für den Verkauf im Detailhandel freigegeben. Zugelassen wurden in erster Linie Tee und Hustenpastillen, homöopathische Mittel hingegen nicht. Ab April 2019 soll die Umstellung stattfinden.

Nicht glücklich über diesen Entscheid zeigten sich die Migros und der Konsumentenschutz. Der Grossist, welcher unter anderem pflanzlich basierte Magendarmmittel, Erkältungsbäder und Beruhigungsmittel in das Sortiment aufnehmen wollte, kam mit seinem Anliegen nicht durch. Er äusserte den Vorwurf der Kartellbildung seitens der Pharmavertretung, Ärzte, Homöopathen, Apotheker und Drogisten gegenüber dem Detailhandel und hinterfragte die Unabhängigkeit von Swissmedic. Schüfe man gleiche Voraussetzungen wie in Deutschland, so könnten die Medikamentenpreise um zwanzig Prozent gesenkt werden. Sara Stalder, die Geschäftsleiterin des Konsumentenschutzes meinte gar, die Preise in der Schweiz seien im Vergleich zu denjenigen in Deutschland aufgrund des fehlenden Wettbewerbs zwischen fünfzig und hundert Prozent höher. Swissmedic wehrte sich gegen die Aussagen der Migros. Die Vorgaben zur Einteilung der verschiedenen Abgabekategorien stammten vom Gesetzgeber. Arzneimittel dürften nur in der Selbstbedienung abgegeben werden, wenn sie keine fachliche Beratung erforderten und die Patientinnen und Patienten nicht gefährdeten. Überdies sei die Expertenkommission breit abgestützt gewesen.

Während der Migros-Konkurrent Coop, welcher die Apothekenkette Vitality führt, keine Stellung nahm, gab es eine erste Reaktion seitens der Politik. Ruedi Noser (fdp, ZH) reichte eine Motion (Mo. 18.4193) ein, welche es Detailhandelsgeschäften erlauben will, zusätzliche rezeptfreie Medikamente zu verkaufen.

Die Erweiterung der Kategorie E ist nicht das einzige Resultat der Heilmittelgesetzesrevision: Ferner wurde die Kategorie C aufgehoben und 15 Prozent der Kategorie D in die Kategorie B umverteilt.⁴⁹

MOTION

DATE: 12.12.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem der Nationalrat der Motion Humbel (cvp, AG) zum **differenzierten Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel** im Dezember 2017 Folge gegeben hatte, nahm sich die SGK-SR im Oktober 2018 dem Vorstoss an. Da das Anliegen bereits in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen integriert worden sei, erachtete die Kommission die Motion «nicht für zweckmässig». Folglich lehnte sie diese ohne Gegenstimme ab.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat das Geschäft zusammen mit einer Motion Brand (svp, GR; Mo. 15.4231) und einer weiteren Motion Humbel (Mo. 17.3827). Während Roland Eberle (svp, TG) noch einmal die Sicht der Kommission darlegte, entgegnete Josef Dittli (fdp, UR), dass durch das Massnahmenpaket nicht alle

Forderungen des Vorstosses abgedeckt würden. Zudem betonte er den noch immer existierenden Handlungsbedarf im Arzneimittelbereich und forderte den Bundesrat dazu auf, sich – unabhängig vom Ausgang der Motion – weiterhin mit dem Thema auseinanderzusetzen und diesbezüglich Lösungsvorschläge zu präsentieren. Anita Fetz (sp, BS) kritisierte unterdessen die Wirksamkeit der Motion. Die Schweiz sei im Besitz eines guten Gesundheitssystems, habe aber ein ungerechtes Finanzierungssystem. Wolle man für den Mittelstand etwas ändern, müsse man «endlich offen über die Finanzierung reden». Gesundheitsminister Berset führte noch einmal die Geschehnisse der vergangenen zwei Jahre aus und unterstrich die Wichtigkeit der Thematik. Er sei froh, hierzu die Unterstützung des Parlaments zu haben, jedoch seien die entsprechenden Motionen in der gegenwärtigen Situation nicht nötig. Um die Kosten zu senken, schienen ihm in erster Linie Elemente wie Transparenz und Qualität entscheidend. Stillschweigend lehnte die kleine Kammer alle drei Motionen ab.⁵⁰

INITIATIVE PARLEMENTAIRE

DATE: 15.01.2021

JOËLLE SCHNEUWLY

Swissmedic soll berechtigt werden, **Medikamente, die bereits in einer bestimmten Dosierung zugelassen sind, in einer speziellen, preiswerteren Dosierung auf die Spezialitätenliste zu setzen**, ohne dass dafür ein Gesuch von der Pharmaindustrie als Herstellerin der Medikamente notwendig wäre, forderte Brigitte Crottaz (sp, VD) mittels parlamentarischer Initiative. Eine Aufnahme in die Liste soll durch die Swissmedic beschlossen oder von Facharztgruppen, Patientenverbänden und Versicherern beantragt werden können. Am Beispiel des Arzneimittels Velcade, das für die Behandlung eines Myeloms (Krebserkrankung) verwendet wird, veranschaulichte die Initiatorin die bestehende Problematik: Sowohl bei der intravenösen als auch bei der subkutanen Verabreichung des Medikaments dürfe die Dosierung 2.6 Milligramm nicht übersteigen. Dennoch habe die Pharmaindustrie nur die 3.5-Milligramm-Ampullen in die Spezialitätenliste aufnehmen lassen, obwohl die 1-Milligramm-Ampullen, welche bei der intravenösen Behandlung verwendet würden, bei der subkutanen Verabreichung die gleiche Wirkung zeigten. Dies habe zur Folge, dass bei jeder der in der Regel 24 nötigen Injektionen ein Teil des Medikaments (mindestens 0.9 Milligramm) weggeworfen und entsprechend auch einige Hundert Franken verschwendet würden – der Preis der 3.5-Milligramm-Ampullen beträgt CHF 1832, derjenige der 1-Milligramm-Ampullen CHF 643. Rechne man dies auf alle Myelom-Erkrankten hoch, komme man auf «exorbitante» Zahlen. Die Verschwendung sei insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Kosten von der OKP übernommen würden, «unverschämt, ungerechtfertigt und inakzeptabel». Mitte Januar 2021 gab die SGK-NR dem Anliegen mit 20 zu 4 Stimmen (bei 1 Enthaltung) Folge.⁵¹

MOTION

DATE: 10.03.2021

JOËLLE SCHNEUWLY

Philippe Nantermod (fdp, VS) beabsichtigte mittels einer Motion, **den Parallelimport von Medikamenten aus dem EWR-Raum zu ermöglichen und dadurch deren Kosten zu senken**. Der Nationalrat diskutierte den Vorstoss in der Frühjahrsession 2021. Die zehnjährige Erfahrung mit dem Parallelimport habe gezeigt, dass dieser in anderen Bereichen gut funktioniere und dass sich Befürchtungen um den Wirtschaftsstandort Schweiz und die Sicherheit der Schweizerinnen und Schweizer als unbegründet erwiesen hätten, erklärte der Motionär in der Ratsdebatte. Würde der Parallelimport auch für Medikamente zugelassen, könnten die entsprechenden Produkte durch den vermehrten Wettbewerb zu Preisen wie in Frankreich, Deutschland oder Italien erworben werden. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sei nicht gefährdet – würden doch die betroffenen Medikamente von der europäischen Zulassungsstelle genehmigt. Gesundheitsminister Berset befürwortete zwar das Anliegen, die Arzneimittelpreise zu senken. Er hob aber auch hervor, dass im Bereich patentgeschützte Medikamente bereits einiges getan worden sei und es nun gelte, die Preise von Generika in Angriff zu nehmen. Diesbezüglich habe der Bundesrat bereits ein Vorgehen vorgeschlagen, wobei der Ball nun bei der Kommission liege. Bevor weitere Verbesserungen vorgenommen werden könnten, müsse dieses Ziel betreffend Korrektur von Generikapreisen erreicht werden. Daher beantragte der Bundesrat die Ablehnung der Motion. Ungeachtet dieser Worte nahm der Nationalrat die Motion mit 137 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) an. Die Mitglieder der SP- und der GLP-Fraktion stimmten als einzige geschlossen gegen den Vorstoss.⁵²

In der Wintersession 2021 stimmte der Ständerat stillschweigend gegen eine Motion Nantermod (fdp, VS) zu **Parallelimporten von Medikamenten, welche eine Senkung der Medikamentenkosten ermöglichen sollten**. Damit folgte er seiner SGK, die sich im Vorfeld einstimmig gegen das Geschäft ausgesprochen hatte. Die Motion war zuvor bereits im Zusammenhang mit dem Paket 1b der Massnahmen zur Kostendämpfung behandelt worden.⁵³

Epidémies

In der Frühjahrssession 2021 fanden zwei Runden des **Differenzbereinigungsverfahrens zum Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** statt. Der **Ständerat** hatte sich zuerst mit neun verbliebenen Differenzen zu zwei Themenkreisen zu befassen. Dabei konnte er die Frage bereinigen, ob **Pauschalen bei ambulanten Behandlungen** auf national einheitlichen Tarifstrukturen beruhen sollen. Nachdem der Nationalrat zuvor an dieser Forderung festgehalten hatte, pflichtete ihm der Ständerat nun bei. Damit soll unter anderem die Rechnungsüberprüfung für die Versicherten einfacher werden. Zudem sollen entsprechende Pauschaltarife von allen Leistungserbringenden verwendet werden – auch hier stimmte der Ständerat stillschweigend dem Vorschlag des Nationalrats zu. Bezüglich der Einheitlichkeit der Tarifstruktur hatte der Bundesrat ursprünglich Ausnahmen vorgesehen, der Ständerat und in der Folge auch der Nationalrat hatten diese Ausnahmeregelung jedoch aus dem Gesetz gestrichen. Nun beabsichtigte die SGK-SR hier doch wieder dem Bundesrat zu folgen und die entsprechende Regelung wieder aufzunehmen. Stillschweigend hiess der Ständerat auch diesen Vorschlag seiner Kommission gut. Zusätzlich schuf die kleine Kammer auf Antrag ihrer Kommission jedoch auch eine neue Bestimmung, wonach die Tarifpartner auch weiterhin zusätzliche ambulante Pauschaltarife vereinbaren können.

Der Nationalrat störte sich zwei Tage später jedoch daran, dass der Ständerat hier zwei Regelungen zur Frage der Ausnahmen bei ambulanten Pauschaltarifen geschaffen habe. Für den **Nationalrat** war klar, dass nur eine der beiden Regelungen nötig sei – uneinig war man sich jedoch, welche. Die Minderheiten Prelicz-Huber (gp, ZH) und Gysi (sp, SG) bevorzugten die bundesrätliche Formulierung, da diese eine Anhörung der interessierten Kreise ermögliche, und beantragten die ständerätliche Ergänzung zur Ablehnung. Die Kommissionsmehrheit sprach sich allerdings für die kürzere Variante des Ständerats aus und konnte damit die Mehrheit der grossen Kammer überzeugen.

Bezüglich des zweiten noch offenen Themas der Revision, dem **Experimentierartikel zu den Pilotprojekten**, hatte gemäss dem ständerätlichen Kommissionsprecher Pirmin Bischof (mitte, SO) lange Zeit vor allem die Frage nach der Einhaltung der Rechte der Versicherten im Mittelpunkt gestanden. Ständerat und Nationalrat seien sich aber einig geworden, dass in solchen Pilotprojekten die Rechte der Versicherten, auch deren Grundrechte, nicht verletzt werden dürfen und dass die Teilnahme der Betroffenen freiwillig sein müsse. Bezüglich der Rechte der Teilnehmenden stimmte der Ständerat dem Vorschlag der grossen Kammer stillschweigend zu. Die Mehrheit der SGK-SR wollte die entsprechenden Pilotprojekte auf die Eindämmung der Kostenentwicklung beschränken, während eine Minderheit Ettlín (mitte, OW) die möglichen Themen breiter halten und konkret auch Projekte zur Stärkung der Qualität und der Förderung der Digitalisierung zulassen wollte. Eine weitere Minderheit Carobbio Guscelli (sp, TI) forderte erneut die Auflistung der möglichen konkreten Bereiche, in denen entsprechende Pilotprojekte möglich sein sollen. Wie bereits in der Debatte im Nationalrat in der Wintersession 2020 wurde auch hier auf den entsprechenden Bericht des BJ verwiesen, wonach eine offene, nicht abschliessende Formulierung mit der Verfassung in Konflikt stehen könnte. Dieses Problem anerkannte die Kommissionsmehrheit jedoch nicht und lehnte eine Spezifikation der Bereiche weiterhin ab, zumal sie eine entsprechende Liste als innovationshemmend erachtete. Die Mehrheit beantragte zudem, sämtlichen beteiligten Akteuren die Möglichkeit, zuzusprechen, solche Projekte zu lancieren, während die Minderheit Ettlín dafür vorgängige Vereinbarungen zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden vorsehen und Patientenorganisationen sowie Kantone von dieser Möglichkeit ausnehmen wollte. Die Kommissionsmehrheit setzte sich in sämtlichen Punkten durch und hielt damit drei Differenzen in diesem Themenbereich aufrecht.

Der Nationalrat zeigte sich in dieser Frage jedoch nicht gesprächsbereit und lehnte einen Minderheitsantrag de Courten (svp, BL), der ebenfalls auf die Auflistung verzichten wollte, da Innovation «kein Top-down-Verfahren» sei, ab.

Offen blieben damit auch nach diesen Behandlungen in beiden Räten insbesondere die

Fragen, in welcher Form Ausnahmen bei den ambulanten Pauschalen ausgestaltet und ob die möglichen Bereiche für Pilotprojekte aufgelistet werden sollen.⁵⁴

Assurances sociales

Assurances sociales

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 14.11.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im November 2019 beantragte die SGK-NR eine zweijährige Verlängerung der Behandlungsfrist für die Umsetzung der parlamentarischen Initiative Humbel (cyp, AG) für **Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste**. Die Kommission habe bisher in sechs Sitzungen einen Vorentwurf und einen erläuternden Bericht ausgearbeitet, mit denen die Preise der MiGeL zukünftig in Verträgen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringenden ausgehandelt werden sollten. Im August 2019 habe die Kommission dem Vorentwurf mit 13 zu 5 Stimmen zugestimmt und ihn in die Vernehmlassung gegeben, die noch bis Dezember 2019 dauere. Um den Gesetzesentwurf finalisieren zu können, brauche man folglich noch Zeit, erklärte die Kommission ihren Antrag.⁵⁵

Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 05.12.2006
MARIANNE BENTELI

Als weiteres Teilpaket der Neuauflage der 2. KVG-Revision hatte der Bundesrat 2004 dem Parlament seine Botschaft zu **Managed Care**, also zu integrierten Versorgungsnetzen mit Budgetverantwortung vorgelegt, da sich gezeigt hat, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen Sinn macht. Die unter den beteiligten Parteien (Versicherer und Leistungserbringer) getroffenen Vereinbarungen sollen soweit möglich nicht gestützt auf gesetzliche Verpflichtungen, sondern auf der Basis von Freiwilligkeit und Wettbewerb zustande kommen. Im Rahmen dieser Revision schlug der Bundesrat ausserdem Massnahmen im Medikamentenbereich vor. Zur Eindämmung der Kosten soll der Leistungserbringer verpflichtet werden, sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Medikaments mittels Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Produkt abzugeben.

Ogleich allgemein anerkannt wurde, dass integrierte Netzwerke zu Einsparungen bis 30% führen können, verpasste es der Ständerat, hier ein wirkliches Signal zu setzen. Insbesondere wurde darauf verzichtet, die Versicherer zu verpflichten, derartige Modelle (Hausarztmodelle oder HMO) anzubieten resp. die Leistungserbringer in die Budgetverantwortung einzubinden. Mit einer Reduktion des Selbstbehaltes wollte Sommaruga (sp, BE) einen Anreiz für die Versicherten schaffen, diesen Netzwerken beizutreten, unterlag jedoch mit 20 zu 16 Stimmen. Dagegen wehrten sich die Krankenkassenvertreter im Rat, insbesondere Brändli (svp, GR) und David (cyp, SG), weil dies für die Versicherer zu wenig rentabel sei. Mit 20 zu 14 Stimmen wurde auch ein Antrag Frick (cyp, SZ) abgelehnt, die mit Managed-Care erzielten Einsparungen den alternativ Versicherten gutzuschreiben. Die Kassen wurden zudem noch dadurch gestärkt, dass sie Netzwerke mit einer Mindestvertragsdauer von drei Jahren anbieten können. Damit soll sichergestellt werden, dass bis anhin gesunde Versicherte, welche diese wegen der Prämienreduktion besonders oft wählen, beim Auftreten einer schweren Krankheit im Folgejahr in die reguläre Versicherung mit freier Arztwahl wechseln. Der Medikamentenbereich wurde aus der Vorlage ausgekoppelt. Am Rande der Diskussionen schuf der Rat aber eine gesetzliche Grundlage für den Bundesrat, in zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Kostenübernahme von KVG-Leistungen im preisgünstigeren grenznahen Ausland vorzusehen; dabei soll er mit den betreffenden ausländischen Staaten ein Gegenrecht anstreben.⁵⁶

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 13.06.2007
MARIANNE BENTELI

Als weiteres Teilpaket zur KVG-Revision hatte der Bundesrat neue Lösungen im Bereich Managed Care vorgeschlagen. Insbesondere sollte der heute geltende Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern aufgehoben werden, um kostengünstiger arbeitende Ärztenetzwerke nachhaltiger zu fördern. Dieser Teilbereich war in der Ärzteschaft auf heftigsten Widerstand gestossen und hatte jahrelang in der SGK des Ständerates vor sich hin gedümpelt. Erst im Vorjahr hatte sich die kleine Kammer zu einer, von vielen allerdings als „zahnlos“ bezeichneten Lösung durchgerungen. Weil sich auch im Nationalrat ein längeres Seilziehen abzeichnete, stimmte der Ständerat, wenn auch widerwillig, einem Zulassungsstopp für die Eröffnung

neuer Arztpraxen bis 2010 zu.

Der Entwurf des Bundesrates hatte aber auch Neuerungen bei der **Medikamentenpreisbildung** vorgesehen. Um hier nicht allenfalls auf unabsehbare Zeit handlungsunfähig zu bleiben, hatte der Ständerat diesen Teil der Vorlage abgespalten, bis im Berichtsjahr aber ebenfalls ruhen lassen. Zur Eindämmung der Medikamentenkosten soll gemäss Bundesrat der Leistungserbringer verpflichtet werden, sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Arzneimittels mittels Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Arzneimittel zu bevorzugen. Zudem soll die Regelung bezüglich der Weitergabe von Vergünstigungen, die namentlich im Zusammenhang mit Medikamenten stehen, ergänzt werden. In der Sommersession wurden die ursprünglichen Vorschläge des Bundesrates wesentlich erweitert und verschärft. Auf Antrag der Kommission beschloss der **Ständerat** oppositionslos, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) künftig die Preise patentgeschützter Medikamente **alle drei Jahre** zu **überprüfen** hat und diese wenn nötig senken kann. Nach geltendem Recht sind diese Preise praktisch während der gesamten Dauer des 15-jährigen Patentschutzes gleich hoch. Zudem muss das BAG künftig automatisch den Preis überprüfen, wenn ein Medikament breiter anwendbar ist als zunächst vermutet. Uneinig war sich der Rat in der Frage, welche Länder bei der Preisfestsetzung als Vergleich heranzuziehen sind. Die Kommissionsmehrheit schlug vor, in erster Linie „wirtschaftlich vergleichbare Länder“ zu berücksichtigen. Gemäss derzeitiger Praxis sind dies Dänemark, Grossbritannien, Deutschland und die Niederlande. Sommaruga (sp, BE) beantragte, alle europäischen Länder, also auch diejenigen mit wesentlich tieferem Preisniveau, in den Vergleich mit einzubeziehen. Der Rat unterstützte mit 22 zu 10 Stimmen die Kommissionsmehrheit. In der Gesamtabstimmung hiess er die Vorlage einstimmig gut.⁵⁷

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 04.03.2008
LINDA ROHRER

Als weiteres Teilpaket der KVG-Revision hatte der Bundesrat dem Parlament im Jahre 2004 seine Botschaft zu **Managed Care**, also integrierten Versorgungsnetzen mit Budgetverantwortung, vorgelegt. Insbesondere sollte der heute geltende Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern aufgehoben werden, um kostengünstiger arbeitende Ärztenetzwerke nachhaltiger zu fördern. Dieser Teilbereich hatte aufgrund von Widerstand in der Ärzteschaft jahrelang in der Kommission des Ständerates verharrt. Erst in diesem Jahr konnten sich die beiden Kammern darauf einigen, den Zulassungsstopp für die Eröffnung neuer Arztpraxen bis 2009 weiterzuführen.

Die Botschaft des Bundesrates sah aber auch Neuerungen bei der **Medikamentenpreisbildung** vor. Dieses Jahr ging die Vorlage nun in die Differenzbereinigung. Hierbei behandelte der Ständerat vor allem die Frage der Definition von preisgünstigen Arzneimitteln und die entsprechende Versorgung. Die Kommissionsmehrheit des Ständerates empfand die Formulierung des Nationalrates als verwirrend, wonach bei der Beurteilung der Preisgünstigkeit nicht nur der möglichst geringe Aufwand für die Heilwirkung, sondern auch die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen berücksichtigt werden müssen. Der Ständerat stimmte dem Vorschlag seiner Kommission mit 25 zu 13 Stimmen zu, welche als Ersatz für den besagten Artikel vorschlägt, den Bundesrat zu beauftragen, für eine preisgünstige Arzneimittelversorgung in der obligatorischen Krankenversicherung zu sorgen. Im Nationalrat stiess diese Streichung der angemessenen Berücksichtigung von Forschung und Entwicklung auf taube Ohren. Die Kommissionsmehrheit verlangte an der früher vom Nationalrat beschlossenen Formulierung festzuhalten und siegte mit 111 zu 66 Stimmen. Der Ständerat strich zur Verabschiedung der Vorlage diesen Absatz 3. Die Kommission des Nationalrates hingegen schloss sich dem Streichungsvorschlag des Ständerates nicht an und machte einen neuen Vorschlag für den umstrittenen Absatz. Die Bedeutung dieses Absatzes war im Nationalrat sehr umstritten. Während Vertreter der SVP ihn als das Herzstück der Teilrevision betrachteten, war die SP gegenteiliger Ansicht und sah in ihm den überflüssigsten Teil der Revision. Der Nationalrat folgte der Kommissionsmehrheit und entschied sich mit 108 zu 65 Stimmen für die neue Formulierung.

Die damit notwendig gewordene Einigungskonferenz schloss sich dem Vorschlag des Ständerates an und beantragte mit 15 zu 10 Stimmen die Streichung des umstrittenen Absatzes. Der Ständerat folgte dem Antrag der Einigungskonferenz diskussionslos. Im Nationalrat beantragte eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH), den Antrag der Einigungskonferenz abzulehnen. Das Ergebnis sei unbefriedigend, da ein wesentliches Element, nämlich der Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Zulassungsverfahren, willkürlich

aus der Revision herausgebrochen worden war. Eine Mehrheit der FDP stimmte ebenfalls gegen den Vorschlag der Einigungskonferenz. Die SP Fraktion warb für Zustimmung, konnte aber keine Mehrheit finden. Der Nationalrat lehnte den Antrag der Einigungskonferenz mit 97 zu 83 Stimmen ab. Damit war die Vorlage zu den Medikamentenpreisen gescheitert.⁵⁸

ÉTUDES / STATISTIQUES

DATE: 26.10.2012
FLAVIA CARONI

Der Krankenversichererverband Santésuisse legte eine Studie vor, wonach die **Margen auf Medikamente**, welche die abgebenden Ärzte, Apotheken und Spitäler für ihren Aufwand beim Medikamentenverkauf entschädigen, in der Schweiz deutlich über dem Niveau vergleichbarer europäischer Länder liegen. Dies mache zwei Prozent der Krankenkassenprämien aus. Insbesondere die Ärzte würden an der Abgabe von Medikamenten doppelt verdienen. Der Verband forderte eine Angleichung, welche er in Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern erreichen wollte. Dafür wäre jedoch eine Anpassung der entsprechenden Verordnung nötig, da derzeit das BAG für die Festsetzung der Medikamentenpreise und der Margen zuständig ist. Die Reaktionen auf die Forderung waren heftig. Die Ärztevereinigung FMH etwa warf der Santésuisse vor, bewusst falsche Aussagen zu machen und auf dem Rücken der Haus- und Kinderärzte sparen zu wollen.⁵⁹

RAPPORT

DATE: 02.09.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2016 veröffentlichte der Bundesrat eine Medienmitteilung, in der er die Kostenentwicklung in den vier grössten Bereichen im Gesundheitswesen beschrieb. Diese vier Bereiche seien für 80 Prozent der Kosten im Bereich der Grundversicherung verantwortlich. Bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis verortete er zwischen 2009 und 2015 bei gleich bleibender Anzahl Konsultationen einen Kostenanstieg um 28 Prozent. Dies erklärte er dadurch, dass immer häufiger Spezialistinnen und Spezialisten anstelle von Hausärztinnen und Hausärzten aufgesucht würden. Auch im stationären Bereich seien die Kosten in demselben Zeitraum um 17 Prozent angestiegen, wobei hier insbesondere Behandlungen von Personen über 70 Jahren zugenommen hätten. Diese Zunahme könne folglich vor allem auf die Demografie zurückgeführt werden. Bei den Spital-ambulant Behandlungen habe die Zahl der Konsultationen um 34 Prozent zugenommen, weshalb dieser Bereich trotz gleichbleibender Kosten pro Behandlung die Gesamtkosten stark beeinflusst habe. Schliesslich seien zwar die Preise von 1'500 Medikamenten reduziert worden, dies habe aber keine Auswirkungen auf die Pro-Kopf-Medikamentenkosten gehabt, da die Ärztinnen und Ärzten stattdessen neue, teurere Produkte verschrieben hätten. Insgesamt machte der Bundesrat somit die **Mengenausweitung im Gesundheitswesen**, die sich medizinisch nicht vollständig begründen lasse, als wichtigen Faktor für die Kostenentwicklung aus. Um dieses Problem zu bekämpfen, habe das EDI im Rahmen der Strategie «Gesundheit 2020» Massnahmen erlassen oder sei dabei, diese zu bearbeiten. Dazu gehörten etwa die Senkung der Preise kassenpflichtiger Arzneimittel sowie die Anpassung derer Vertriebsmargen, die Anpassung der Höchstvergütungsbeträge der MiGeL, die Verbesserung der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten durch eine nationale Strategie sowie eine Erhöhung der Qualität der medizinischen Behandlungen.⁶⁰

MOTION

DATE: 29.11.2017
ANJA HEIDELBERGER

Erich Ettl (cvp, OW; Mo. 16.3988) und Christian Lohr (cvp, TG; Mo. 16.3948) reichten in beiden Räten gleichlautende Motionen für eine **Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen** ein. Bedingungen für eine entsprechende Vergütung sollten eine ärztliche Verschreibung, tiefere Auslandpreise und ein freiwilliger Entscheid für einen Einkauf im Ausland durch die Patientinnen und Patienten sein. Da Spital- und Arztbehandlungen wegen der Marktabschottung in der Schweiz deutlich teurer seien als im Ausland – Generika und Blutzuckermessstreifen sind gemäss einer Santésuisse-Studie doppelt so teuer wie im Ausland –, sollten Personen, die freiwillig ihre Medikamente im Ausland bezögen und damit einen Beitrag zur Kostensenkung leisteten, nicht durch eine Verweigerung der Vergütung bestraft werden.

Im Rahmen der Motion Heim (sp, SO; Mo. 16.3169) prüfe er bereits, ob eine entsprechende Regelung für MiGeL-Produkte unter gewissen Voraussetzungen sinnvoll sein könne, erklärte der Bundesrat. Diese Überprüfung könne er auf Arzneimittel ausweiten. Eine weitere Öffnung des Territorialitätsprinzips für Arzt- und Spitalbesuche lehnte er hingegen ab. Die steigenden Kosten für ambulante Behandlungen entstünden nicht in erster Linie durch die hohen Tarife, sondern durch die Mengenausweitung. Diese würde aber durch eine Regelung, wie sie die Motionäre vorsahen, allenfalls noch

verstärkt. Zudem könnten die Leistungsanbietenden im Ausland nicht auf die für die Vergütung durch die OKP notwendigen Qualitätsvoraussetzungen überprüft werden. Nachdem der Ständerat die Motion Ettlín im März 2017 der SGK-SR zur Vorberatung zugewiesen hatte, empfahl diese im November desselben Jahres deren Ablehnung. Nach Vorliegen des Berichts der Expertenkommission wolle man der Prioritätensetzung des Bundesrates im Rahmen des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung nicht vorgreifen und einzelne Massnahmen bevorzugen. Dieser Argumentation folgte der Ständerat in der Wintersession 2017 mit 25 zu 16 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) und lehnte die Motion Ettlín ab. Die Motion Lohr wurde Ende 2018 abgeschrieben, nachdem sie während zwei Jahren nicht behandelt worden war.⁶¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 13.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Zusammenfassung

Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Änderungen im KVG (BRG 19.046)

Basierend auf dem Expertenbericht zu den kostendämpfenden Massnahmen für die OKP präsentierte der Bundesrat im August 2019 sein erstes Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Damit sollten in neun Gesetzesänderungen zwölf Kostendämpfungsmassnahmen umgesetzt werden. Die SGK-NR teilte das Paket in zwei Teilpakete 1a und 1b auf.

Im **Massnahmenpaket 1a**, das die weniger umstrittenen Teile des ersten Massnahmenpakets enthielt, traf das Parlament folgende Entscheide:

- Neu sollen die Krankenversicherungen im Tiers payant mit der Übermittlung der Rechnungen betraut werden, nicht wie vom Bundesrat vorgesehen die Leistungserbringenden.
- Es wird ein Experimentierartikel geschaffen, mit dem das EDI vom KVG abweichende Pilotprojekte bewilligen kann. Diese müssen jedoch Themenbereiche betreffen, welche das Parlament abschliessend definiert.
- Mussten bisher Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen, wurde neu für ambulante Behandlungen eine Pflicht für eine entsprechende Tarifstruktur mit Patientenpauschalen geschaffen. Jedoch sollten die Tarifpartner zusätzlich auch regional geltende Patientenpauschaltarife mit regional unterschiedlichen Tarifen festlegen können.
- Zur Erarbeitung und Pflege der Tarifstruktur bei ambulanten ärztlichen Behandlungen sollen die Tarifpartner eine neue Organisation schaffen, wobei der Bundesrat Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung macht und subsidiär nach einer Konsultation selbst tätig wird, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können.

Im **Massnahmenpaket 1b** schuf das Parlament folgende neuen Regelungen:

- Obwohl National- und Ständerat vom Bundesrat vorgeschlagene Kostensteuerungsmassnahmen anfänglich aus der Vorlage gestrichen hatten, einigte man sich nach einem entsprechenden Rückkommensantrag auf ein «Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten» auf Kantons- oder Bundesebene.
- Wie vom Bundesrat vorgeschlagen, schuf das Parlament ein Beschwerderecht der Krankenversicherungen gegen Spitalplanungsentscheide der Kantone.
- Abgelehnt wurde hingegen ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Zuerst müsse die Marktdurchdringung mit Generika erhöht werden, forderte das Parlament.

Chronologie

Entwurf zum ersten Massnahmenpaket
Vernehmlassung
Botschaft
Aufteilung in Pakete 1a und 1b
Erstbehandlung des Pakets 1a im Nationalrat
erste Behandlung des Pakets 1a im Ständerat
Differenzbereinigung des Pakets 1a: NR, SR und NR
Schlussabstimmungen zum Paket 1a

Erstbehandlung des Pakets 1b im Nationalrat

Résumé

Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1er volet : modification de la LAMal (MCF 19.046)

(Traduction: Chloé Magnin)

En se basant sur un rapport d'expert.e.s traitant des moyens pour freiner la hausse des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS), le Conseil fédéral a présenté, en août 2019, son premier paquet de mesures pour réduire les coûts du système de santé. Douze mesures de maîtrise des coûts devaient ainsi être mises en œuvre dans le cadre de neuf modifications législatives. La CSSS-CN a divisé le paquet de mesures en deux volets, 1a et 1b.

Dans le **volet de mesures 1a**, qui contient les mesures les moins controversées, le Parlement s'est accordé sur les décisions suivantes:

- Au système du tiers payant, les assurances-maladie seront chargées de transmettre les factures, et non les fournisseurs de prestations comme l'avait prévu le Conseil fédéral.
- Un article d'expérimentation est créé, via lequel le DFI peut autoriser des projets pilotes dérogeant à la LAMal. Ces projets doivent cependant concerner certains domaines thématiques définis de manière définitive par le parlement.
- Quand bien même les tarifs des prestations individuelles devaient jusqu'alors reposer sur une structure tarifaire uniforme convenue à l'échelle nationale, il a été décidé de créer une obligation d'établir une structure tarifaire correspondante avec des forfaits par patient pour les traitements ambulatoires. Toutefois, les partenaires tarifaires devront également pouvoir fixer des tarifs forfaitaires par patient valables au niveau régional, avec des tarifs différents selon les régions.
- Pour l'élaboration et le maintien de la structure tarifaire des traitements médicaux ambulatoires, les partenaires tarifaires doivent créer une nouvelle organisation. Le Conseil fédéral fixera des directives sur la forme, l'exploitation et le financement. Aussi, il interviendra lui-même à titre subsidiaire après une consultation si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre.

Dans le **volet de mesures 1b**, le parlement a élaboré les réglementations suivantes:

- Bien que le Conseil national et le Conseil des Etats aient, en premier lieu, supprimé du projet les dispositions avancées par le Conseil fédéral concernant la gestion des coûts, ils se sont accordés, après une nouvelle proposition, pour un «monitoring de l'évolution des quantités, des volumes et des coûts» au niveau cantonal ou fédéral.
- Comme proposé par le Conseil fédéral, le parlement a créé un droit de recours des assurances-maladie contre les décisions de planification hospitalière cantonale.
- En revanche, un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet a expiré a été rejeté. Le parlement a soutenu qu'en premier lieu, les génériques devaient gagner en importance sur le marché.

Chronologie

Projet du premier volet de mesures
Processus de consultation
Message
Répartition entre les volets 1a et 1b
Premier examen du volet 1a au Conseil national
Premier examen du volet 1a au Conseil des Etats
Procédure d'élimination des divergences du volet 1a: CN, CE et CN
Votations finales sur le volet 1a

Premier examen du volet 1b au Conseil national
Examen du volet 1b au Conseil des Etats
Procédure d'élimination des divergences du volet 1b
Votations finales sur le volet 1b

Noch bevor die Räte den gemäss SGK-NR weniger umstrittenen Teil des ersten Massnahmenpakets zu Ende beraten hatten, behandelte der Nationalrat in der Sondersession im Oktober 2020 die übrigen Artikel des ersten Kostendämpfungspakets unter dem Namen **Paket 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Dazu gehörten die Massnahmen zur Steuerung der Kosten, das Beschwerderecht der Versicherer gegen Spitalplanungsentscheide sowie das Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Mit 17 zu 0 Stimmen bei 8 Enthaltungen hatte die SGK-NR ihren Entwurf, der gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag einige gewichtige Änderungen enthielt, zuvor angenommen. Eintreten war unbestritten.

Als ersten Hauptpunkt diskutierte der Nationalrat die Frage der Kostensteuerung, wobei Ruth Humbel (cvp, AG) und Philippe Nantermod (fdp, VS) die Kommissionsposition ausführlich darlegten: Eine knappe Kommissionsmehrheit unterstütze die Kostensteuerung generell. Diese lege fest, dass Tarifverträge entsprechend der Forderung der angenommenen Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3305) Massnahmen zur Kostenkorrektur im Falle eines unvorhergesehenen Anstiegs der Gesundheitskosten enthalten müssen. Anstatt entsprechende Regeln vorzuschreiben, wie der Bundesrat beabsichtigt hatte, setzte die Kommission jedoch auf degressive Tarife: Bei häufigerer Anwendung sollten die Tarife entsprechend sinken. Stattdessen folgte der Rat jedoch äusserst knapp mit 91 zu 90 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) einer Minderheit II Hess (bdp, BE), die vorschlug, die Kostensteuerungsmassnahmen aus dieser Vorlage zu streichen, zumal sie ein «Bestandteil des Zielkostensystems» seien, welches erst im zweiten Kostendämpfungspaket behandelt werden wird. Entsprechend solle diese Massnahme ins zweite Paket verschoben werden.

Der zweite Hauptpunkt der Vorlage stellte das Beschwerderecht der Krankenversicherungen und ihrer Verbände gegenüber Entscheidungen der Kantonsregierungen bezüglich der Spitallisten sowie bezüglich Preisfestsetzungen für Arzneimittel, wie die Kommissionsmehrheit den bundesrätlichen Vorschlag ergänzt hatte, dar. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wehrte sich dagegen, dass «private Interessen eine Steuerung durch die politische Seite, durch die Kantone, aufheben» können sollen. Stattdessen soll die Kompetenz sowie die Entscheidungshoheit in den entsprechenden Fragen bei den Kantonen und damit bei der Politik verbleiben. Nur die Politik und das Volk hätten das Wohl der ganzen Bevölkerung im Blick, während die Versicherungen ihre Partikularinteressen verfolgten, argumentierte sie. Konsequenterweise müsse man sonst auch ein Beschwerderecht unter anderem für Patienten- und Patientinnenorganisationen oder für die Sozialpartner einrichten. Zudem könne die entsprechende Regelung zu einer Blockade und zu Rechtsunsicherheit führen. Dem widersprach unter anderem Thomas de Courten (svp, BL), der die Versicherungen im Gesundheitswesen als «Anwälte der Patientinnen und Patienten» bezeichnete und die Massnahme für nötig erachtete, damit ein Gleichgewicht in der Verhandlungsmacht sichergestellt und die alleinige Macht der Kantone gebrochen werden könne. Die Minderheit setzte sich mit 104 zu 75 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) respektive 94 zu 87 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) durch, der Nationalrat sprach sich somit gegen das Beschwerderecht der Krankenversicherungen aus. Die Stimmen für die Kommissionsmehrheit stammten von Mehrheiten der SVP-, FDP.Liberale- und Mitte-Fraktion.

Den dritten zentralen Aspekt stellte die Frage des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel dar, das der Bundesrat einführen wollte. Mit einem Referenzpreissystem für Generika dürfte die OKP zukünftig nur noch denjenigen Preis für ein Arzneimittel vergüten, der in diesem Referenzpreissystem festgelegt worden war – ausser es ist das einzige für die Patientin oder den Patienten mögliche Arzneimittel, dann wird es unabhängig vom Preis vergütet. Die Kommissionsmehrheit lehnte nun die Schaffung eines solchen Systems ab. Hier gehe es um Fragen der Versorgungssicherheit und der Patientensicherheit (wie in diesem Bericht ausgeführt wird), erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Bei wechselnden Referenzpreisen bestehe die Gefahr, dass es zu nicht medizinisch begründeten Medikamentenwechseln komme, was zu abnehmender Therapietreue und sinkender Patientensicherheit und dadurch zu Folgekosten führen könne. Zudem könnten Firmen aufgrund des Preisdrucks darauf verzichten, ihre Produkte in der Schweiz anzubieten, wodurch die Abhängigkeit von den übrigen Lieferanten steige. Wie problematisch eine solche Abhängigkeit sei, habe sich im Rahmen der Corona-Krise gezeigt. Die Kommission wolle deshalb auf das Referenzpreissystem verzichten und stattdessen, beruhend auf einem Vorschlag von Curafutura, Pharmasuisse, Ärzte mit Patientenapotheke und Intergenerika die Generikapenetration erhöhen. Der Marktpreis solle daher jährlich statt alle drei Jahre

überprüft und die Generikapreise gegenüber den Originalen um weitere fünf Prozent gesenkt werden. Zudem soll eine preisunabhängige Vertriebsmarge geschaffen werden, damit Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker nicht wie bisher mehr Geld verdienten, wenn sie teurere Medikamente verkauften. Entsprechend habe man auch einstimmig die Motion 20.3936 eingereicht.

Eine Minderheit I Hess unterstützte hingegen das Referenzpreissystem des Bundesrates. Minderheitensprecher Hess argumentierte, seine Minderheit habe das bundesrätliche System etwas vereinfacht und abgeschwächt. So solle das Referenzpreissystem nur gelten, wenn mehr als zwei wirkstoffgleiche Medikamente auf dem Markt sind und ein Arzneimittel vom Bundesrat nicht als unverzichtbar festgelegt worden war. Mit einem eigenen Preis, also unabhängig vom Generika-Preis, sollten überdies Biosimilars, das sind Nachahmerpräparate, deren Wirkstoffe nicht mit denjenigen der Originale identisch sind, ins Preissystem aufgenommen werden, da diese gemäss dem revidierten Heilmittelgesetz nicht mit Generika gleichgesetzt werden können. Mit diesem Modell, das er als Referenzpreissystem «light» bezeichnete, könne das grösstmögliche Sparvolumen erreicht werden, argumentierte der Minderheitensprecher.

Eine Minderheit II Porchet (gp, VD) wollte überdies das Substitutionsrecht für Apothekerinnen und Apotheker stärken. Diese sollten zukünftig bei neuen Behandlungen eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgeben müssen, sofern dies aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht möglich ist.

Mit 114 zu 65 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) lehnte der Nationalrat die Einführung des Referenzpreissystems light ab. Interessant ist dabei, dass sich die Positionen der SP und der Grünen in dieser Frage deutlich unterschieden, was in Gesundheitsfragen nur selten der Fall ist: Während die SP die Einführung eines Referenzpreissystems zusammen mit der Mehrheit der Mitte-Fraktion unterstützte, sprachen sich die Grünen mit der GLP-Fraktion, der Mehrheit der SVP-, der FDP.Liberalen- und der Minderheit der Mitte-Fraktion dagegen aus. Abgelehnt wurden auch die Anträge auf eine Sonderbehandlung der Biosimilars (103 zu 75 Stimmen bei 7 Enthaltungen) sowie der Antrag der Minderheit II Porchet (108 zu 77 Stimmen). In letzterer Frage standen SP und Grüne zusammen mit den Grünliberalen wieder gemeinsam auf der Seite der Minderheit.

Im Rahmen dieser drei Hauptthemen behandelte der Nationalrat auch weitere Detailfragen, so zum Beispiel die Frage der verhandelten Rabatte. Als «Tabubruch» und als «absolutes No-Go» bezeichnete Barbara Gysi (sp, SG) den Vorschlag der SGK-NR, wonach maximal 25 Prozent der Einsparungen durch zwischen Tarifpartnern und Leistungserbringenden ausgehandelten tieferen Preisen und Tarifen den Versicherungen zur freien Verfügung stehen sollten, dass sie gemäss Gysi also «in die Taschen der Versicherer fließen» sollten. Bisher mussten die entsprechenden Einsparungen vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. «Braucht es denn wirklich dieses sogenannte Incentive [...], damit die Krankenversicherer ihre Arbeit tun, nämlich günstige Preise aushandeln?», fragte Gysi rhetorisch. Entsprechend beantragte ihre Minderheit die Streichung des Artikels, zumal dieser gemäss Flavia Wasserfallen (sp, BE) auch ohne seriöse Abklärungen in die Kommission gelangt sei. Kommissionssprecherin Humbel führte aus, dass der Ständerat bei Annahme dieser Regelung noch prüfen müsse, ob dieser Artikel dem grundsätzlichen Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Forderung in Art. 56 Abs. 3bis KVG, wonach alle nicht der Qualitätsverbesserung dienenden Vergünstigungen an die Versicherten weitergegeben müssen, widerspricht und was unter dem Ausdruck «zur freien Verfügung» genau verstanden werden soll. Thomas de Courten befürwortete schliesslich den Mehrheitsantrag; es sei der «Sinn dieser ganzen Debatte, dass wir die Kosten dämpfen und die Anreize entsprechend setzen». Mit 117 zu 67 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Kommissionsvorschlag aus.

Ausführlich legte schliesslich Thomas de Courten seinen Minderheitsantrag zu den Parallelimporten dar. Er wehrte sich darin gegen den Vorschlag der Kommissionmehrheit, patentabgelaufene Medikamente ohne Zulassungspflicht durch Swissmedic auf den Schweizer Markt zu bringen. Parallelimporte seien bereits heute erlaubt, dabei müssten aber dieselben Bedingungen eingehalten werden, die für alle anderen Medikamente auch gelten. Mit dem Vorschlag der Kommission könnten Zulassungsentscheide irgendwelcher anderen Länder zukünftig auch für die Schweiz gelten, ohne dass zum Beispiel die Good Manufacturing Practice der Schweiz im Herstellungsprozess beachtet werden müsste. Eine zusätzliche Prüfung durch Swissmedic sei nicht nötig, da man davon ausgehe, dass die ausländischen Zulassungsbehörden dieselben Qualitätsanforderungen stellten wie Swissmedic, begründete Kommissionssprecherin Humbel den Minderheitsantrag. Mit 128 zu 53 Stimmen folgte der Rat diesbezüglich jedoch der Mehrheit, Gehör fand das Anliegen

von de Courten nur bei der Mehrheit der SVP-Fraktion und je einem Mitglied der FDP.Liberalen- und der Mitte-Fraktion.

In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat seinen Entwurf schliesslich mit 130 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Die Gegenstimmen stammten von der SP-Fraktion sowie von der Mehrheit der Grünen-Fraktion.⁶²

MOTION
DATE: 29.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2020 hatte die SGK-NR den Bundesrat mit einer Motion aufgefordert, dafür zu sorgen, dass die **Vertriebsanteile gemäss KLV zukünftig durch einen vom Fabrikpreis unabhängigen Fixteil die effektiven Vertriebskosten abdecken**. Allenfalls sei zur Verhinderung einer starken Verteuerung günstiger Arzneimittel auch eine «zweigeteilte Fixmarge» mit zwei verschiedenen Stufen je nach Preis der Arzneimittel möglich. Dadurch sollen Anreize für die Abgabe von preisgünstigeren Arzneimitteln geschaffen werden – bisher sei deren Abgabe durch die KLV eher beeinträchtigt worden.

Der Bundesrat beantragte die Annahme der Motion, zumal auch die Expertengruppe zur Kostendämpfung eine entsprechende Regelung empfohlen habe und die Regierung eine solche in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen eingebaut habe. Der Bundesrat verwies überdies auf sein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel, das ein ähnliches Ziel verfolgt und ebenfalls im ersten Massnahmenpaket behandelt wird.

Der Nationalrat stimmte der Motion noch in der Sondersession im Oktober 2020 zu, der Ständerat folgte ihm in der Wintersession 2021.⁶³

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 14.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem der Nationalrat in der Sondersession 2020 bereits das Paket 1b behandelt hatte, machte er sich in der Wintersession 2020 an die Differenzbereinigung zum **Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Stillschweigend pflichtete er dem Zweitrat bei, dass bei einer entsprechenden Abmachung zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden auch die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein kann. Alle übrigen Fragen waren hingegen umstritten.

Bei der Frage der Patientenpauschale waren sich National- und Ständerat zwar einig, dass Pauschalen auch bei ambulanten Behandlungen eingeführt werden sollen, entgegen dem Nationalrat hatte es der Ständerat aber abgelehnt, diese auf national einheitliche Tarifstrukturen zu stellen. Die Mehrheit der SGK-NR wollte diesbezüglich an der bisherigen Position des Nationalrats festhalten, um so eine gleiche Tarifierung von medizinischen Leistungen bei ambulanten oder stationären Behandlungen zu erleichtern, wie Ruth Humbel (cvp, AG) und Pierre-Yves Maillard (sp, VD) für die Kommission erklärten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte, dem Ständerat zuzustimmen, um die pauschale Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich nicht zu verkomplizieren. Umstritten war überdies die Frage, ob der Bundesrat gewisse Pauschaltarife von der Pflicht der einheitlichen Tarifstruktur ausnehmen können sollte, wie eine Minderheit Gysi (sp, SG) weiterhin forderte, während die Kommissionmehrheit darauf verzichten wollte. In beiden Fragen folgte der Rat der Kommissionmehrheit (mit 134 zu 51 Stimmen bei 2 Enthaltungen und 119 zu 70 Stimmen).

Auch die Organisation der Tarifstrukturen war weiterhin umstritten. Zwar pflichtete der Nationalrat dem Ständerat bei, dass der Bundesrat nur dann in die Organisation der Tarifstrukturen eingreifen können sollte, wenn keine solche bestehe oder sie nicht den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Auch für den Fall, dass sich Leistungserbringende und Versicherungen nicht einigen können, sollte der Bundesrat eingreifen können; hier wollten ihn Ständerat und eine Minderheit de Courten jedoch dazu verpflichten, die Tarifautonomie der Tarifpartner wahren zu müssen. Hier gehe es ja gerade um diejenigen Fälle, bei denen sich die Tarifpartner nicht einigen könnten, betonten die Kommissionssprechenden, entsprechend mache es keinen Sinn, hier die Tarifautonomie zu wahren. Mit 136 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat der Kommissionmehrheit und lehnte die Wahrung der Tarifautonomie gegen die geschlossen stimmende SVP-Fraktion ab.

In der ersten Behandlungsrunde hatte der Nationalrat dem Entwurf eine Regelung für finanzielle Unterstützung von Organisationen und Patientenstellen, welche den Individuen bei der Rechnungskontrolle helfen, beigelegt; der Ständerat hatte diese jedoch wieder gestrichen. Nun beabsichtigte die SGK-NR, auf die entsprechende Unterstützung zu verzichten; stattdessen sollen sich die Tarifpartner auf eine einfache, verständliche Rechnungsstellung einigen, betonte Humbel. Eine Minderheit Gysi wollte

hingegen an der ursprünglichen Formulierung festhalten, während eine Minderheit Mäder (glp, ZH) eine Präzisierung vorschlug: Nur Organisationen, welche «statutengemäss und organisatorisch unabhängig» sind, sollten subsidiär unterstützt werden. Deutlich (mit 108 zu 83 Stimmen) entschied sich der Nationalrat gegen die finanzielle Unterstützung, nachdem sich der Minderheitsantrag Gysi zuvor knapp mit 96 zu 95 Stimmen gegen den Minderheitsantrag Mäder durchgesetzt hatte.

Zum Schluss blieb noch die Frage der Pilotprojekte, wo vor allem umstritten war, in welchen Bereichen und zu welchem Zweck solche Projekte möglich sein sollten. Ruth Humbel erklärte, dass der Ständerat den Artikel offener gefasst hatte als der Bundesrat und der Nationalrat, dadurch aber das Legalitätsprinzip und die Verfassungsmässigkeit verletzt habe, wie ein entsprechender Bericht des BJ gezeigt habe. Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit, welcher die betroffenen Bereiche ausdrücklich und ausführlich auflistete, entspreche nun einer der vom BJ vorgeschlagenen Möglichkeiten. Eine Minderheit de Courten beantragte hingegen eine möglichst schlanke Formulierung, die jedoch die Rechte der Versicherten ausdrücklich wahren sollte. Eine Minderheit Weichert-Picard (al, ZG) wollte auf Pilotprojekte zur Übernahme von Leistungen im Ausland verzichten, weil ältere und kranke Personen nicht einfach ins Ausland abgeschoben werden sollten, wie die Minderheitensprecherin betonte. Wie bereits in der ersten nationalrätlichen Behandlung erneut auf Ablehnung einer Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) stiess die Möglichkeit, Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl zu schaffen, während eine Minderheit Moret (fdp, VD) auch Projekte zur Entschädigung von innovativen und neuen Behandlungsansätzen in die Liste aufnehmen wollte. Deutlich folgte der Rat gegenüber allen Minderheiten dem Mehrheitsantrag.⁶⁴

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 07.06.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2021 bereinigte das Parlament das **Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Offen waren vor der Session noch zwei Punkte: die Ausnahmen von den Patientenpauschaltarifen sowie der Experimentierartikel. In seiner letzten Sitzung vor der Einigungskonferenz bereinigte der Ständerat einzelne Aspekte der beiden Punkte; gänzlich einig wurden sich die zwei Kammern aber noch nicht. In seiner Botschaft hatte der Bundesrat ursprünglich eine Möglichkeit für regional geltende Patientenpauschaltarife – unabhängig von gesamtschweizerischen Tarifstrukturen – vorgesehen. Diese hatte der Nationalrat jeweils befürwortet, während sie der Ständerat ablehnte. Kurz vor der Einigungskonferenz machte der Ständerat nun einen Schritt auf den Nationalrat zu und lehnte diese Ausnahmen von der nationalen Tarifstruktur ab, schuf aber gleichzeitig die Möglichkeit, dass die Tarifpartner regional geltende «Patientenpauschaltarife, die nicht auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen», an regionale Gegebenheiten anpassen können. Somit sollten zwar keine regional verschiedenen Tarifstrukturen, aber immerhin regional unterschiedliche Tarife möglich sein, wie Pirmin Bischof (mitte, SO) für die Kommission erläuterte.

Bezüglich des Experimentierartikels war die Frage offen, ob die Bereiche, in denen Pilotprojekte möglich sein sollen, abschliessend aufgezählt werden müssen, damit der Artikel verfassungskonform ist. Dabei habe das BJ festgestellt, dass ein Verzicht auf eine solche Aufzählung das Prinzip der Gewaltenteilung und das Legalitätsprinzip verletzen würde. Folglich beantragte die Kommissionsmehrheit Zustimmung zur entsprechenden Aufzählung, die der Nationalrat vorgeschlagen hatte und gegen die sich der Ständerat zuvor gewehrt hatte. Hingegen sollte der Bundesrat die Möglichkeit erhalten, auch in anderen Bereichen Projekte zu bewilligen, sofern diese nicht dem Gesetz widersprechen. In beiden Punkten folgte der Ständerat seinem Schwesterrat und bereinigte die entsprechenden Differenzen. Hingegen beharrte die kleine Kammer darauf, nicht nur Projekte zur Kosteneindämmung, sondern auch zur Steigerung der Qualität und zur Digitalisierung zuzulassen.

Die grossen Entscheidungen zu den zwei offenen Fragen waren damit bereits vor der Einigungskonferenz gefällt, diese hatte sich nur noch mit Detailfragen zu den Konzepten zu befassen und folgte dabei jeweils dem Ständerat. Somit sollten regional geltende Patientenpauschaltarife möglich werden, während die Pilotprojekte nicht nur zur Kostendämpfung, sondern auch zur Qualitätssteigerung und zur Digitalisierung beitragen sollen. Diese Entscheidungen stiessen nicht mehr auf Widerstand, beide Räte nahmen den Antrag der Einigungskonferenz (Nationalrat: 183 zu 0 Stimmen, Ständerat: 43 zu 0 Stimmen) und den Entwurf in den **Schlussabstimmungen** (Nationalrat: 196 zu 0 Stimmen, Ständerat: 44 zu 0 Stimmen) einstimmig an. Damit konnte also das Paket 1a bereinigt werden, offen waren noch immer die Pakete 1b sowie das Paket 2.⁶⁵

Anfang Dezember 2021 gab der Bundesrat bekannt, das **Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung per 1. Januar 2022 in Kraft zu setzen**. Als Hauptmassnahmen erhalten ab dann alle Versicherten eine Rechnungskopie, zudem wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Behandlungen geschaffen.⁶⁶

Gut ein Jahr, nachdem der Nationalrat zahlreiche zentrale Elemente des **Pakets 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** gestrichen hatte, setzte sich der **Ständerat** in der Wintersession 2021 mit dem Projekt auseinander. Zuvor hatte sich die SGK-SR in zahlreichen zentralen Punkten mit den Änderungen des Nationalrats einverstanden gezeigt. Eintreten war unbestritten.

Ein zentraler Aspekt des Projekts stellte das **Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel** dar. Dieses sah vor, dass nur die Medikamentenkosten bis zu einem Referenzpreis durch die OKP erstattet werden. Wer also die teureren Originalprodukte statt der Generika kaufen möchte, müsste die Preisdifferenz selbst bezahlen. Der Nationalrat wollte den Generikaverkauf hingegen durch preisunabhängige Margen im generikafähigen Arzneimittelmarkt sowie durch eine Vergrößerung des Preisabstandes fördern. Auch die Kommissionsmehrheit lehnte das Referenzpreissystem gemäss Kommissionsprecher Ettlín (mitte, OW) ab, da die Generikadurchdringung in der Schweiz noch zu niedrig sei. Stattdessen wolle man dem Vorschlag des Nationalrats folgen, mit dem zuerst die Generikadurchdringung erhöht werden solle. Der Bundesrat wollte am Referenzpreissystem festhalten, schlug jedoch aufgrund des nationalrätlichen Widerstands eine abgeschwächte Form vor: den Referenzabzug light. Dabei soll das Referenzpreissystem erst ab drei wirkstoffgleichen Medikamenten Anwendung finden – in diesen Fällen gebe es keine Versorgungsprobleme –, zudem soll zwischen Generika und Biosimilars unterschieden werden – Letztere werden dem Referenzpreissystem nicht unterstellt. Im Ständerat präsentierte Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) den bundesrätlichen Vorschlag als Minderheitenantrag. Sollten durch die erste Version des Referenzpreissystems jährlich CHF 310 bis 480 Mio. eingespart werden, wären es für die Light-Version CHF 200 bis 400 Mio. und für die nationalrätliche Variante etwa CHF 220 Mio. Mit 24 zu 17 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Ständerat gegen die Einführung des Referenzpreissystems light aus und nahm stattdessen den vom Nationalrat geschaffenen Alternativvorschlag an. Zusätzlich schuf er jedoch auch eine Befähigung für Ärztinnen und Ärzte, an der Verschreibung des Originalpräparates anstelle eines Generikums festhalten zu können. Hingegen lehnte der Ständerat die vom Nationalrat eingeführte Möglichkeit des Parallelimports von Generika wegen Risiken für die Patientinnen und Patienten einstimmig ab und sprach sich gegen die Motion 19.3202 aus. Stattdessen soll Swissmedic bei der Zulassung von Parallelimporten von Arzneimitteln zukünftig Vereinfachungen zum Beispiel bei der Kennzeichnung und der Arzneimittelinformation vornehmen können.

Auch bei der **Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner** hatte sich der Nationalrat mehrheitlich gegen die bundesrätlichen Vorschläge ausgesprochen. So wollte der Bundesrat die Leistungserbringenden und Versicherungen dazu verpflichten, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Kostensteuerung vorzusehen. Die Kommissionsmehrheit wollte dem Bundesrat in diesem Punkt folgen und sprach sich für eine solche Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen aus, Kommissionsprecher Ettlín erachtete diese Frage gar als «einen der Kernpunkte dieser Vorlage». Eine Minderheit Müller (fdp, LU) beantragte hingegen die Streichung dieser Regelung. Nicht einig waren sich die beiden Lager, ob diese Regelung ohne Rationierung des Gesundheitsangebots umgesetzt werden könne, ob sie also verfassungskonform sei. Ein Gutachten von Ueli Kieser, Professor für Sozialversicherungsrecht an der Universität St. Gallen, verneinte die Verfassungskonformität, eine Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz bejahte sie. Minderheitssprecher Müller verwies jedoch in erster Linie auf «grundsätzliche[...] gesetzgeberische[...] Überlegungen» zur Ablehnung dieser Regelung: Man solle diesen Aspekt zusammen mit der Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei und somit im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets, welches der Bundesrat als indirekten Gegenvorschlag zu dieser Initiative festgelegt hatte, beraten.

Ein Einzelantrag Würth (mitte, SG) beantragte stattdessen, den bundesrätlichen Vorschlag um die auf kantonaler Ebene abgeschlossenen Tarifverträge zu ergänzen. So finanzierten die Kantone zukünftig aufgrund von EFAS (womöglich) auch einen Teil der ambulanten Kosten, weshalb sie ebenfalls in die Kostensteuerung einbezogen werden sollen. Gesundheitsminister Berset wehrte sich gegen die Minderheit Müller: Wichtig sei aber, dass hier eine Differenz zum Nationalrat geschaffen werde, um die Diskussion zu

dieser Frage weiterführen zu können – auch ein Entscheid für den Antrag Würth sei somit im Sinne des Bundesrates. Man sei sich einig, dass es eine Kostenentwicklung gebe – folglich müsse man nun etwas dagegen tun und könne die Klärung dieser wichtigen Frage nicht auf eine spätere Revision verschieben, betonte er mit Nachdruck. Selbstverständlich werde man diese Regelung so ausgestalten, dass der Zugang zur Pflege und die bestmögliche Qualität immer gewährleistet sei. Dennoch setzte sich die Kommissionsminderheit mit 20 zu 20 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) und Stichentscheid von Ratspräsident Hefti (fdp, GL) gegen den Einzelantrag Würth durch, der zuvor dem Mehrheitsantrag vorgezogen worden war (26 zu 17 Stimmen). Somit müssen die Tarifvereinbarungen keine Massnahmen zur Kostensteuerung vorsehen.

Umstritten war wie bereits im Nationalrat auch die Frage, ob den **Organisationen der Versicherungen von nationaler oder regionaler Bedeutung ein Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen bezüglich der kantonalen Spitalplanung** zugesprochen werden soll. Der Bundesrat erachtete dies gemäss Kommissionsprecher Ettlín als notwendig, um ein «gewisses Gleichgewicht der Kräfte» herzustellen. Dies sei aufgrund der Kostenfolgen dieser Entscheide für die Versicherten nötig. Die Kommissionsmehrheit sprach sich denn auch für ein solches Beschwerderecht aus, obwohl die GDK dagegen votiert hatte. Minderheitensprecher Stöckli (sp, BE) erinnerte die Mitglieder der Kantonskammer hingegen daran, dass die Kantone verfassungsmässig für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien. Zudem könnten die Verbände mit dieser Regelung Volksentscheide umstossen. Schliesslich könne ein Eingriff in die Planungsarbeit der Kantone die Gesundheitskosten aufgrund der Verfahren, Verzögerungen und Rechtsunsicherheiten gar erhöhen. Mit 18 zu 18 Stimmen und erneutem Stichentscheid von Ratspräsident Hefti sprach sich der Ständerat für das Beschwerderecht der Versicherungen aus.

Nicht einverstanden zeigte sich die SGK-SR zur Erleichterung des Gesundheitsministers schliesslich mit dem Vorschlag des Nationalrats, Versicherungen 25 Prozent der Einsparungen, die sie aufgrund von günstigeren Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringenden erzielt haben, **zur freien Verfügung** zu stellen. Damit würde das Gewinnverbot in der Grundversicherung gekippt, dieses dürfe aber gemäss Kommissionsprecher Ettlín «nicht angetastet werden». So wären dadurch auch kaum Kosteneinsparungen möglich, vielmehr würde dies ein Widerspruch zu verschiedenen anderen Artikeln des KVG darstellen. Gesundheitsminister Berset lobte diese Haltung, zumal die Zustimmung zum Nationalrat «vraiment un changement de principe extrêmement important dans l'assurance obligatoire des soins» darstellen würde. Stillschweigend folgte der Ständerat seiner Kommission in diesem Punkt und schuf damit eine weitere Differenz zum Nationalrat.

Mit 25 zu 10 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) nahm die kleine Kammer schliesslich den Entwurf an, die ablehnenden Stimmen stammten von Mitgliedern der SP und der Grünen und von einem Mitglied der Mitte.⁶⁷

Partis, associations et groupes d'intérêt

Partis

Partis conservateur et de droite

Gemäss Parteipräsident Ruedi Aeschbacher (ZH) bewegten sich Teile der FDP und der CVP vermehrt nach rechts, während die SP keine klare, linke Linie mehr verfolge. Die weit verbreitete Orientierungslosigkeit sei für die EVP eine Chance, da sie nach dem Verschwinden des LdU praktisch allein einen **klaren Kurs der Mitte** verfolge. Dass die EVP sich als **Zentrumspartei** verstand, zeigte sich auch in ihren Parolen: Während sie zusammen mit den Bürgerlichen die Volksinitiative für tiefere Arzneimittelpreise und die Begehren der GSoA ablehnte sowie die Militärgesetzrevisionen befürwortete, stimmte sie bei der Tempo-30-Initiative, der Energiesteuer und der Kapitalgewinnsteuer mit der SP. Im Frühling beschlossen die Delegierten der EVP die Ja-Parole zur Aufhebung des Bistumsartikels, kritisierten aber die Botschaft des Bundesrates. Ihrer Meinung nach verstosse der Bistumsartikel keineswegs gegen das Völkerrecht, da er die religiöse Freiheit nicht einschränke.⁶⁸

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 27.08.2001
MAGDALENA BERNATH

1) AB SR, 2015, S. 231 ff.

2) APS-Zeitungsanalyse 2019 – Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

- 3) Bund, 31.1.90; Schweiz. Krankenkassen-Zeitung, Juni 1990. S. Rossini, Caisses-maladie et médecins, Lausanne 1989; Dém., 19.1. und 31.1.90. OECD-Studie: Health care systems in transition, Paris 1990; Gesundheitspolitische Informationen GPI, 1990, Nr. 1, S. 9 und 31; NZZ, 30.3.90.
- 4) Rationierungen im Gesundheitswesen: NZZ, 19.5.90; Bund, 24.8.90 und TA, 25.8.90
- 5) BZ, 6.3. und 7.6.89.; Bund, 6.6.89; NZZ, 9.6.89; TAM 46, 17.11.89.; Kocher (1989). Generika statt teure Originalmedikamente: Kosten sparen mit Nachahmepreparaten?
- 6) BZ, 30.1.90; NZZ, 31.1., 5.2. und 8.2.90; DP, 22.2.90. Presse vom 21.4.90.
- 7) TA, 25.1.90; BZ, 21.8.90
- 8) Amtl. Bull. StR, 1991, S. 17 ff.; BZ, 24.8.91; LNN, 12.9.91.
- 9) Presse vom 25.4.92; NZZ, 6.8.92; NQ, 27.9.92; BZ, 6.11.92., BaZ, 14.5. und 12.6.92; NZZ, 6.6. und 26.6.92; TA, 12.6.92., JdG, 23.5.92; Bund, 23.10.92., TA, 13.11.92
- 10) NQ, 19.2.93; Presse vom 13.5.93; Ww, 16.9.93; Bund, 24.9.93., Presse vom 2.9.93; SHZ, 16.9.93.; Presse vom 17.2.93; NZZ, 17.4.93, Bund, 19.8.93., Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1917., Bund, 7.9.93, Presse vom 9.6.93.
- 11) Soziale Sicherheit, 1994, Nr. 2, S. 91 ff.; Presse vom 1.3. und 16.7.94., W. Hill, Arzneimittelpreise in der Schweiz, Zürich 1994
- 12) Presse vom 20.5.94; NZZ, 26.5.94, Amtl. Bull. NR, 1994, S. 159.16
- 13) Presse vom 13.4.95; NZZ, 19.5.95; NQ, 25.7.95; LZ, 28.7.95.; I. Carlen, Kosten sparen mit Generica?, Muri (BE), 1995; Amtl. Bull. NR, 1995, S. 2748.
- 14) "Pharmamarkt (1996). Die Entwicklung des Medikamentenmarktes bis ins Jahr 2000 - Experten nehmen Stellung"; CHSS, 1996, Nr. 5, S. 227; Presse vom 10.4. und 19.-21.9.96., Presse vom 27.8.96, SoZ, 9.6.96
- 15) Presse vom 23.5., 28.10. und 1.11.96; BZ, 25.9. und 29.10.96; SHZ, 7.11.96., Amtl. Bull. StR, 1996, S. 728 ff.
- 16) Bund, 7.10.96
- 17) Amtl. Bull. NR, 1996, S. 2408 und S. 2455; Presse vom 3.10., 29.10. und 30.10.96., NZZ, 26.9.9, Amtl. Bull. NR, 1996, S. 1903 f.
- 18) Bund, 24.1., 9.7. und 15.7.97; JdG, 25.1.97; Presse vom 28.1. und 12.8.97; NZZ, 30.1., 28.5. und 29.5.97; SHZ, 4.9.97; SoZ, 19.10.97.
- 19) BBI, 1997, III, S. 1408 f. und BBI, 1998, S. 737
- 20) Amtl. Bull. StR, 1998, S. 403 ff, TA, 23.3.98; Presse vom 23.10.98.
- 21) Presse vom 13.6. und 11.9.98.; Presse vom 9.4., 15.4., 16.4., 22.4. und 8.9.98; TA, 17.4. und 18.4.98; SoZ, 19.4.98, Amtl. Bull. NR, 1998, S. 1666 f. und 1859 f.
- 22) Presse vom 28.2.98, Presse vom 13.2. und 29.4.98.
- 23) BBI, 1999, S. 793 ff.; NZZ, 2.7.98; Presse vom 22.9.98.; TA, 8.12.98.
- 24) Amtl. Bull. NR, 1998, S. 1858 f.; Amtl. Bull. NR, 1998, S. 2798 ff.; Amtl. Bull. NR, 1998, S. 732 f. und 1861 f.
- 25) BBI, 1999, S. 7541 ff.; CHSS, 1999, S. 154 f.; Presse vom 14.5.99; NZZ, 30.11.99; NZZ, 20.2. und 3.3.99; LT, 24.2.99; BZ, 7.8.99; NZZ, 6.4.99; SHZ, 20.1. und 2.6.99.
- 26) BBI, 1999, S. 4355 ff.; SHZ, 10.3.99.; NZZ, 18.1.99
- 27) Presse vom 3.2.99; BaZ, 26.4.99; SHZ, 28.4.99; LT, 30.11.99; Presse vom 22.12.99
- 28) TA, 2.3. und 9.12.99; Amtl. Bull. NR, 1999, S. 121 f.
- 29) AB NR, 2000, S. 186 ff., 324 f. und 616.; AB SR, 2000, S. 290 ff. und 313
- 30) BBI, 2001, S. 2075 ff.; Presse vom 5.3.01. Die 1999 von den Apothekern, Drogisten und Ärzten eingereichte Volksinitiative „für eine sichere und gesundheitsfördernde Arzneimittel-Versorgung“ wurde zurückgezogen, da die Initianten der Ansicht waren, mit dem 2000 verabschiedeten neuen Heilmittelgesetz und mit der 1. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes sei ihrem Anliegen Genüge getan (BBI, 2001, S. 191; Presse vom 18.1.01. Siehe SPJ 2000, S. 204 ff.), 23; Presse vom 13.1.-3.3.01
- 31) Marcuard, Dominique, „Preisbildung bei Arzneimitteln“, in CHSS, 2001, S. 69 ff.; BaZ, 30.5.01; TA, 11.6.01; Presse vom 30.6.01; LT, 3.7. und 16.8.01; Ww, 9.8.01; Lib., 17.8.01; NZZ, 25.9.01; Presse vom 17.5.01
- 32) AB NR, 2001, S. 937; NZZ, 28.8.01; NLZ, 12.10.01; Presse vom 24.2.01. SP: Presse vom 8.9.01.; Presse vom 6.3.01; NZZ, 3.7.01; Presse vom 10.7.01. Siehe auch CHSS, 2001, Nr. 5 (Schwerpunktthema Medikamentenkosten); AB NR, 2001, S. 486
- 33) Presse vom 4.7.02.; TA, 18.5.02
- 34) AB NR, 2002, S. 2003 ff., 2055 ff., 2072 ff., 2105 ff., 2123 ff. und 2144 ff.
- 35) Presse vom 13.12.02; Presse vom 4.4.03
- 36) AB NR, 2003, S. 1075 ff.; AB SR, 2003, S. 223 f.
- 37) AB NR, 2003, S. 1900
- 38) AB NR, 2007, S. 383 f.; AB NR, 2007, S. 383; AB SR, 2007, S. 1106.
- 39) AB NR, 2008, S. 82 f.; AB SR, 2008, S. 969 f. und 2007, S. 218.
- 40) Presse vom 22.12.10.
- 41) AB NR, 2012, S. 1726 ff.
- 42) AB NR, 2012, S. 1794.
- 43) AB NR, 2012, S. 1794.
- 44) Medienmitteilungen BAG vom 12.4. und 8.5.13
- 45) Medienmitteilung SGK-NR vom 12.05.2017; Medienmitteilung SGK-SR vom 27.10.2017
- 46) AB NR, 2017, S. 2187
- 47) AB NR, 2017, S. 2187
- 48) AB SR, 2018, S. 679; Bericht SGK-SR vom 28.6.19; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.6.18
- 49) Medienmitteilung Swissmedic vom 4.12.18; NZZ, 4.12.18; AVF, TA, 5.12.18; SoZ, 16.12.18; AZ, LZ, SGT, 21.12.18
- 50) AB SR, 2018, S. 1032 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18
- 51) Medienmitteilung SGK-NR vom 15.1.21
- 52) AB NR, 2021, S. 366 f.
- 53) AB SR, 2021, S. 1297
- 54) AB NR, 2021, S. 334 ff.; AB SR, 2021, S. 114 ff.
- 55) Bericht SGK-NR vom 14.11.19
- 56) AB SR, 2006, S. 941 ff.
- 57) AB SR, 2007, S. 478 ff.
- 58) AB SR, 2008, S. 10 ff., 590 ff. und 778; AB NR, 2008, S. 746 ff., 1167 ff. und 1469 f.
- 59) TA, 27.10.2012; SoZ, 28.10.2012.
- 60) Medienmitteilung BR vom 2.9.16
- 61) AB SR, 2017, S. 223 (Mo. 17.3.988); AB SR, 2017, S. 808 ff.; Bericht SGK-SR vom 13.11.17; Mo. 16.3.948
- 62) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.
- 63) AB NR, 2020, S. 2023; AB SR, 2021, S. 1296
- 64) AB NR, 2020, S. 2511 ff.
- 65) AB NR, 2021, S. 1168 ff.; AB NR, 2021, S. 1520; AB SR, 2021, S. 468 f.; AB SR, 2021, S. 593 f.; AB SR, 2021, S. 734
- 66) Medienmitteilung BR vom 3.12.21
- 67) AB SR, 2021, S. 1276 ff.
- 68) NZZ, 15.5. und 27.8.01.