Positionspapier

Umsetzung des Kostendämpfungspakets 2 im Arzneimittelbereich

Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Bern, 12. November 2026

1. Position Oncosuisse: Management Summary

Mit diesem Dokument nimmt Oncosuisse Stellung zur Umsetzung des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Arzneimittelbereich. Oncosuisse bündelt die Kräfte der schweizweit tätigen Non-Profit-Organisationen im Bereich Krebsbekämpfung im Sinne der Koordination, der Vernetzung und der politischen Interessenvertretung. Insbesondere setzen wir uns dafür ein, dass alle Menschen mit Krebs in der Schweiz rasch und gleichberechtigt Zugang zu wirksamen Therapien erhalten. An diesem Massstab messen wir auch die vorliegende KVV-/KLV-Revision.

Oncosuisse anerkennt ausdrücklich, dass das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedämpft werden muss. Gerade in der Onkologie, wo hochpreisige Innovationen in immer kürzeren Abständen auf den Markt kommen, besteht ein berechtigtes öffentliches Interesse an nachvollziehbaren und wirtschaftlich tragfähigen Vergütungsmechanismen. Ebenso klar ist aber: Sparmassnahmen, die den Zugang zu wirksamen Therapien verzögern oder verhindern, schaden den Patientinnen und Patienten unmittelbar und verteuern das Gesundheitssystem mittelfristig, was diametral der Hauptaufgabe unserer Gesundheitspolitik und den Aufgaben von Oncosuisse widerspricht. Den Zugang zu wirksamen Arzneimitteln zu blockieren, ist in einem Land wie der Schweiz, das diese im Geist einer verstärkten Solidarität tatsächlich finanzieren kann, inakzeptabel. Die Qualität unserer Versorgung zu schmälern oder Gesundheit zu einem Luxusgut für eine begüterte Minderheit zu machen, würde unweigerlich zu einer strukturellen Schwächung unserer Gesellschaft und zu einer Beeinträchtigung der klinischen Forschung in der Schweiz führen.

Einzelne Elemente der Vorlage begrüsst Oncosuisse ausdrücklich, namentlich die vorläufige Vergütung ab Zulassung, die Stärkung onkologischer Expertise in der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) und die Öffnung der Nutzenbewertung für Real World Data. In ihrer aktuellen Ausgestaltung erreicht die Vorlage das Ziel eines raschen Zugangs jedoch nicht; zentrale Bestimmungen wirken ihm sogar entgegen.

Das wiegt umso schwerer, als in der klinischen Praxis immer deutlicher wird, dass Pharmafirmen Zulassungs- und Vergütungsanträge für neue Medikamente in der Schweiz zurückhalten. Ein wichtiger, wenn auch nicht der einzige Faktor für diese Entwicklung ist die neue US-Arzneimittelpreispolitik nach dem Most-Favoured-Nation-Prinzip (MFN). Im Kern verknüpft die MFN-Politik die Preise von Arzneimitteln in den USA mit international referenzierten Preisen in vergleichbaren Ländern. Dabei werden die Vergleichspreise je nach Mechanismus anhand der kaufkraftbereinigten Wirtschaftsleistung pro Kopf (BIP pro Kopf, PPP) angepasst. In allen Modellen ist die Schweiz Teil dieses internationalen Referenzrahmens. Damit kann ein tiefer Schweizer Arzneimittelpreis unmittelbar Einfluss auf den entsprechenden Preis in den USA haben oder für diesen sogar bestimmend wirken.

Für Pharmaunternehmen entsteht dadurch ein erheblicher Anreiz, tiefe Preise in der Schweiz zu vermeiden oder Markteinführungen zu verzögern, was insbesondere innovative Krebsmedikamente treffen kann. Diese Abkommen nutzen somit die amerikanische Handelspolitik, um andere Länder zu Preiserhöhungen zu bewegen und die im Ausland erwirtschafteten Einnahmen an die amerikanischen Patientinnen und Patienten «zurückzuführen».

Dass ein Hersteller freiwillig einen tiefen Schweizer Preis in Kauf nimmt und damit riskiert, mit demselben Medikament im weitaus grösseren, lukrativen US-Markt – der ausserdem die Haupteinnahmequelle der Pharma ist – deutlich weniger zu verdienen, ist äusserst unwahrscheinlich. Das zeigt eine aktuelle Umfrage bei 23 grossen Pharmafirmen: Für 7 von 22 neuen Medikamenten – also rund ein Drittel – haben diese Firmen zwischen Januar 2025 und Juni 2026 auf einen Vergütungsantrag verzichtet; für drei neue Therapien wurde nicht einmal ein Zulassungsantrag bei Swissmedic eingereicht. In die gleiche Richtung geht eine Analyse, welche kürzlich im The Lancet publiziert wurde. Diese fand, dass die Einsparungen für das U.S. Gesundheitssystem erheblich wären: Bei 73,2 % der untersuchten Medikamente wären die Einsparungen für Medicare höher als der gesamte Jahresumsatz des Medikaments im jeweils preisbestimmenden Referenzland. Dies verdeutlicht den starken wirtschaftlichen Anreiz für Hersteller, tiefe Preise in Referenzländern wie der Schweiz zu vermeiden.

Diese Entwicklung ist besorgniserregend, vor allem in der Onkologie. Es ist an der Politik, Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen raschen und zuverlässigen Zugang zu neuen Therapien für **alle** Patientinnen und Patienten gewährleisten, im Interesse der Patientinnen und Patienten wie auch des Forschungsstandorts Schweiz.

Oncosuisse befürwortet daher eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage.

2. Der Massstab: vier Prüffragen

Oncosuisse beurteilt jedes Element der Revision anhand von vier Fragen, an denen sich auch die weitere Ausarbeitung der Verordnungen messen lassen muss:

1. Beschleunigt oder verzögert die Massnahme den Zugang zu einer wirksamen und innovativen Therapie?
2. Führt sie zu mehr oder zu weniger Gleichbehandlung der Betroffenen?
3. Stärkt oder schwächt sie die medizinisch-wissenschaftliche Qualität des Vergütungsentscheids?
4. Sichert oder gefährdet sie die längerfristige Verfügbarkeit von Krebstherapien und den klinischen Forschungsstandort Schweiz, über den Betroffene frühen Zugang zu Innovationen erhalten?

3. Beurteilung der zentralen Elemente

3.1 Vorläufige Vergütung ab Zulassung («Tag 0»)

Mit der vorläufigen Vergütung ab Zulassung können Arzneimittel mit hohem medizinischem Bedarf bereits ab der Marktzulassung durch Swissmedic von der OKP vergütet werden, also bevor sie ordentlich in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen sind. Sie werden dazu für höchstens 24 Monate auf eine separate provisorische Liste gesetzt; den hohen medizinischen Bedarf beurteilt die EAK, den provisorischen Preis legt das BAG fest, und es gelten besondere Vorgaben zu Rückerstattung und Kompensation.

Für Krebsbetroffene ist ein rascher Therapiebeginn oft entscheidend für die Prognose. Richtig ausgestaltet, entlastet das Instrument zudem die Einzelfallvergütung nach Art. 71a bis 71d KVV, deren Volumen heute kaum mehr zu bewältigen ist. Ohne automatisierte Regel zur Festlegung des provisorischen Preises dürfte das Instrument jedoch toter Buchstabe bleiben. Zudem ist die Befristung auf 24 Monate für die Preisfindung in der Onkologie zu knapp bemessen.

3.2 Vergütung im Einzelfall

Über die Einzelfallvergütung übernehmen die Krankenversicherer die Kosten von Arzneimitteln, die ausserhalb der zugelassenen Fachinformation oder Limitierung eingesetzt werden (Off-Label-Use), nicht in der SL aufgeführt sind oder aus dem Ausland importiert werden müssen. Voraussetzung ist eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers nach Konsultation des Vertrauensarztes; zudem gelten vorgegebene Preisabschläge. Die Vorlage greift die Einzelfallvergütung lediglich als Auffanglösung auf, wenn ein provisorisch vergütetes Arzneimittel nicht in die SL aufgenommen wird: Dann ist sie auf höchstens fünf Jahre und höchstens den zuletzt provisorisch vergüteten Preis beschränkt.

Die Revision lässt die Einzelfallvergütung nach Art. 71a–d KVV im Kern unangetastet. Aus Sicht der Betroffenen ist dies die gravierendste Lücke der Vorlage. Rund ein Drittel aller Krebsbetroffenen und nahezu alle krebskranken Kinder werden ausserhalb der zugelassenen Indikation behandelt; mit der Präzisionsmedizin wird der Off-Label-Use zur Regel.

Damit hängt der Zugang zu einer Therapie zunehmend davon ab, bei welchem Krankenversicherer jemand versichert ist. Je nach Vertrauensarzt erhält eine Patientin oder ein Patient die Behandlung, eine andere Person mit exakt derselben Krebserkrankung dagegen nicht. Zwar schreibt die KVV seit 2024 eine standardisierte Nutzenbewertung vor, doch ist eine positive Bewertung durch einen Versicherer für die anderen nicht verbindlich.
Nach Schätzungen von Oncosuisse führen lediglich rund 30 % der Anträge auf Kostenübernahme für Arzneimittelimporte gemäss Art. 71c KVV zu einer Kostengutsprache. Die Entscheide erfolgen häufig viel zu spät, während die Erkrankung rasch fortschreitet, und fallen je nach Krankenversicherer erheblich unterschiedlich aus.

Diese Ungleichbehandlung ist für Krebsbetroffene inakzeptabel. Es braucht eine einheitliche, versicherungsübergreifend verbindliche Beurteilung des klinischen Nutzens, beispielsweise über ein nationales Register auf Basis der ESMO-MCBS im Erwachsenenbereich,wie es Oncosuisse vorschlägt, plus ein spezifisches entsprechendes Instrument für die Kinderonkologie.

Diese Entwicklung ist umso besorgniserregender, als die aktuelle US-amerikanische Arzneimittelpreispolitik das Schweizer System der Einzelfallvergütung zusätzlich zu schwächen droht. Die MFN-Mechanismen orientieren sich an internationalen Referenzpreisen, die anhand des kaufkraftbereinigten Bruttoinlandprodukts pro Kopf (BIP pro Kopf, PPP) angepasst werden. Je nach angewandtem Mechanismus können dabei auch entsprechend bereinigte Nettopreise herangezogen werden. Für Pharmaunternehmen könnte dadurch ein erheblicher Anreiz entstehen, bestimmte Medikamente in der Schweiz nicht mehr zur Verfügung zu stellen – selbst im Rahmen der Einzelfallvergütung.

Besonders kritisch ist die Situation bei innovativen Arzneimitteln, die gemäss Art. 71c KVV in die Schweiz importiert werden. Zwar erfolgt die Beurteilung des therapeutischen Nutzens nach denselben Grundsätzen wie bei Art. 71a und 71b KVV, doch unterscheiden sich die Vergütungsmechanismen erheblich. Für importierte Arzneimittel gelten nicht dieselben standardisierten Preisabschläge. Ihre Vergütung hängt insbesondere vom ausländischen Beschaffungspreis und von der individuellen Beurteilung durch den Krankenversicherer ab.

Vor diesem Hintergrund könnten die US-amerikanischen Arzneimittelpreise für die Versorgung in der Schweiz zunehmend massgebend werden und zu erheblich höheren Importkosten führen. Innovative Krebstherapien könnten damit für Patientinnen und Patienten in der Schweiz unzugänglich werden, selbst wenn ihr klinischer Nutzen anerkannt ist – allein deshalb, weil der Krankenversicherer ihren Preis als zu hoch beurteilt. Wie sich dies konkret auswirken wird, wird sich zeigen. Eine kürzliche Studie der ETH (siehe dazu: Kerstin Noëlle Vokinger / Simon Hediger, «Most-Favored-Nation» Preismodelle in USA: GLOBE und GUARD, in: Jusletter 26. Oktober 2026) kommt zum Beispiel u. a. zum Schluss, dass die US-MFN-Politik primär wegen den

hiesigen Vergleichspreisen und der Art der Umsetzung durch die USA durchaus auch wenig oder keine preistreibenden Effekte in der Schweiz zur Folge haben könnte.

Seit dem Inkrafttreten der Revision der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) am 1. Januar 2024 schreibt die Schweizer Gesetzgebung im Rahmen der Einzelfallvergütung eine strukturierte und standardisierte Beurteilung des therapeutischen Nutzens vor. Obwohl diese Reform eine Harmonisierung der Beurteilungspraxis anstrebt, sieht sie keinen national verbindlichen Mechanismus vor, der gewährleistet, dass eine positive klinische Nutzenbewertung durch einen Krankenversicherer auch von den anderen Versicherern anerkannt und übernommen wird.

Diese Lücke hat konkrete Folgen: Zwei Patientinnen oder Patienten mit vergleichbarer klinischer Ausgangslage können je nach Krankenversicherer unterschiedlich beurteilt werden. Eine positive Nutzenbewertung durch einen Krankenversicherer ist für die anderen Versicherer nicht automatisch verbindlich. Zudem schränkt das Fehlen eines systematischen, versicherungsübergreifenden Austauschs solcher Bewertungen die Transparenz, die Reproduzierbarkeit und die kontinuierliche Verbesserung der Entscheidungsprozesse erheblich ein.

Diese Situation verursacht nicht nur einen unverhältnismässigen administrativen Aufwand und führt zu einer Ungleichbehandlung der Betroffenen, sondern kostet Krebspatientinnen und Krebspatienten auch wertvolle Zeit, in der eine wirksame Behandlung erfolgen könnte. Das ist zutiefst ungerecht und inakzeptabel.

Zum Beispiel: Daraxonrasib in der Schweiz kaum erhältlich, Datroway nicht mehr

Das neue Medikament Daraxonrasib verdoppelt die Überlebenszeit bei Bauchspeichel-drüsenkrebs und kommt in den USA auf den Markt, wo die Tablette 40'000 USD pro Monat kostet. Der Schweizer Preis läge voraussichtlich deutlich tiefer, da das BAG strikte Kriterien anlegt. Käme die Tablette hier einige Tausend Franken günstiger auf den Markt, müsste die Herstellerin diesen Abschlag wegen der US-Bestpreisgarantie auch auf ihren US-Preis gewähren. Weil der Schweizer Preis den US-Preis unterlaufen wird, lohnt sich eine Lancierung in der Schweiz nicht – im Gegenteil, wäre sie ein grosses Risiko für die Produzentin, die ihre Gewinne in den USA maximieren will. Auch der Notfallartikel 71c für den Import dürfte wegen der Preisfrage quasi nutzlos sein (Quelle: TA, 01.09.26 und 24heures, 02.09.26), weil er selten und nicht vorhersehbar den Kosten-Nutzen-Vergleich der Versicherer bestehen würde.

Auswertungen zeigen, dass zahlreiche Medikamente jüngst vom Markt genommen wurden, weil die Hersteller zu tiefe Preise erhielten oder künftig tiefere befürchten. Ein weiteres wichtiges Beispiel ist das Krebsmedikament Datroway©, das dieses Jahr vom Markt genommen wurde und seither aus den USA importiert werden muss. Dabei ist die in den USA genehmigte Indikation nicht dieselbe wie in der Schweiz, die Lieferfrist beträgt vier Wochen, und der amerikanische Preis ist mit rund CHF 540'000 pro Jahr sehr hoch. Als das Medikament noch in der Schweiz erhältlich war, kostete eine entsprechende Behandlung nur rund ein Viertel des US-Preises. Weitere sehr aktuelle Beispiele sind das Medikament Lurbinectidin gegen kleinzelligen Lungenkrebs und CAR-T-Zelltherapien, welche vom Markt genommen wurden. Zahlreiche andere Beispiele werden in den nächsten Wochen folgen.

Diese Entwicklung ist also bereits Realität. Dies ist umso schwerer zu akzeptieren, als die Krebsmedikamente nur etwa 2 bis 2,5 % der gesamten Gesundheitskosten ausmachen, das heisst rund CHF 2 bis 2,5 Milliarden bei knapp CHF 100 Milliarden jährlichen Gesundheitsausgaben. Selbst eine Angleichung an die amerikanischen Preise würde im Verhältnis zu den gesamten Gesundheitskosten nur eine marginale Erhöhung bedeuten.

Die Schweiz hat die Mittel, die nötigen Ressourcen zu mobilisieren, um an Krebs erkrankte Menschen weiterhin würdig zu versorgen und ihnen den Zugang zu Innovation zu garantieren. Mechanismen zur Finanzierung dieser Behandlungen unverzüglich zu identifizieren, muss nun zu einer dringenden Priorität werden.

3.3 Zusammensetzung der Eidg. Arzneimittelkommission EAK

Die Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) berät das BAG bei der Aufnahme von Arzneimitteln in die SL und neu auch bei der provisorischen Liste, wo sie insbesondere den hohen medizinischen Bedarf beurteilt. Die Vorlage richtet ihre Zusammensetzung stärker auf wissenschaftliche Expertise aus. Zudem sollen zwei Mitglieder besondere Kenntnisse in Onkologie mitbringen.

Dass künftig zwei Mitglieder der EAK über spezifische onkologische Expertise verfügen sollen, ist ein substanzieller Fortschritt, zumal ein wesentlicher Teil der provisorisch vergüteten Arzneimittel Onkologika sein werden. Eine statische onkologische Expertise genügt jedoch nicht: Die moderne Onkologie ist hochgradig differenziert, und zwischen Tumorarten, molekularen Subgruppen und Zelltherapien bestehen erhebliche Unterschiede.

3.4 Die fehlende Alternative: Therapieoptimierung statt Preissenkung allein

Die Vorlage setzt einseitig auf administrative Preissenkungen. Ausgeblendet bleiben Wege, die Kosteneffizienz ohne Zugangseinschränkung zu steigern – insbesondere die systematische Förderung akademischer Deeskalations- und Therapieoptimierungsstudien. Solche Studien verbessern das Verhältnis von Wirksamkeit und Nebenwirkungen kostenintensiver Krebstherapien, erzielen echte Einsparungen und erhöhen zugleich die Lebensqualität der Betroffenen. Dass die Zahl klinischer Krebsstudien in der Schweiz stagniert, während sie international zunimmt, ist auch aus Patientensicht ein Alarmsignal: Studien sind für viele Betroffene der früheste Zugangsweg zu einer Innovation.

4. Einordnung: Nationaler Krebsplan 2027–2032

Der Nationale Krebsplan 2027–2032, den Oncosuisse im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit koordiniert, adressiert dieselben Handlungsfelder: gerechter Zugang zu wirksamen Therapien, belastbare Daten als Grundlage von Versorgungsentscheiden und die verbindliche Beteiligung von Betroffenen an den sie betreffenden Entscheiden.

Eine Verordnungsrevision, die den Zugang zu Krebstherapien verzögert, während der Bundesrat gleichzeitig eine nationale Krebsstrategie mit dem gegenteiligen Ziel verabschiedet, wäre nicht kohärent.

5. Fazit

Gemessen an den vier Prüffragen ergibt sich folgendes Bild: Beim Zugang zu wirksamen Therapien ist die vorläufige Vergütung ab Zulassung ein Fortschritt; ohne automatisierte Preisregel und mit zu knapper Befristung wird sie aber kaum Wirkung entfalten. Die eigentliche Zugangshürde, die Einzelfallvergütung, bleibt unangetastet und damit auch die dokumentierte Ungleichbehandlung von Krebsbetroffenen mit derselben Erkrankung je nach Vertrauensarzt, Kasse und Wohnort.

Die medizinisch-wissenschaftliche Qualität des Vergütungsentscheids gewinnt durch die onkologische Expertise in der EAK und die Öffnung für Real World Data, leidet aber unter potenziell unscharfen Quervergleichen und rein umsatzabhängigen Rabatten. Am schwersten wiegt die vierte Frage: Die Kumulation von Kostenfolgemodellen, Rückerstattungen und

Preisdeckelungen erhöht in einem durch die US-Referenzpreispolitik ohnehin angespannten Umfeld das Risiko von Marktrückzügen und ausbleibenden Markteinführungen.

Gleichzeitig bleibt die therapeutische Optimierung mittels akademischer Studien weiterhin zu wenig genutzt, obwohl sie echte Einsparungen ermöglichen würde, ohne den Zugang einzuschränken. Die Vergütungs- und Zulassungsgesuche, auf die die Hersteller verzichtet haben, sowie die jüngsten Rückzüge onkologischer Arzneimittel zeigen, dass das Risiko, das durch die amerikanische Politik und die mit der Pharmaindustrie geschlossenen Abkommen entsteht, bereits Realität ist. Es bedroht unmittelbar den Zugang zu Innovation in der Schweiz, in der Onkologie ebenso wie in anderen Bereichen der Medizin.

Eine solche Entwicklung darf für ein Land wie die Schweiz nicht akzeptabel sein, das nach wie vor über die Mittel verfügt, seiner Bevölkerung einen gerechten Zugang zu qualitativ hochstehender Versorgung und zu therapeutischer Innovation zu garantieren. Es müssen daher dringend neue Finanzierungsmodelle gefunden werden, um den zwar im Verhältnis zu den gesamten Gesundheitsausgaben marginalen, nunmehr aber unumgänglichen Anstieg der Kosten für innovative Behandlungen aufzufangen.

Die zu erwartenden Preisanstiege sind problematisch, gleichzeitig leidet das schweizerische Gesundheitswesen an Kleinteiligkeit, Überkapazitäten, Strukturerhaltung und einer Heterogenität innerhalb der Krankenkassen, welche nicht nur die Anwendung von KVV71a-d ungleich machen, sondern auch mit Kostenfolgen das Gesundheitswesen belasten. Gleichzeitig ist die innovative Medikamentenentwicklung in der Schweiz ein höchst relevanter Industriezweig für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung.

Oncosuisse anerkennt das Ziel der Kostendämpfung und begrüsst einzelne Elemente der Revision ausdrücklich. Bei einigen Elementen verfehlt die Vorlage jedoch das Zugangsziel, insbesondere wenn es um die Gleichbehandlung geht, und steht im Widerspruch zu den Stossrichtungen des Nationalen Krebsplans 2027–2032.

Oncosuisse befürwortet daher eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage.

Kontakt
Oncosuisse | info@oncosuisse.ch | 058 058 88 77